

**VERONIQUE GERNOT DESBLES**

**TRAJECTOIRE D'UNE INNOVATION NOMMÉE  
« HUMANITUDE »**

**Mémoire présenté pour l'obtention**

- du diplôme de Cadre de Santé  
- de la 1<sup>ère</sup> année du Master « Economie et gestion des systèmes de santé et de protection sociale », spécialité Economie et management des services de santé, formation continue.

**Sous la direction de Madame Sylvie Lucas**

Année Scolaire 2007/2008

---

Institut de Formation  
Des Cadres de Santé  
Centre Hospitalier Universitaire  
de Nantes

Université de Paris Dauphine  
Département d'éducation permanente

## **AVERTISSEMENT**

**Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Nantes sont des travaux réalisés au cours de leur formation. Ils ne constituent donc pas nécessairement des modèles. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs, de l'IFCS de Nantes et de l'université Paris Dauphine.**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>4</b>
<b>1 CADRE CONCEPTUEL .....</b>	<b>7</b>
1.1 L'ÉCOLE DE NORBERT ALTER .....	7
1.1.1 Qu'est-ce que l'innovation ? .....	7
1.1.2 Histoire d'un processus et rôle des acteurs .....	8
1.1.3 Croire est le maître mot de l'innovation .....	10
1.1.4 Conséquences de l'innovation sur l'organisation .....	12
1.1.5 Le processus d'appropriation .....	14
1.2 L'HUMANITUDE .....	15
1.2.1 Histoire d'un mot : « humanité » .....	15
1.2.2 Une philosophie de l'humanité comme fondement d'une méthodologie de soins .....	17
1.2.3 L'Humanité : un concept novateur au service du prendre soin.....	19
1.2.4 Une invention qui bouleverse la représentation sociale des soignants et le prendre soin. ....	20
1.2.5 En quoi consiste la méthodologie de soins Gineste-Marescotti développée dans le cadre de la philosophie de l'humanité ? .....	21
<b>2 METHODOLOGIE .....</b>	<b>25</b>
2.1 MÉTHODE DE RECHERCHE .....	25
2.2 OUTIL MÉTHODOLOGIQUE.....	26
2.3 CHOIX DES LIEUX ET DE LA POPULATION.....	27
2.4 CHOIX DE LA TRAME DES ENTRETIENS ET MÉTHODE D'ANALYSE .....	28
<b>3 ANALYSE DES DONNEES .....</b>	<b>30</b>
3.1 LES ACTEURS.....	30
3.1.1 Identification et profil des « pionniers » .....	30
3.1.2 Identification et profil des « imitateurs » .....	35
3.1.3 Identification et profil des « réfractaires » .....	37
3.2 INCERTITUDE ET BOULEVERSEMENT DES NORMES.....	40
3.2.1 L'innovation, source d'incertitude .....	40
3.2.2 Bouleversement organisationnel .....	40
3.2.3 Bouleversement des pratiques professionnelles .....	44
3.2.4 Héritage culturel et formation initiale au banc des accusés .....	48
3.2.5 Normes économiques.....	50
3.3 PROCESSUS D'APPROPRIATION .....	52
3.3.1 Création de sens.....	52
3.3.2 Vocabulaire .....	56
3.3.3 Le rôle propre .....	57

3.4	LE PROCESSUS D'INNOVATION : UN MOUVEMENT PERMANENT .....	61
3.4.1	Tandis qu'un état « c » se profile, l'état « b » n'est pas totalement abouti.....	61
3.5	LA TRANSMISSION SUR LE TERRAIN.....	64
3.5.1	La formation à la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti .....	64
3.5.2	Des « référents » habilités à transmettre les nouvelles pratiques .....	67
<b>4</b>	<b>UN PROCESSUS D'INNOVATION REUSSI ? .....</b>	<b>69</b>
<b>5</b>	<b>CONSEQUENCES ET AVENIR DE CETTE INNOVATION.....</b>	<b>71</b>
5.1	ÉTAPE D'ÉVALUATION DE L'INNOVATION.....	71
5.2	ULTIME ÉTAPE DE L'INNOVATION .....	72
5.3	NOTRE POSITIONNEMENT DE CADRE DE SANTÉ.....	73
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>73</b>
	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>75</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>77</b>
	<b>Entretien exploratoire.....</b>	<b>1</b>
	<b>Fiche de Toilette Évaluative.....</b>	<b>2</b>

## INTRODUCTION

Les établissements de santé comme les entreprises sont amenés à innover en permanence. Nous assistons depuis plusieurs années à une évolution du système de santé vers de nouvelles exigences en termes de sécurité et de qualité, ainsi qu'à une augmentation de la demande des soins. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins est une affirmation de cette évolution culturelle et réellement prégnante. Les établissements de santé sont aussi dans une logique de maîtrise des dépenses de santé et doivent concilier logique économique et logique sociale. Cette perspective économique fait supposer une concurrence sur le marché des soins. Les établissements de santé sont dans une dynamique d'évolution. En effet, la « Nouvelle Gouvernance » leur impose une réorganisation avec le regroupement des services en pôle. Nous ne pensons plus gestion du personnel mais ressources humaines. Nous observons donc de nombreux changements dans nos établissements de santé. Le changement y devient permanent.

L'innovation renvoie à un caractère de progrès indispensable pour optimiser les résultats, elle est une manière pour devenir plus performant, plus compétitif. Nous voyons combien elle peut devenir un enjeu à la fois économique et social malgré leur caractère antagoniste. L'innovation est un changement permanent et caractéristique des rapports sociaux. La question du changement permanent se pose et s'envisage dans un processus dynamique.

Norbert Alter, professeur de sociologie à l'Université Paris Dauphine, a travaillé en entreprise en qualité de sociologue et s'intéresse à la problématique de l'innovation. Elle est pour lui un phénomène social au cœur des entreprises. Il introduit un nouveau champ théorique autour d'une sociologie de l'innovation. Il la décrit comme étant un processus d'innovation plutôt qu'un changement, celui-ci se caractérisant par le passage d'un état A à un état B. Le changement se caractérise donc par une comparaison entre deux états distincts. Le changement s'intéresse en effet à ce qui va changer et ce qui a changé. Il ne s'intéresse pas au processus, contrairement à l'innovation. Le changement est vécu comme un phénomène ponctuel et non permanent. L'école de pensée de Norbert Alter regarde les évolutions en termes de processus et ose dire qu'il y a transgression des normes. Le sens que Norbert Alter donne à l'innovation montre un mouvement dynamique et permanent s'intéressant au profil des innovateurs. Ce qui détermine mon choix envers l'école de Norbert Alter est bien la manière dont il analyse le processus d'innovation comme étant un mouvement. Norbert Alter

s'intéresse non seulement à la sociologie des organisations, mais va au-delà en introduisant la sociologie de l'innovation. Or il s'agit bien aujourd'hui de voir dans les évolutions hospitalières, non seulement des changements permanents se succédant mais aussi se juxtaposant. Ces évolutions impliquent que les acteurs prennent des initiatives, qu'ils se mettent en mouvement. Ils sont en effet, particulièrement sollicités. Les acteurs ont donc une démarche active et déterminante dans le processus d'innovation. Le contexte d'évolution du système hospitalier nous invite alors à analyser ce phénomène comme un processus d'innovation au sens de Norbert Alter de façon pertinente. Cette analyse permet enfin, de retracer l'histoire des acteurs à travers les différentes étapes du processus d'innovation et d'étudier en quoi l'innovation peut bouleverser les normes.

Le contexte économique et social demande aux établissements de santé une énergie, une souplesse, une ouverture sur l'extérieur pour intégrer le changement comme un mouvement permanent au sens de Norbert Alter. Ce mouvement provoque une instabilité de l'organisation. Les innovations sont multiples, néanmoins les inventions le sont certainement bien plus encore. En effet, Norbert Alter distingue l'invention de l'innovation. Pour qu'il y ait innovation, il faut qu'il y ait diffusion de l'innovation et appropriation par le corps social. Toute invention ne devient pas innovation. Notre interrogation dans ce mémoire, va se porter sur la compréhension de la diffusion dans le corps social, la trajectoire de l'innovation et donc l'analyse de ce processus dynamique.

Les professionnels de la santé évoquent de plus en plus de pratiques innovantes dans le domaine notamment de la gériatrie. La gériatrie est un domaine sur lequel les pouvoirs politiques se penchent. Nous savons que la croissance démographique et le vieillissement de la population entraînent les établissements de santé dans un défi. Ils doivent faire face non seulement à l'accroissement des demandes, mais aussi à l'évolution culturelle de la nouvelle génération de personnes âgées. Il leur faut donc inventer puis innover. « L'humanité » est aujourd'hui très médiatisée et présentée comme étant une pratique innovante et de plus en plus d'établissements de santé s'en saisissent. Nous nous intéressons à l'humanité en tant qu'invention. En effet, le mot « humanité » semble être une invention et la philosophie de l'humanité en tant que philosophie de soins semble apparaître comme étant une des pratiques innovantes les plus prisées dans le domaine de la gériatrie. Autrement dit, si l'humanité est une invention, deviendra t-elle une innovation au sens de Norbert Alter ?

Dans une première partie, nous définirons l'innovation au sens de Norbert Alter, en développant le champ conceptuel afin d'identifier les indicateurs de ce processus. Nous

développerons ensuite le concept de « l'humanité » dans lequel s'inscrit la « méthodologie des soins Gineste-Marescotti ». Une de nos préoccupations a été de nous demander en quoi « l'humanité » est une pratique innovante ? Nous nous demanderons également comment le cadre de santé va diffuser une invention pour qu'elle devienne une innovation acceptée par le corps social et si elle interroge également les normes actuelles ?

Dans une deuxième partie, nous présenterons notre méthodologie et l'analyse du contenu de nos entretiens qui nous permet de vérifier l'hypothèse découlant de notre champ conceptuel.

Dans une troisième partie, nous nous permettrons d'alimenter la théorie de Norbert Alter pour conclure sur notre positionnement en qualité de futur cadre de santé.

## **1 CADRE CONCEPTUEL**

### **1.1 L'ÉCOLE DE NORBERT ALTER**

#### **1.1.1 Qu'est-ce que l'innovation ?**

Norbert Alter reprend l'idée de J.A Schumpeter en réaffirmant le caractère à la fois créateur et destructeur de l'innovation. J.A Schumpeter emploie la notion de « *destruction créatrice* » (ALTER N., 2005, p. 1) en 1942 lors d'une analyse économique. Cette idée permet de comprendre la complexité de l'innovation dans ses rapports sociaux.

L'innovation est un processus dynamique avec une trajectoire incertaine et mouvementée. En effet, elle crée un mouvement qui induit une instabilité de l'état B laissant deviner parfois un état C à venir. L'état B ne peut être décrit. Il y a une constante évolution provoquant ce mouvement. Les organisations sont constamment entre deux états. Ces évolutions peuvent être contradictoires. Norbert Alter dit que « *Dans son ensemble, cette dynamique se caractérise par l'instabilité, le fait que les structures de production se trouvent dorénavant constamment entre deux états, le A et le B, sans que l'on puisse donc décrire l'état B* » (ALTER N., 2005, p.126). Cependant l'innovation s'oppose à l'organisation et pose problème.

## 1.1.2 Histoire d'un processus et rôle des acteurs

Innover, c'est avant tout inventer. En effet, Norbert Alter fait la distinction entre une invention et une innovation. Une invention se caractérise par le fait qu'elle peut se nommer contrairement à une innovation qui est un processus dont l'analyse est complexe. Une invention est souvent vécue comme une nouvelle ressource, un progrès. C'est une découverte. Une invention peut représenter une source d'efficacité. Cependant, elle peut rester à l'état d'invention sans qu'elle ne se diffuse dans le corps social. Une invention ne devient pas systématiquement une innovation. Pour qu'il y ait innovation, le corps social doit s'être approprié l'invention. La collectivité lui aura donné alors un sens, trouvé un usage. Le processus de l'innovation a donc besoin du corps social et se découpe en plusieurs séquences sociales dont les acteurs principaux sont les « pionniers » puis les « imitateurs » et ensuite les « réfractaires ». Non seulement le processus requiert trois types d'acteurs, mais il se découpe aussi en trois séquences. En effet, « *Un processus d'innovation obéit à des séquences qui représentent dans le temps, les formes d'appropriation d'une invention par le corps social* » (ALTER N., 2005, p. 39). Ceux qui intéressent Norbert Alter, ce sont les « pionniers » qui sont à l'origine de la diffusion de l'invention. Ils sont porteurs de l'invention et vont permettre sa diffusion dans le corps social grâce aux « imitateurs ». Ceux-ci vont permettre le relais, ayant analysé les bienfaits de cette invention. La diffusion de l'innovation sera réussie lorsque les « réfractaires » l'auront acceptée. Nous comprenons bien que sans les « pionniers », l'innovation ne peut pas exister. Les innovateurs ne se caractérisent pas par une position précise dans l'organisation ; c'est également indépendamment de leur fonction qu'ils deviennent des innovateurs. Qui sont alors ces pionniers ?

### 1.1.2.1 Profil des « pionniers »

Norbert Alter les qualifie de « marginaux » (ALTER N., 2005, p.14) pour deux raisons qui sont essentielles au processus d'innovation.

La première raison est que les pionniers possèdent des réseaux d'influence. Le pionnier est un « marginal sécant » qui maintient des relations avec des personnes extérieures à l'organisation. Cette « *capacité réticulaire* » (ALTER N., 2005, p. 18) va lui permettre d'exploiter ses ressources pour développer et diffuser l'innovation. Ces réseaux sont informels, ils vivent dans une certaine clandestinité. Ils servent à échanger des informations, à



obtenir du soutien, des conseils. Les pionniers ont également un sens critique, une distance critique en partie grâce à leur regard extérieur. Le pionnier devra donc avoir construit un réseau pour rechercher les connaissances nécessaires à la diffusion de l'invention. Ils échangent sur leurs conceptions de travail, leurs valeurs et ceci dans un souci professionnel. Cependant le système de réseau implique aussi qu'il y ait un échange. L'échange social n'est pas gratuit, il se développe un système de don contre don. L'échange social n'est jamais totalement désintéressé même s'il existe une solidarité envers les membres du réseau.

La deuxième raison est que les pionniers prennent le risque de transgresser les règles. Dans cette première séquence l'innovateur s'oppose à l'ordre établi le temps que le processus s'engage un peu plus et que l'innovation commence à trouver peu à peu un sens pour le corps social. En attendant, la stabilité de l'organisation n'est plus assurée et l'innovateur prend le risque même d'être sanctionné. Les normes antérieures à la diffusion de l'innovation sont détruites. C'est la diffusion de l'innovation et son appropriation qui permettra à l'innovateur de trouver une légitimité et l'acceptation des nouvelles normes. En attendant, le comportement des pionniers est considéré comme n'étant pas acceptable « *par les tenants de la norme* » (ALTER N., 2005, p.19) ; c'est pourquoi la diffusion d'une invention est souvent conflictuelle. Les pionniers sont donc pris entre deux forces. L'une est destructrice car ils détruisent les normes établies et l'autre est créatrice puisqu'ils vont créer d'autres normes. Ce qui caractérise les pionniers, c'est leur capacité à faire adhérer une grande partie de la collectivité à la diffusion de l'invention tout en agissant contre l'ordre établi. Norbert Alter analyse cette situation comme étant une « inversion des normes ». Dans ces conditions d'inconfort, la question qu'il faudra se poser est la suivante : qu'est-ce qui pousse les pionniers à prendre ces risques ?

### **1.1.2.2 Profil des « imitateurs »**

Les « *imitateurs* » (ALTER N., 2005, p. 272), comme les « pionniers », ne se définissent pas par leur fonction dans une organisation. Cependant, ils sont les premiers à se saisir de l'invention, à lui reconnaître une utilité, à lui créer du sens. Ils parviendront à s'éloigner de leurs pratiques routinières, à s'approprier l'invention car, comme les « pionniers », ils croiront en celle-ci. Ils ont un rôle qui n'est pas négligeable car ils permettront la diffusion de l'invention et parviendront à la faire accepter par le plus grand nombre. Ils sont des relais de l'invention. Peu à peu, le cercle des « imitateurs » s'agrandit

pour s'étendre de plus en plus. Il faut parfois du temps pour que les « imitateurs » se fassent connaître. Il persiste donc cette incertitude de voir l'invention rester au stade de l'innovation.

### **1.1.2.3 Profil des « réfractaires »**

Les « *réfractaires* » (ALTER N., 2005, p. 272) sont ceux qui ne trouveront jamais d'usage à l'invention. Ils s'y opposent et préfèrent garder leurs habitudes.

### **1.1.3 Croire est le maître mot de l'innovation**

Les « pionniers » vivent une situation de déviance de manière consciente alors qu'ils ne connaissent pas l'issue de cette invention. En effet, le caractère incertain de la trajectoire de l'innovation ne leur permet pas d'avoir un comportement rationnel. Les objectifs ne peuvent être clairement énoncés, les résultats sont erratiques. L'engagement des innovateurs est donc tout autre que le bénéfice qu'ils peuvent en retirer. Ils n'ont pas les moyens de prouver la réussite de leur action. C'est plutôt le caractère passionnel qui les anime. Ils croient en cette invention et sont donc prêts à prendre des risques pour la voir devenir une innovation. Ils ont l'intuition que le corps social se l'appropriera. Ils sont portés non seulement par le plaisir d'innover mais aussi par le besoin de reconnaissance sociale qui néanmoins n'est pas assurée, car les autres acteurs et la direction leur porteront toujours un œil critique. Ils ne pourraient agir sans y croire. Cependant la croyance ne suffit pas pour innover. En effet, les « pionniers » se basent aussi souvent sur leurs expériences de terrain. L'innovation demande donc une volonté de croire, une quête de sens, une mobilisation et un travail identitaire importants. La force créatrice selon les moments de la trajectoire de l'innovation sera parfois plus forte, mais sera rattrapée par la force destructrice qui s'y oppose et inversement, rien ne prédisant encore que la diffusion de l'innovation trouvera un usage collectif.

Si les innovateurs usent de la croyance pour innover, le management est aussi fondé sur des croyances. Les managers sont amenés à prendre des décisions, mais il est difficile de mesurer objectivement les résultats de leur action, sauf peut-être dans le cas de « *situations routinisées* » (ALTER N., 2005, p.42). Les décisions managériales ne sont pas rationnelles, elles sont des idées en matière d'organisation qui n'obéissent pas nécessairement

à une finalité. En effet, « *les décisions initiales, en matière d'organisation des entreprises sont des inventions* » (ALTER N., 2005, p. 41) qui ont besoin du corps social pour devenir une innovation. Les inventions organisationnelles devront suivre un cheminement tout aussi houleux qu'un autre type d'invention ayant également des séquences bien distinctes. Ces inventions organisationnelles émanent donc du pouvoir dirigeant et relèvent de décisions normées. Cependant elles vivent la même incertitude quant à leur trajectoire. Les décideurs sont alors poussés par la même croyance. Les managers sont toutefois conduits à prendre des décisions pour répondre à des situations urgentes. Ils doivent donc faire preuve d'une grande réactivité. C'est l'adaptabilité à une situation qui provoque une prise de décision et garantit le fonctionnement de l'organisation. Dans le cas de ces inventions organisationnelles, nous retrouvons la norme comme principe. La norme est que les entreprises élaborent une politique d'organisation basée sur la prescription de nouvelles façons plus efficaces pour travailler alors que les personnels sur le terrain cherchent toujours d'eux-mêmes à devenir plus performants. En effet, les agents savent spontanément s'adapter aux contraintes de travail et d'organisation et sont souvent en avance par rapport aux décisions prises par les managers. Il existe un décalage entre le travail « prescrit », celui déterminé par les fiches de postes, les procédures et le travail « réel » qui correspond à une auto organisation, une adaptation du travail prescrit pour mieux travailler. Le travail « réel » s'inspire des initiatives du corps social et se fait dans la clandestinité. Sur ce point, nous pouvons rappeler les travaux en psychodynamique du travail. En effet, « *L'analyse psychodynamique des situations de travail va, à son tour, mettre le doigt sur une dimension spécifique du décalage entre le prescrit et le réel* » (DEJOURS C., 2000, p. 214). Cependant, les normes managériales actuelles se défendent de ce type de travail considérant encore « les ressources humaines » non pas en qualité de ressources mais comme des contraintes à gérer, alors qu'il serait plus judicieux et constructif pour les managers de partir des initiatives de leurs équipes pour rendre le travail plus efficace. Les normes managériales sont telles que le manager est celui qui décide et sait faire les choix les mieux adaptés. Il n'a pas conscience que son équipe peut être une ressource en matière d'innovation et considère que c'est lui qui détient la vérité. « *Dit autrement, une décision commence toujours, dans l'esprit du management par le sommet de l'entreprise* » (ALTER N., 2005, p. 61). Les managers font souvent corps et une prise de distance de l'un d'entre eux avec cette norme serait scandaleuse vis-à-vis de ses collègues car il ne serait plus considéré comme un décideur. Ainsi, toute innovation organisationnelle s'inscrit à partir d'une décision qui, elle aussi, se fonde sur des croyances. Le manager ne peut pas savoir à l'avance les répercussions qu'aura sa décision. Il se rattache donc souvent aux « *normes de son milieu d'appartenance* »

(ALTER N., 2005, p. 63) pour adapter sa décision. C'est pourquoi, les inventions organisationnelles sont considérées comme étant le début d'un processus d'innovation puisqu'elles devront trouver également un sens et une utilité auprès du corps social. Il y a une socialisation de l'invention. Elles devront se détacher de la norme managériale. Une innovation ne peut effectivement pas se décréter. « *Une invention doit alors être conçue comme une incitation, à partir de laquelle l'innovation peut, éventuellement, se développer* » (ALTER N., 2005, p. 66). C'est pourquoi il faudra au manager non plus décider mais inciter le corps social afin qu'il s'approprie l'invention.

Norbert Alter analyse les conséquences de ces inventions sur l'organisation. Les inventions peuvent concerner autant des nouvelles pratiques, des produits ou être de nature organisationnelle. Quel que soit le type d'inventions, elles s'engagent dans un processus d'innovation qui touchera aux organisations.

#### **1.1.4 Conséquences de l'innovation sur l'organisation**

Le processus d'innovation a donc des conséquences sur l'organisation. En effet, l'organisation crée les règles et les normes, elle formalise, standardise et ne s'apparente guère à l'incertitude. Elle cherche à éviter toute incertitude. Tout est fait d'une façon routinière, il n'y a pas d'improvisation. L'organisation rationalise, elle définit les objectifs et met les moyens nécessaires à la disposition du personnel pour atteindre ces objectifs. Un résultat est attendu. Il s'agit particulièrement d'« *inventions dogmatiques* » (ALTER N., 2005, p. 89). Celles-ci sont des inventions qui ne peuvent suivre un processus d'innovation. Elles sont imposées au corps social, celui-ci ne pouvant y déroger. Elles sont le résultat d'une politique d'entreprise. Autrement dit, si un acteur s'aventurait à dévier la règle édictée, il serait sanctionné. Le personnel s'adapte à ces inventions qui sont alors prescrites. Il existe dans ces « *inventions dogmatiques* » un rapport de force qui ne peut pas prendre sens auprès du corps social ni avoir une trajectoire comme décrite auparavant. Cependant, dans une entreprise, ces deux types d'inventions sont présentes simultanément et s'intègrent à son fonctionnement.

Inversement, l'innovation est source d'incertitude devenant une contrainte à laquelle il faut faire face. Il devient alors difficile pour le corps social de se référer à une norme, une règle. Les incertitudes naissent de plusieurs dimensions, qu'elles soient de nature économique, stratégique, culturelle, sociale, juridique. Toutes ces dimensions peuvent se mêler les unes aux autres et provoquer des incertitudes. Devant cette instabilité, il se

développe des « *activités organisatrices* » (ALTER N., 2005, p. 136). Les équipes s'adaptent à ces contraintes en modifiant leurs pratiques professionnelles déjouant l'organisation qui « *ne les suit qu'avec difficulté et retard* » (ALTER N., 2005, p. 154). Les activités organisatrices essaient alors d'intégrer de manière cohérente ces nouvelles pratiques pour pouvoir les standardiser ensuite. Il existe donc d'un côté une recherche de stabilité et de l'autre une volonté de faire face aux incertitudes.

Le mouvement qui caractérise le processus d'innovation demande au cadre de mobiliser et responsabiliser les membres de son équipe. Il fait appel à des initiatives de la part de ceux-ci. En effet, « *le travail est création de nouveau, d'inédit. Ajuster l'organisation prescrite du travail exige la mise en jeu de l'initiative, de l'inventivité, de la créativité...* » (DEJOURS C., 2000, p. 217). Le rôle du cadre se définit dans un rôle de leader où l'incitation à l'initiative des membres de son équipe se tourne vers une volonté de mouvement pour atteindre les objectifs fixés et accroître l'efficacité. Il se tourne vers une organisation participative. Ces initiatives comportent toute fois une prise de risque pour celui qui les prend puisqu'elles se vivent en dehors des règles établies. Cependant, « *la hiérarchie ferme généralement les yeux sur ces comportements qui participent directement au bon fonctionnement de l'ensemble* » (ALTER N., 2005, p. 170). Malgré tout, le cadre doit assurer l'organisation, la stabilité de celle-ci et donc en corriger les déviations pour garantir l'harmonie du travail. Le cadre se doit de mettre en œuvre une rationalisation des activités, les agents doivent alors se soumettre aux normes et règles qui s'imposent à eux. La place de l'initiative se voit donc fortement diminuée. Les cadres sont pris entre ces deux logiques, celle où ils donnent à leurs équipes une place à l'initiative sachant que celle-ci bouleverse l'organisation, celle qui privilégie le maintien des normes actuelles, ne laissant aucune place à l'initiative.

L'instabilité est donc une caractéristique du mouvement qui ne peut provoquer que des conflits de temporalité. En effet, le mouvement est permanent et instable, il repose sur une succession voire une superposition d'inventions d'ordre organisationnel et d'ordre dogmatique. Il y a parfois une interdépendance entre ces inventions qui entraînent une véritable désorganisation. L'innovation est alors une activité collective investie d'une force créatrice mais gagnée par la transgression des normes, d'où la prise de risque considérable des innovateurs surtout quand il s'agit de représentants de l'effectif de l'entreprise. L'innovation est donc « *un mouvement qui détruit et qui crée constamment* » (ALTER N., 2005, p. 268).

### 1.1.5 Le processus d'appropriation

Le corps social commence à s'approprier l'invention lorsqu'il lui aura donné un sens et, dans la mesure où la direction atteint les objectifs qu'elle s'est fixés, celle-ci finira également par se l'approprier. Cette appropriation ne se fera que si la direction considère que ces innovations sont capables d'apporter un développement positif à l'entreprise. Néanmoins, l'innovation ne se négocie pas. La direction va finalement formaliser l'innovation et l'institutionnaliser, ce qui n'est pas non plus un processus de rationalisation du travail. L'institutionnalisation est une étape du processus de l'innovation, elle n'en est pas l'aboutissement, puisque les séquences peuvent se reproduire. En effet, c'est un schème immuable : une incitation à l'innovation, son appropriation puis une institutionnalisation. Celle-ci va essayer de réduire les incertitudes de l'innovation qui trouvera une légitimité au fur et à mesure du déroulement du processus. Norbert Alter définit l'appropriation comme « *la création d'un sens* » (ALTER N., 2005, p. 69). Les acteurs de l'innovation comme la direction donnent à un certain moment une cohérence à l'action collective. Les uns ont finalement besoin des autres et inversement. La logique de l'innovation est donc complémentaire de la logique d'organisation, malgré leur antagonisme. L'innovation a besoin de la participation du management pour se développer et nécessite une reconversion de ses normes managériales pour amener le processus de l'innovation à terme. « *C'est bien la rencontre entre ces deux logiques qui donne sens à l'invention initiale* » (ALTER N., 2005, p. 75). En effet, les directions ont besoin de trouver des pionniers pour évoluer mais aussi pour « *donner un sens à leurs décisions* » (ALTER N., 2005, p. 76).

L'innovation est donc une préoccupation banale, non seulement pour les entreprises mais également pour les établissements de santé. Ceux-ci s'engagent dans des stratégies d'amélioration de leur qualité et de leur efficacité. Le contexte d'amélioration croissante de la qualité et de l'efficacité est un véritable enjeu pour les établissements de santé en général mais aussi pour les établissements qui accueillent les personnes âgées. C'est au regard de ce contexte que les établissements d'accueil des personnes âgées mènent une réflexion pour que cette amélioration s'articule avec le respect des lois et décrets s'appliquant à la santé, dont le Plan Solidarité-Grand âge 2007-2012 et le Plan Alzheimer 2008-2012. La philosophie de l'humanité répondrait-elle aux critères d'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes âgées et à une invention ? C'est tout au moins ce que les auteurs de la philosophie de l'humanité démontrent dans leur ouvrage.

## 1.2 L'HUMANITUDE

### 1.2.1 Histoire d'un mot : « humanitude »

Le mot « humanitude » n'apparaît pas dans les dictionnaires. Il semble ne pas avoir sa place dans notre langue française. Que veut dire « humanitude » ? Nous connaissons les mots « humanité », « humanisme », dont nous pouvons trouver les définitions en consultant un dictionnaire.

L'« humanité » est l'« *ensemble des hommes ; genre humain.* » C'est également l'« *essence de l'homme ; nature humaine* ». Le petit Larousse illustré 2005 propose en exemple : « *Ce qui reste en lui d'humanité* ». L'humanité se définit aussi comme « *le sentiment de bienveillance ; compassion, bonté* ».

L'« humanisme » est la « *position philosophique qui met l'homme et les valeurs humaines au-dessus des autres valeurs* ».

Selon Jérôme Pellissier, écrivain et chercheur en psycho gérontologie et Yves Gineste, concepteur de la « philosophie de l'humanitude », le mot « humanitude » est donc un nouveau mot inventé par Freddy Klopfenstein, écrivain suisse en 1980. C'est Albert Jacquard qui reprendra plus tard ce mot dans son livre « L'héritage de la liberté : de l'animalité à l'humanitude ».

De quoi parle Albert Jacquard en employant le mot « humanitude » ? L'« *humanitude, c'est l'apport de tous les hommes, d'autrefois ou d'aujourd'hui, à chaque homme* » (JACQUARD A., 1986, p. 177). En effet, l'« humanitude » a grandi en même temps que l'histoire de l'humanité, grâce à tous les hommes, à tous les genres humains. C'est donc l'histoire, la culture, les innovations, les découvertes qui permettent aux hommes de se développer. L'homme a besoin des autres hommes pour exister. Ils soustraient des uns et des autres des savoirs qui enrichissent peu à peu leur existence. Leur aptitude à communiquer par le langage, par l'écriture leur permet de se projeter collectivement dans un monde futur qu'ils vont chercher à construire. Ils donnent un sens à la vie. « *Ils ont inventé des notions qui n'ont de valeur que pour eux, ainsi le bonheur ou la beauté. Un lever de soleil sur une montagne n'est qu'un ensemble de photons d'énergies variées provoquant des sensations colorées ; il n'est beau que si un homme le regarde* » (JACQUARD A., 1986, p. 179). La nature a

fabriqué l'humanité, les hommes ont eux créés leur propre richesse et c'est ce qui caractérise les hommes. Lorsque Albert Jacquard parle de richesse, il pense à la science et à la culture qui nous permettent d'évoluer sans cesse, en permanence. C'est ainsi toujours l'apport des hommes aux autres hommes qui nous caractérisent. Cet apport, c'est aussi l'apprentissage de toutes sortes de choses, la volonté de comprendre qui vont nous permettre de nous construire ensemble et les uns et les autres, puis d'« *entrer en humanité* » (JACQUARD A., 1986, p. 182). Notre engagement dans cette aventure humaine n'admet pas la fatalité, « *le propre de l'homme est de refuser de se soumettre* » (JACQUARD A., 1986, p. 182). Cependant, il y a des choses inéluctables comme la mort qui aura toujours raison de nous mais contre laquelle nous luttons grâce à la science, à la médecine. Ce qui fait notre « humanité » c'est également ce que nous laisserons après notre mort, c'est l'héritage que nous laisserons aux autres hommes. L'humanité est une philosophie qui permet à Albert Jacquard de définir l'aventure humaine.

L'humanité selon Yves Gineste n'a pas non plus la même signification que le mot « humanité ». L'humanité « *est constituée par ces particularités qui permettent à un homme de se reconnaître dans son espèce, l'humanité... et qui permettent à un homme de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'humanité* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 214). Quelles sont ces particularités qui nous permettent cette reconnaissance ? L'homme existe tant par sa singularité que par ses caractéristiques dont la principale est que nous sommes des êtres de relation, de communication. Nous éprouvons des émotions capables de nous transporter de l'amour à la haine. Nous communiquons de différentes façons, par le langage, le regard, le toucher. « *Ces trois éléments, regard, parole, toucher, vont généralement évoluer ensemble pendant toute la première enfance. Sur les plans neurologique et psychologique, ils vont permettre, avec l'atmosphère affective qu'ils font naître, l'élaboration et l'enrichissement de notre mémoire émotionnelle. Ce sera en elle que chacun d'entre nous puisera pour ressentir, tout au long de sa vie, lors de ses rencontres et relations avec les autres humains* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 267). Nous sommes aussi des êtres de désirs, capables de donner un sens à ce que l'on fait, à ce que l'on vit. Le propre de l'homme est donc la relation que nous entretenons avec les autres hommes. Pour que l'humanité existe, il nous faut nous sentir homme et reconnaître l'autre comme un homme. C'est cette relation de réciprocité qui permet d'être en relation d'humanité.



Ce néologisme « humanitude » dont on parle de plus en plus aujourd'hui est resté à l'état d'invention. Il semble de pas avoir été adopté par la langue française puisqu'il n'apparaît pas dans les dictionnaires.

### **1.2.2 Une philosophie de l'humanitude comme fondement d'une méthodologie de soins**

Depuis 1995, Yves Gineste et Rosette Marescotti ont conçu une philosophie de soins, fondement d'une méthodologie de soins qu'ils créent et développent au regard de l'évolution des valeurs sociales, des techniques, des savoirs, des réflexions et observations, puis des sensibilités. Ils s'approprient l'humanitude et la transfèrent dans le soin. L'humanitude, à l'origine, n'est pas une philosophie de soins.

Les concepteurs de l'Humanitude recherchent une cohérence entre les établissements qui accueillent des personnes âgées et l'extérieur. La vie au quotidien dans les établissements accueillant les personnes âgées doit correspondre à la qualité de vie à laquelle ces personnes aspirent. La vie en établissement et la vie chez soi au quotidien et à la maison sont la plupart du temps en décalage, ce qui induit une rupture pour les résidents. Ils sont contraints de s'adapter à leur nouvel environnement et à l'organisation de l'établissement dans lequel ils sont amenés à vivre. Cependant, les valeurs de la société ont évolué et les missions des institutions tentent de s'y conformer. Il résulte une réflexion, tant sur les missions des infirmiers et des aides-soignantes par l'étude des textes réglementaires, que sur les obligations des soignants en matière de soins à travers les chartes des personnes hospitalisées, relayée par une réflexion de nature éthique, notamment à travers le Plan Alzheimer 2008-2012. En effet, les missions des établissements de santé s'appuient sur les valeurs de notre société actuelle inscrites et définies dans la législation. Le Code de la Santé Publique édicte alors des droits pour les patients, des règles pour les soignants. Les patients, hier considérés comme objets de soins, deviennent à part entière des sujets de soins. Les institutions se doivent aussi de respecter les principes énoncés par « *les textes fondateurs de la République, la Déclaration des droits de l'homme, les principes énoncés dans la Constitution* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 191). Ces principes, rappellent les auteurs de l' « Humanitude », « *sont au-dessus des lois : aucun soignant ne peut, au nom de son métier, y déroger ; aucune institution ne peut, au nom d'un plan de soin ou d'un règlement intérieur, y contrevenir* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 191). Les

institutions, les soignants sont donc garants d'un prendre soin dans le respect de ces valeurs, pour le bien-être et la meilleure qualité de vie possible des personnes qu'ils accueillent.

Aujourd'hui, au regard d'une culture de qualité qui se développe, des efforts sont fournis par les établissements pour prendre soin des personnes dans un lieu de qualité. Cependant, il existe des contraintes et des règles incompatibles au respect, à l'attention, au confort de chaque personne. La volonté d'Yves Gineste et de Rosette Marescotti est d'associer au concept de qualité de vie des personnes âgées celui de la qualité des pratiques professionnelles. Néanmoins, la logique organisationnelle a tendance à éloigner les soignants de leur véritable mission disent Jérôme Pellissier et Yves Gineste. Ils pensent qu'il existe aussi un discours fataliste du soignant en gériatrie qui induit de « *ne pas donner les moyens d'améliorer les connaissances et les conditions de travail des soignants, d'améliorer la qualité et les conditions de vie des personnes malades* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 154). Aujourd'hui, les institutions ont la volonté de considérer de plus en plus les personnels soignants comme des ressources humaines et non uniquement comme des « *donneurs de soins* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 192). Yves Gineste et Jérôme Pellissier constatent au regard de l'histoire des institutions et de celle des soignants que « *durant une longue période, l'humanité des hommes soignants comme l'humanité des hommes vieux ont été niées. Les premiers n'étaient considérés que comme des donneurs de soins, les seconds comme des objets de soins* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 192). Il se produit une révolution culturelle et sociologique au sein des institutions remplaçant le patient au centre des soins et redéfinissant la mission du soignant. Une démarche triangulaire entre soignant, soigné et institution s'appuie désormais sur des objectifs prioritaires dont la personne soignée sera bénéficiaire. En effet, tous les acteurs impliqués dans cette démarche devraient obtenir satisfaction. Il s'agit, pour les institutions, mais aussi pour l'ensemble de notre société, d'allier compétences techniques, contraintes budgétaires et humanité. C'est sans doute un des défis que doivent relever les professionnels. En effet, les enjeux économiques risquent d'installer un décalage de plus en plus grand entre le désir pour les soignants d'améliorer les pratiques, les conditions de travail auprès des personnes et les contraintes budgétaires. Celles-ci, pense Jérôme Pellissier, tendent à l'industrialisation du prendre soin et se réfèrent à l'adage : plus c'est industriel moins ça coûte cher. Les soignants les plus motivés continueront à se battre, mais les autres seront désespérés. Les soignants sont pris dans une « double contrainte » entre ce qu'ils aimeraient faire et ce qu'on leur impose. Ceci

n'est pas le propre du domaine du soin, d'autres professions sont touchées par cette « double contrainte ».

En quoi, le concept de l'humanité est-il capable de répondre à ce défi ?

### **1.2.3 L'Humanitude : un concept novateur au service du prendre soin**

Yves Gineste et Rosette Marescotti sont les concepteurs d'une méthodologie de soins fondée sur une philosophie de soins. Cette philosophie de soins reprend le concept de l'humanité. Ils n'ont bien évidemment pas inventé la gérontologie, même si celle-ci est une spécialité encore récente. Ils n'ont pas fait une véritable découverte reconnaît Jérôme Pellissier lors de notre rencontre. En effet, les soignants ont toujours pris soin des patients en utilisant leurs connaissances et leurs expériences. Les deux protagonistes ne sont pas des inventeurs au sens strict du mot, mais ils ont observé, écouté les soignants et ont réfléchi à une manière de mieux prendre soin des personnes en réunissant des savoirs pour diffuser des techniques de soins sous une forme pédagogique. Un certain nombre de pratiques et de savoirs sont découverts par les soignants tout au long de leur pratique mais ils ne les utilisent pas nécessairement. Ces pratiques se révèlent dans la clandestinité, et ne voient pas le jour pour deux raisons qu'évoque Jérôme Pellissier.

- La première raison est que les soignants considèrent ne pas avoir appris ces pratiques le long de leur formation, elles ne peuvent donc être que de mauvaises pratiques.

- La deuxième raison est que ces pratiques ne peuvent être légitimées qu'en étant admises par la hiérarchie. La difficulté des soignants est donc de pouvoir diffuser ces pratiques, de pouvoir vérifier que ces pratiques ne sont pas isolées et dépendantes d'un seul soignant. Leur difficulté est de pouvoir les partager et les diffuser entre eux et les relier entre elles d'un établissement à un autre.

Les concepteurs et Jérôme Pellissier sont donc les relais de pratiques nouvelles et permettent une cohésion entre les soignants. Ils rassemblent en quelque sorte les pièces d'un puzzle. Ils ont un regard extérieur et une distance critique sur l'organisation des soins dans un établissement qui leur procurent une plus grande facilité à diffuser des inventions. De même, le fait qu'ils possèdent une formation différente de celle des soignants, leur permet de

disposer d'une capacité culturelle autre que celle des soignants qui, eux, se heurtent eux à un lourd héritage.

#### **1.2.4 Une invention qui bouleverse la représentation sociale des soignants et le prendre soin**

L'héritage dont parle Jérôme Pellissier pèse encore sur la représentation sociale des soignants. L'histoire des soignants est marquée par l'indifférence et le mépris. La conception des soins dans la relation des soignants avec les personnes soignées où les soignants devaient faire abstraction de leurs émotions, de leur sensibilité, ne pas être des sujets pensants, a aujourd'hui évolué mais reste, malgré tout, toujours plus ou moins présente. Le regard posé sur les soignants est quelquefois sévère lorsqu'ils montrent leurs émotions devant certaines situations. Il leur est reproché de ne pas être professionnel et ne pas savoir garder une distance thérapeutique. Le rôle propre que défendent les infirmières, au travers de la relation entre soignant et soigné est tout autant desservi. « *Les histoires de soignantes ayant été mal notées ou engueulées parce qu'elles avaient été surprises « à ne rien faire »... c'est-à-dire surprises en train de parler avec un patient ou de rester quelques minutes avec lui en silence, rempliraient à elles seules plusieurs livres* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 160).

Jérôme Pellissier, lors de notre entretien, dit que certains professionnels montrent une forme de lutte, de résistance par rapport à des pratiques qu'ils considèrent comme devenues mauvaises et se permettent de le dire. Certains soignants sont motivés pour lutter contre certaines pratiques. Elles deviennent souvent routinières, ce qui élimine toute réflexion de la part des soignants. Elles sont devenues des habitus.

Le détachement culturel des concepteurs est un atout pour diffuser leur invention dans les structures de soins. Ils ont aussi l'avantage de pouvoir aller sur le terrain d'établissements en établissements, de pouvoir non seulement tirer des leçons des expériences de chaque soignant mais aussi de s'impliquer dans le soin avec eux dans un esprit toujours de mieux faire et de penser le soin. Ils peuvent alors comparer les pratiques, évaluer, réfléchir au sens qui peut être donné au soin, réajuster pour les améliorer au fil du temps. Les concepteurs s'inscrivent donc dans un processus de relais, de porte-voix par leur position sociale.

L'écriture et la publication de leur ouvrage leur permettent de relayer des savoirs et des réflexions pour mieux prendre soin. La « philosophie de l'humanité » est développée dans le cadre de la « méthodologie des soins Gineste-Marescotti » qui est un outil dont les établissements de santé et les équipes peuvent se saisir. Ces établissements de santé sont majoritairement des établissements accueillant des personnes âgées. Les EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) sont les plus concernés par cette innovation car ces structures présentent les caractéristiques d'accueillir des personnes dépendantes et poly-pathologiques qui entraînent une réponse à des besoins d'autant plus spécifiques et multiples. Cela suppose, de la part des soignants auprès de cette population, une compétence. Les concepteurs de la « philosophie de l'humanité » proposent de transmettre leurs connaissances, leur méthodologie de soins, leur manière d'envisager le prendre soin dans les établissements de santé par une formation auprès des équipes soignantes et dirigeantes.

### **1.2.5 En quoi consiste la méthodologie de soins Gineste-Marescotti développée dans le cadre de la philosophie de l'humanité ?**

Cette philosophie de soins est fondée sur une relation de réciprocité entre le soignant et la personne dont il prend soin. Une réflexion est faite sur ce qui les relie entre eux. Cette philosophie de soins se démarque de la philosophie de Virginia Henderson largement enseignée à toutes les aides-soignantes et les infirmières. Les concepteurs de l' « Humanité » pensent que « *la philosophie de Virginia Henderson a été généralement mal comprise et a conduit à une pratique de prise en charge (le soignant doit assurer la réponse à ces besoins universels) et non de prendre soin* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 193). En effet, ils pensent que la philosophie de Virginia Henderson a été « *simplifiée à l'extrême, mise en grilles et vidée d'une partie de son sens* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 193). Il ne s'agit donc pas pour eux de ne répondre uniquement qu'aux besoins physiologiques des personnes mais de s'interroger sur les désirs, le bien-être, et la qualité de vie de celles-ci. Les concepteurs de la philosophie de l'humanité ont développé cette philosophie sur « *les caractéristiques de l'humanité, les valeurs éthiques et citoyennes de notre société et les connaissances scientifiques actuelles* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 193).

La méthodologie de soins Gineste-Marescotti, indissociable de la philosophie de l'humanité, est en perpétuelle évolution puisque les auteurs poursuivent toujours leurs recherches. Depuis vingt-six ans, de nouvelles techniques voient le jour ou sont améliorées et viennent s'intégrer à la méthodologie. Le concept « vivre et mourir debout », les « toilettes séquentielles », la « toilette évaluative », « l'auto-feed-back », le « toucher-tendresse », la « capture sensorielle » sont autant de nouvelles techniques réfléchies, étudiées sur le terrain dans les institutions au quotidien. C'est l'histoire du prendre soin qui débute dès 1979.

#### Vivre et mourir debout :

Les auteurs constatent que beaucoup de toilettes sont réalisées au lit alors qu'elles ne sont pas toujours justifiées. Après une étude auprès des patients, la majorité d'entre eux souhaiteraient pouvoir se doucher au moins une fois par semaine, ce qui n'est pas le cas dans beaucoup d'établissements pour diverses raisons. Cette étude a commencé en 1994 et a duré deux ans. Elle montre aussi le décalage entre le désir de ces patients et la réalité puisqu'ils notent « *qu'à l'époque on leur proposait en moyenne, rappelons-le, une douche tous les deux mois et demi* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 230). En parallèle, ils mènent une étude sur les moyens en termes de matériel, de douche ou baignoire et de ressources humaines que possèdent les établissements pour répondre au désir et bien-être des patients. Il s'avère que, dans certains établissements, il y a des possibilités de prendre une douche par jour, voire tous les trois jours. Ils vont donc demander aux soignants d'avoir une démarche d'évaluation des patients selon les critères suivants pour leur permettre de penser à comment ils vont prendre soin de ces patients :

- « *les hommes couchés* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 239) c'est-à-dire ceux qui ne peuvent ni se lever, ni se tenir debout, ni être assis »
- « *les hommes assis-couchés* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 239) c'est-à-dire ceux « qui peuvent être assis
- « *les hommes assis-debout* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 238) c'est-à-dire ceux qui ont la capacité de porter tout leur poids sur leurs jambes et peuvent tenir debout et marcher quand ils sont aidés
- « *les hommes debout* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 238) c'est-à-dire ceux qui portent leur poids et marchent seuls.

L'objectif de cette évaluation est d'établir une première estimation pour apprécier le type d'aide à la toilette, mais aussi à la marche. Permettre aux personnes de pouvoir se tenir debout au moins vingt minutes par jour évite qu'elles deviennent grabataires sauf en cas de

pathologies spécifiques. Se tenir debout ou verticaliser (terme qu'ils emploient) puis marcher stimulent certaines fonctions de notre organisme et entraînent des bienfaits. Nous savons, par exemple, que l'alitement est une cause favorisant une perte musculaire et lorsque l'immobilisation se prolonge, celle-ci augmente rapidement. Les connaissances scientifiques sont capables aujourd'hui de penser le soin de manière différente et c'est à partir de ces savoirs que les soignants peuvent favoriser l'utilisation des capacités des personnes dont ils prennent soin et éviter qu'elles ne deviennent grabataires.

#### La toilette évaluative :

Il s'agit pour l'infirmière de poser un diagnostic infirmier au cours de la toilette en collaboration avec l'aide-soignante afin d'évaluer le type de toilette la mieux adaptée au patient. Ils ont donc créé une feuille de prescription infirmière pour rendre effectif le rôle propre de l'infirmière dans l'évaluation des capacités des patients. En effet, cet outil d'évaluation engage l'infirmière à valoriser son rôle propre.

Ils déclinent une typologie de toilette. Selon les objectifs visés, c'est-à-dire améliorer, conserver ou accompagner, l'infirmière prescrit la toilette. Le principe est de privilégier la verticalisation des personnes dès que c'est possible pour leur permettre d'améliorer ou de maintenir leur santé.

#### Les toilettes séquentielles :

Elles préservent les patients de toute agressivité. Pour cela, les soignants tiennent compte des habitudes de vie des patients, de leurs désirs et de leurs sensibilités. Ils peuvent modifier l'ordre de la toilette afin qu'elle devienne un moment agréable ou mieux ressenti. La toilette n'a plus le seul et unique objectif de l'hygiène et de la propreté. Ils permettent aux soignants d'envisager une autre toilette que celle classiquement enseignée c'est-à-dire en respectant un ordre, toujours le même (du plus propre au plus sale, en commençant par le visage...). La toilette devient donc un moment de plaisir, de bien-être et doit alors permettre aux patients de recouvrer une estime de soi.

#### L'auto feed-back :

Ils observent lors d'une étude que les soignants ont un manque de communication verbale pendant les soins. Ils vont donc essayer de trouver des moyens pour rétablir la communication verbale et créent l'auto-feed-back, une technique de communication verbale. *« Le principe de l'auto-feed-back consiste à nourrir la parole de l'émetteur à une autre*

*source que le feed-back du récepteur. La meilleure manière pour cela est que l'émetteur s'auto-alimente, nourrisse lui-même l'énergie nécessaire à la poursuite de la communication, au travers de la description des gestes qu'il est obligé d'exécuter lors des soins » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 246). Pour permettre l'auto-feed-back, deux règles s'imposent en annonçant d'une part les gestes du soin et d'autre part lors du soin de décrire ce que l'on fait et comment on le fait.*

#### Le toucher-tendresse :

Les soignants utilisent beaucoup le toucher lors des soins, autrement dit une communication non verbale. Cependant, le toucher peut être ressenti de façon agressive. « *Le toucher du soignant doit aussi solliciter l'autorisation corporelle du patient » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 249). Dans la mesure où le patient est averti, il peut anticiper le toucher. Le toucher doit donc devenir professionnel. La communication se fait par la douceur pour être perçue de manière agréable par le patient qui va recevoir un soin.*

Prendre soin en humanité est donc l'utilisation des différentes techniques qui viennent s'ajouter en permanence à la méthodologie de soins Gineste-Marescotti qui comporte quatre éléments essentiels : le regard, la parole, le toucher et la verticalité.

Cette approche paraît incroyablement simple et de surcroît naturelle pour nous soignants, mais ces techniques demandent malgré tout un apprentissage, une réactualisation de nos connaissances et sans doute une réappropriation de gestes simples souvent mis de côté car trop imprégnés par une culture du : faire toujours plus et toujours plus vite, en se pliant aux contraintes horaires. En effet, les soins se font dans un espace-temps. Il est quasi inconcevable de faire une toilette en dehors de ce temps imparti ou tout autre soin. Prendre soin, c'est aussi savoir prendre du temps, reporter à plus tard un soin qui peut être fait à un autre moment.

La relation entre soignant et soigné ne peut plus être considérée comme inutile et comme une perte de temps. Une réorganisation des soins entre les infirmières et les aides-soignantes est nécessaire pour qu'il y ait une véritable collaboration entre les infirmières et les aides-soignantes. L'humanité donne aux infirmières les moyens d'exercer leur rôle propre. Une capacité d'analyse, une réflexion, donc leur compétence est indispensable pour prescrire le soin le plus adapté à la personne soignée. L'accompagnement au quotidien des patients se fait nécessairement en prenant compte leurs affects, leur manque et leur désir qui sont



conservés. Cet accompagnement dans la vie des personnes n'est pas dénué d'émotions diverses de la part des professionnels et demande donc un savoir être dans toutes les situations, une capacité de compréhension, de patience qui va au-delà d'un savoir-faire purement technique.

Qu'il s'agisse de la « philosophie de l'humanité » ou de « la méthodologie des soins Gineste-Marescotti », de toute façon indissociables l'une de l'autre, nous pouvons considérer que l'Humanité est une invention.

## **2 MÉTHODOLOGIE**

### **2.1 MÉTHODE DE RECHERCHE**

Comment le cadre de santé va-t-il diffuser une invention améliorant les pratiques professionnelles au bénéfice du bien-être des patients pour que celles-ci deviennent une innovation acceptée par le corps social puis interrogeant les normes actuelles ?

Pour pouvoir répondre à cette question de départ, nous nous appuyons sur un champ conceptuel dominant, celui de l'innovation selon Norbert Alter qu'il analyse comme étant un processus dynamique permettant le passage d'une invention à une innovation aboutie. Cette invention se nomme la « méthodologie de soins Gineste-Marescotti » inspirée de la « philosophie de l'humanité » dont ils sont également les concepteurs. Cette méthodologie de soins est de plus en plus prisée par les établissements de santé qui accueillent les personnes âgées.

Nous connaissons cette méthodologie bien souvent parce que nous en entendons parler de manière positive mais aussi de manière négative. Elle est connue des soignants mais aussi du grand public par la médiatisation qui se fait autour d'elle. Quelle est donc cette méthodologie de soins ? D'où vient-elle ? Notre curiosité nous entraînera dans une lecture attentive de l'ouvrage écrit par Gineste Yves et Pellissier Jérôme, 2007, *Humanitude, Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Paris, Ed. Armand Colin. Jérôme Pellissier, s'il n'est pas le concepteur de l' « humanitude », est écrivain et chercheur en psycho gérontologie et a écrit d'autres ouvrages sur la vieillesse. Suite à la lecture de ce livre,

d'autres questions ont fait irruption. Nous nous demandons si la philosophie de l'humanité comme fondement de la méthodologie de soins est bien une invention, dans quelles conditions deviendra-t-elle une innovation ? En effet, ses concepteurs Yves Gineste et Rosette Marescotti, au décours d'observations des pratiques professionnelles dans les établissements de santé accueillant des personnes âgées et d'un travail d'élaboration de techniques améliorant les pratiques, sont bien les pionniers d'un nouveau modèle de soins. Nous irons donc vérifier si cette invention s'inscrit dans un processus d'innovation lorsqu'elle essaie de s'implanter dans certains lieux de soins sachant que toute invention ne devient pas systématiquement innovation. En effet, Norbert Alter dit qu'une invention peut rester à l'état d'invention, elle demeure alors une idée, une découverte, sans aller jusqu'à l'innovation qui suppose une réelle diffusion dans le « corps social ». Nous décidons de rencontrer Jérôme Pellissier pour un entretien exploratoire. Il nous a accueilli très volontiers portant intérêt à notre objet de recherche. Nous le rencontrons le 13 septembre 2007 sur le Département des instituts de formation du CHU de Nantes avant une conférence-débat qu'il a animée sur le « Prendre soin des personnes âgées vulnérables : des principes aux pratiques ».

Cet entretien exploratoire nous servira à identifier quelques aspects de notre champ conceptuel dominant mais aussi à ouvrir sur le phénomène de l'humanité, à en chercher les significations, à imprégner de la pensée de l'auteur. Il sera également source d'inspiration pour élaborer notre modèle d'analyse.

Suite à cette phase conceptuelle, une hypothèse nous semble possible pour articuler l'innovation à la méthodologie de soins Gineste-Marescotti :

Pour que la méthodologie de soins Gineste-Marescotti se diffuse, il faut que les acteurs concernés se l'approprient pour qu'elle passe d'une invention à une innovation.

Pour tester cette hypothèse, nous nous appuyerons sur les indicateurs de notre champ conceptuel dominant, l'innovation selon Norbert Alter.

## **2.2 OUTIL MÉTHODOLOGIQUE**

Nous avons choisi l'entretien semi-directif qui offre une certaine souplesse dans la communication et la possibilité aux interviewés de s'exprimer ouvertement. Nous pouvons, grâce à cet outil méthodologique, extraire des informations très riches, capter les émotions et

permettre la spontanéité. Cet échange permet la reformulation, l'explication de certaines informations. L'entretien « *est semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises* ». (QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., 2003, p.195). En effet, nous avons élaboré un guide d'entretien qui servira de fil conducteur permettant la parole de l'interviewé.

## 2.3 CHOIX DES LIEUX ET DE LA POPULATION

Le choix des établissements de santé pour faire nos entretiens est fortement déterminé par le fait qu'il nous fallait trouver des lieux d'introduction de la méthodologie de soins Gineste-Marescotti. Nous avons alors contacté un formateur de l'Institut Gineste-Marescotti du Grand Ouest que nous remercions pour l'intérêt qu'il a porté à notre objet de recherche. Il nous a donc orientée sur plusieurs établissements de santé nous donnant également les noms des personnes que nous devions contacter. Nous avons téléphoné dans trois établissements de santé. Un directeur a refusé n'ayant pas de cadre de santé pour nous recevoir, du fait qu'il se trouvait en pleine évaluation de la mise en place de la méthodologie de soins Gineste-Marescotti. Il a donc jugé qu'il n'avait pas assez de recul par rapport à cette innovation. Un autre directeur nous autorisait à venir faire nos entretiens, mais à une date qui nous semblait trop tardive. Le troisième directeur d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) nous a ouvert ses portes volontiers pour rencontrer son personnel. Néanmoins, nous n'avons pu le rencontrer en personne.

Cependant, lors d'un stage en unité de gériatrie de médecine aiguë et en parlant de notre travail de recherche, le médecin gériatre et le cadre de santé nous ont dit que des unités du centre hospitalier travaillaient avec la méthodologie de soins Gineste-Marescotti. Nous avons donc demandé une autorisation à la directrice coordinatrice du centre hospitalier pour pouvoir interviewer le personnel. Nous avons alors contacté deux cadres de santé pour demander leur accord, l'un sur un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et l'autre sur une unité de soins long séjour (USLD) affiliés au centre hospitalier. Nous avons pu finalement aller sur trois structures :

- Un EHPAD nommé A
  - Un EHPAD nommé B
  - Une USLD nommée C
- } Centre hospitalier

En regard de notre champ conceptuel dominant, notre étude se porte sur les acteurs concernés par l'innovation dans les organisations. En l'occurrence, ce sont les aides-soignantes, les infirmières, les cadres de santé, les directeurs de soins. Nous avons donc rencontré dans chaque structure de soins une aide-soignante, une infirmière, un cadre de santé, un directeur de soin. Cependant, nous n'avons pas interviewé dans l'EHPAD « A » le directeur de l'établissement puisqu'il délégua sa représentativité au cadre de santé, travaillant dans le même sens. Dans l'EHPAD « B », les infirmières n'ont pas été intégrées à l'innovation pour le moment. En effet, l'EHPAD « B » a servi de test dans le processus d'innovation du centre hospitalier, nous ne les avons donc pas rencontrées. Néanmoins, l'analyse de contenu des entretiens sur le centre hospitalier nous a fortement incitée à solliciter un entretien avec la directrice des soins.

Ce qui nous intéresse dans notre travail de recherche, c'est d'étudier la profondeur des discours plutôt que de multiplier les entretiens, c'est pourquoi il nous sembla plus pertinent de diversifier le profil des interviewés, le critère étant leur appartenance à l'organisation en tant qu'acteur de l'innovation au sens de Norbert Alter, c'est-à-dire qu'ils soient les « pionniers », les « imitateurs » ou les « réfractaires ». C'est donc sur proposition des cadres de santé que les aides-soignantes et les infirmières se sont prêtées à cet « exercice ». Nous avons mené neuf entretiens.

## **2.4 CHOIX DE LA TRAME DES ENTRETIENS ET MÉTHODE D'ANALYSE**

Nous avons construit notre guide d'entretien à partir du concept de l'innovation selon Norbert Alter en extrayant les indicateurs ou catégories qui le composent. Le choix des catégories ressort de notre champ conceptuel. Autrement dit, l'analyse du contenu de chaque discours devra nous permettre une reconstruction de notre champ conceptuel dominant. Quelles sont ces catégories ?

- Les acteurs
- Le bouleversement des normes
- Le processus d'appropriation
- Le mouvement permanent
- La transmission sur le terrain

Toutes ces catégories sont à confronter au regard de chaque acteur concerné par l'innovation dans la méthodologie de soins Gineste-Marescotti, dans chaque organisation.

Il nous semble important de rappeler au lecteur que la philosophie de l'humanité est le fondement de la méthodologie de soins Gineste-Marescotti et qu'ils sont indissociables. L'un et l'autre termes seront employés indifféremment pour faciliter les entretiens et la lecture. Sur le terrain, les soignants les utilisent tous les deux, mais parlent également de « l'humanité » au lieu de la philosophie de l'humanité et l'appellent aussi la « métho ».

Les questions du guide d'entretien :

- 1- Pouvez-vous définir brièvement la philosophie de l'humanité ?
- 2- Comment avez-vous connu l'humanité ?
- 3- Qui a initié cette invention dans votre établissement ?
- 4- Pourquoi ?
- 5- La diffusion de l'humanité a-t-elle créé des bouleversements dans l'organisation de votre travail ?
- 6- Comment est vécue la diffusion de cette invention ?
- 7- Pensez-vous que les soignants se sont appropriés l'humanité ?
- 8- Qui sont les personnes prêtes à soutenir la diffusion de l'humanité ?
- 9- Existe-t-il des réfractaires ?
- 10- Quel rôle jouez-vous dans la diffusion de l'humanité ?

- **La question 1** est utile pour déterminer s'il existe ou non un processus d'appropriation et si oui, quelles en sont les caractéristiques.

- **La question 2** sert à déterminer les acteurs (pionniers, imitateurs, réfractaires) ainsi que **les questions 3, 8, 9 et 10**. Elles permettent également de présenter les profils de chaque acteur. **La question 2** est intéressante pour voir comment la méthodologie de soins Gineste-Marescotti se diffuse sur le terrain ainsi que **la question 6**.

- **La question 4** permet de comprendre l'intérêt d'une telle innovation dans cette organisation, en récoltant les points de vue de toutes les catégories.

- **La question 5** est fortement axée sur les bouleversements qui peuvent intervenir dans la diffusion de la méthodologie de soins Gineste-Marescotti. De quelle nature peuvent être ces bouleversements ?

- **La question 6** renseigne sur les acteurs mais également sur l'existence ou non d'un mouvement permanent.

- **La question 7** sert à vérifier s'il y a appropriation ou non de l'humanité.

Si notre champ conceptuel dominant nous permet de nous poser les bonnes questions, la richesse du contenu des entretiens nous en fait sortir également. Nous nous autoriserons alors à créer des catégories supplémentaires pour alimenter le processus d'innovation selon Norbert Alter.

## **3 ANALYSE DES DONNÉES**

### **3.1 LES ACTEURS**

Pour tester notre hypothèse, il nous faut repérer les acteurs concernés par la diffusion de la méthodologie de soins Gineste-Marescotti qui, selon Norbert Alter, sont au nombre de trois : les « pionniers », les « imitateurs » et les « réfractaires » sur les trois structures de soins.

L'analyse du contenu des discours des interviewés dans chaque établissement de soins permet-elle d'identifier la présence de « pionniers » ?

#### **3.1.1 Identification et profil des « pionniers »**

- Sur l'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD « A »):

- L'aide-soignante interviewée identifie clairement les « pionniers » sans hésitation. Ce sont le directeur de l'établissement et le cadre de santé. Néanmoins, elle ne sait plus très bien qui est le véritable « pionnier », celui qui se lance dans la nouveauté. Pour elle, c'est le directeur qui « **a mis ça en place** », cependant c'est bien le cadre de santé qui « **n'hésitait pas à en parler** » au directeur. Ainsi, nous ne faisons pas bien la distinction entre l'un et l'autre. Pour elle, ils sont bien à eux deux les « pionniers », ceux qui ont initié le projet.

Au-delà de leur identification, nous pouvons voir se dessiner leur profil. Le directeur est quelqu'un qui « **est ouvert à tous** » et « **a dû voir sur d'autres** » établissements de santé, dit-elle. Le cadre de santé, quant à elle, en parle avec le directeur ; l'aide-soignante la perçoit comme non hésitante, comme une personne qui s'autorise à donner ses idées et à en discuter. Cela se mesure dans la répétition de cette phrase, « **elle a dû en parler** » (trois fois), puis par le verbe « **hésiter** » accompagné d'une négation.

- Pour l'infirmière, c'est la direction qui est le « pionnier » qu'elle décline par deux personnalités qui sont « **le cadre et Monsieur X** », le directeur. Cependant, elle dira plus loin que c'est le cadre. Ainsi, nous percevons l'importance du cadre de santé dans l'initiation du projet, la diffusion de l'invention.

- Que dit le cadre de santé ? Est-elle vraiment « pionnier » comme l'affirment l'aide-soignante et l'infirmière ? Le cadre de santé dévoile qu'elle est un des « pionniers ». Elle nous dit que ce sont effectivement « **le directeur et le cadre** » et « **c'est de concert avec Monsieur ...** », le directeur. Pour elle, « **la direction doit être partie prenante** ». D'ailleurs, « **le directeur est venu le premier jour de la formation** », « **Monsieur X c'est un probien** ».

Il n'y a pas de doute dans l'identification des « pionniers ». La teneur du discours est révélatrice d'une philosophie et donne une information sur le fait de choisir la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti. Le cadre de santé nous invite ensuite à découvrir l'histoire de cette innovation et en quoi elle est l'acteur principal. Elle parle du livre d'Yves Gineste et de Jérôme Pellissier, « *Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux* » comme révélateur d'une philosophie de soins avec une méthodologie de soins nouvelle et de son intérêt pour la gériatrie. Elle dit : « **je m'intéresse un petit peu à la gériatrie** », « **la gériatrie c'est un peu mon...** » et elle souligne le fait qu'elle en a parlé au directeur lorsqu'il a pris son poste en 2000. Nous retraçons bien la genèse de l'innovation au sein de l'EHPAD « A ». Ainsi ces deux pionniers vont assister à des conférences sur l'humanité, ils vont s'inscrire dans une démarche de benchmarking « *l'intégration dans sa propre entreprise de pratiques développées par d'autres et considérées comme efficaces* » (ALTER N., 2005, p. 49), puis utiliser leur réseau. Ils se renseignent auprès de « collègues » qu'ils soient directeur, cadre de santé ou personnel soignant. Certains d'entre eux connaissent bien cette méthodologie de soins, ils ont déjà innové dans cette pratique de soins. Elle souligne qu'ils sont « **un peu plus en avance que nous** », « **ils ont pas mal d'avance sur nous** ». Devant l'incertitude qu'induit l'action d'innover, les « pionniers » ne peuvent savoir à

l'avance si leur idée sera bénéfique ou non à l'établissement de santé, ils croient en leur idée, ils ont l'intuition qu'elle apportera des avantages. La rationalité des « pionniers » les conduit à « **aller voir les collègues et les soignants** », à faire « **un petit point avec eux pour voir ce que ça leur avait apporté avant de s'embarquer** » dit le cadre de santé de l'EHPAD « A ». Elle rajoute que cela se passe bien « **quand il y a des établissements où ça fonctionne avec pas plus de personnel, avec pas plus de temps, qui ont des résultats, qu'il n'y a plus de comportements d'agitation, où l'on donne moins de neuroleptiques...** ». Nous voyons dans quel état d'esprit et avec quelle détermination, sont le cadre de santé et le directeur pour innover dans cette méthodologie de soins. Le directeur se « renseigne », il participe à une formation avec l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) où avait été projeté un film sur l'« humanité ». Nous repérons très vite l'existence de pionniers sur l'EHPAD « A ».

Qu'en est-il sur l'EHPAD « B » et l'USLD « C » qui sont affiliés au même établissement de santé ?

- Sur l'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD « B ») :

- L'aide-soignante interviewée ne nous apporte pas d'informations sur les acteurs.
- En revanche, le cadre de santé identifie les « pionniers ». Ce sont le cadre supérieur aujourd'hui en formation à l'école des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) et le directeur des soins. Nous voyons également qu'ils sont deux dans cet établissement de santé. Il se dégage du discours du cadre de santé que le directeur des soins « **appliquait déjà ça** » avant de prendre son poste sur ce Centre Hospitalier et qu'« **elle a communiqué ce savoir faire à l'autre** », c'est-à-dire au cadre supérieur. Le cadre de santé souligne aussi que pour elle « **la hiérarchie, c'est important qu'elle prenne part et mon cadre supérieur a plus qu'été preneur et c'est très important** ». Elle décrit les « pionniers » comme des personnes qui ont « l'idée » et qui mettent « **un point d'honneur à ce qu'on l'applique ici.** » L'analyse de ces phrases dans son discours est fortement marquée par la teneur qualitative des propos, il y a une intensité dans le choix des mots. Nous déduisons que sur l'Unité de Soins de Longue Durée nommée « C », nous devons trouver les mêmes informations puisque ces deux unités font partie du même Centre Hospitalier.

- Sur l'Unité de séjour de Longue durée (USLD « C ») :

- Les aides-soignantes ne parlent pas des « pionniers ».



- Néanmoins l'infirmière exprime l'initiative du Centre Hospitalier. Elle dit : « **c'est une politique de l'établissement** », c'est « **demandé par l'établissement** » d'innover dans l'humanité.

- Le cadre de santé rappelle que le directeur des soins et le cadre supérieur sont les « pionniers ».

L'analyse de ces informations nous a incitée à rencontrer le cadre supérieur du Centre Hospitalier pour découvrir les véritables « pionniers ».

Notre rencontre avec l'un des « pionniers » nous révèle l'histoire de ce projet et le profil de ces deux « pionniers ». La connaissance de la philosophie de l'humanité et donc de la méthodologie de soins Gineste-Marescotti de la part de la directrice des soins va la « sensibiliser ». « **Elle m'avait dit, franchement il faut investir là-dedans** ». Nous nous apercevons que l'idée vient de la directrice des soins. En effet, elle transmet son expérience et confie au cadre supérieur la diffusion de l'invention. Le cadre supérieur « **monte le projet en partenariat avec le concepteur Yves Gineste lui-même et Rosette Marescotti** ». Son ambition va jusqu'à étendre la diffusion de « l'humanité » sur plusieurs structures de soins qui dépendent du Centre Hospitalier. Elle dit à ce propos : « **pour les maisons de retraite dont je souhaitais la mise en place** » et « **sur les unités de soins longue durée, je voulais aussi absolument que l'on puisse avancer** ». Il est pour elle important d'« **accompagner les équipes** » dans la diffusion de « l'humanité » qu'elle considère comme un « **caractère tout à fait innovant** » et « **très chargé de bon sens** ». Le discours du cadre supérieur est très empreint de dynamisme et de passion dans l'innovation de cette méthodologie de soins. À ce moment encore, les mots montrent une force qui nous permet de comprendre la pensée de Norbert Alter quand il dit que « *L'innovation s'inscrit ainsi dans le registre de la créativité, de son caractère débridé et passionnel* ». (ALTER N., 2005, p. 2) Elle déclare ainsi : « **j'ai pris beaucoup de plaisir** » et raconte encore « **qu'aujourd'hui, on travaille comme ça avec beaucoup d'émotions et ce qui m'a fait poursuivre le chemin avec les équipes et de les étendre aux autres structures** ». En plus du plaisir et des émotions qu'elle nous fait partager dans son discours, elle rajoute cette notion de croyance dont parle Norbert Alter en disant : « **Moi, j'en suis convaincue** ».

Sur tous ces établissements de soins, nous avons rencontré des « pionniers ». Sans eux, il ne pourrait y avoir d'invention et encore moins d'innovation car ce sont eux qui vont propulser l'idée par leur action. En effet, les acteurs les identifient et nous constatons que les

« pionniers » peuvent être d'une part, comme sur l'Établissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes « A », le cadre de santé et le directeur et d'autre part, comme sur le Centre Hospitalier dont dépendent l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « B » et l'Unité de séjour de longue durée « C », le cadre supérieur et le directeur des soins. Les « pionniers » n'occupent pas les mêmes fonctions même s'ils ont ici une place stratégique. Norbert Alter dit en effet que *« leur action ne correspond ni à une fonction particulière ni même à un état durable, il s'agit généralement d'un moment de leur vie professionnelle »* (ALTER N., 2005, p. 38).

Cependant nous reconnaissons en eux un profil particulier, celui de tirer profit de leur réseau. En effet, sur un établissement, ils se renseignent auprès de collègues d'autres établissements de santé ; sur l'autre il existe une influence de la part du pionnier principal qui connaît parfaitement cette philosophie de soins et, bien entendu, la méthodologie de soins Gineste-Marescotti. Nous retrouvons l'influence des réseaux dont parle Norbert Alter et la force de croire en cette invention. Il s'agit bien pour eux de s'informer sur ce qui se fait, néanmoins ils ne peuvent que croire en les résultats décrits par leurs collègues sans en avoir la preuve formelle. L'incertitude l'emporte pourtant sur la raison, ce qui caractérise les « pionniers » et bien sûr l'innovation. D'ailleurs, Norbert Alter reprend l'idée de Pareto (1916) où celui-ci dit que les croyances des « pionniers » *« sont de deux types :*

- *les croyances positives sont des représentations non immédiatement vérifiables. Ce type de croyance caractérise bien le développement des investissements immatériels : je les réalise parce que je crois qu'ils sont bénéfiques à mon entreprise, mais je ne dispose pas de moyens de prouver cette relation ;*
- *le deuxième type de croyance est de l'ordre du normatif, de la « coutume » : j'investis dans l'immatériel parce que mes homologues font de même, parce que « ça se fait »* (ALTER N., 2005, p. 34).

Néanmoins, les « pionniers » à eux seuls ne peuvent pas faire de cette invention une innovation. L'innovation a besoin du collectif pour se diffuser. Il leur faut trouver des « imitateurs » qui seront leurs partenaires, ce qui suppose de la part des « pionniers », *« pour être réalisée, la mise en œuvre d'un effort. Et cet effort représente un investissement en travail souvent considérable »* (ALTER N., 2005, p. 236). Les « pionniers » que nous avons identifiés ont-ils trouvé des « imitateurs » ?

### 3.1.2 Identification et profil des « imitateurs »

- Sur l'EHPAD « A » :

- L'aide-soignante interviewée exprime l'esprit d'équipe qui existe dans l'établissement c'est pourquoi « **on a toutes, on part tous dans ce même...** », « **on est une équipe assez soudée** », « **d'aller tous ensemble dans le même sens** ». Elle déclare : « **Je suis pour, parce que c'est vraiment quelque chose de ...** ». Nous constatons une véritable adhésion à cette invention et un fort engagement pour diffuser cette invention pour qu'elle devienne innovation. D'ailleurs, pour elle, elle « **n'a pas attendu qu'il y ait ce système d'humanité** », « **l'humanité était déjà mise en place si vous voulez, c'était déjà mis en place** », « **je pense que l'humanité était déjà présente avant** ». Elle connaissait cette invention auparavant et correspond à la manière dont elle a envie d'exercer son métier. C'est une façon de dire qu'elle est porteuse de cette invention.

- L'infirmière interviewée nous dévoile qui sont les « imitateurs ». Ce sont « **les soignants** », « **les infirmières** », « **l'équipe** », « **un ensemble** ». Ainsi, nous constatons que tous les acteurs se sentent concernés par la diffusion de la méthodologie de soins Gineste-Marescotti. Elle affirme surtout qu'ils ont été « **demandeurs** », c'est une « **demande collective** » ce qui renforce l'action des acteurs dans leur volonté de diffuser cette invention. Elle décrit leur rôle dans la diffusion de l'invention en disant : « **on est un petit peu le relais** », « **réfèrent** ». D'ailleurs, nous découvrons au cours de l'entretien qu'elle considère que « **c'est l'établissement qui a souhaité ça, c'est pas Monsieur X tout seul** », c'est « **une demande de l'équipe relayée par la direction** ». Finalement, il se dégage un tel enthousiasme dans le fait d'innover dans cette méthodologie de soins que l'infirmière assimile son rôle à celui des « pionniers ». Le développement du discours, le vocabulaire utilisé nous renseigne sur son état d'esprit. En effet, elle s'approprie le rôle de « pionnier » au nom de l'établissement. Pour elle, la demande n'émane pas d'une seule personne en particulier mais de l'équipe.

- Le cadre de santé précise qu' « **elles se sont proposées** », « **on avait beaucoup de volontaires** », « **ce sont des gens motivés** ». Nous percevons aussi une dynamique d'innovation où effectivement il semble exister beaucoup d' « imitateurs » voire des « *essaims d'imitateurs* » (ALTER N., 2005, p.14) dont « **une qui est très motivée** ». Elle souligne l'engagement volontaire et la motivation des personnes dans la diffusion de l'invention, ce qui s'explique par le fait que « *l'invention n'est qu'une incitation à l'innovation... Et une incitation n'a rien à voir avec un décret* » (ALTER N., 2005, p. 66).

### **Au Centre Hospitalier :**

- Sur l'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD « B ») :

- L'aide-soignante désigne le cadre de santé comme quelqu'un qui « **nous encourage quand même beaucoup oui** », « **nous motiver, c'est ce qu'elle a fait** ». Elle ne s'identifie pas elle-même à un « imitateur », mais son discours nous permet de déduire qu'elle fait elle aussi partie des « imitateurs ».

- Le cadre de santé se décrit comme ayant « **un rôle plutôt moteur** », mais aussi « **un rôle de relais en quelque sorte** » et qu' « **il était déjà important que le cadre y participe** ». Elle souligne qu' « **elle souhaite travailler avec la méthode** » mais qu'elle n'est pas la seule puisqu' « **il y a ici des gens qui ont trouvé ça formidable** ». Elle évoque l'importance de l'implication du cadre dans cette méthodologie de soins en disant qu' « **une partie de l'application de la méthode, c'est d'inclure le cadre** ». En effet, le profil des « imitateurs » est de permettre la diffusion de l'invention dans le corps social or « **je ne pourrais rien dire si je ne connaissais pas la méthode, je serais présente, mais je ne pourrais rien dire. Donc, connaissant la méthode, je peux recentrer les problèmes... je peux les aider dans ce sens-là.** »

- Sur l'Unité de Séjour de Longue Durée (USLD « C ») :

- Le discours des aides-soignantes ressemble à celui qui est tenu par l'aide-soignante et l'infirmière de l'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « A ». Nous retrouvons la notion d'équipe : « **Nous, on est une équipe** », « **on s'y est toutes mises et l'équipe suit** », « **on était quatre... c'est vrai que quand on en parlait à nos collègues, elles avaient hâte d'arriver au mois de juin** ».

- Pour l'infirmière, le cadre tient un rôle essentiel dans la diffusion de l'invention ; cela s'observe dans la répétition du groupe nominal « **notre cadre** ». Néanmoins, elle dit elle-même avoir « **un rôle un petit peu moteur** » et rajoute « **j'espère même améliorer les choses** ». Non seulement elle reconnaît son action d' « imitateur » dans le développement de l'innovation mais aussi la motivation et le dynamisme de l'équipe aide-soignante. En effet, « **les aides-soignantes sont tellement motivées, elles ont tellement bien fait passer l'information que tout le monde s'y est mis** » et ce sont « **trois personnes qui travaillent la main dans la main** ». Le cadre de santé pense, pour sa part, avoir « **un rôle moteur** ». Elle

souligne également qu' « **il y a des personnes ressources** », de plus « **elles en avaient entendu parler et elles étaient toutes...** ».

- Le cadre supérieur de santé exprime aussi la présence « **des personnes ressources qui étaient volontaires pour pouvoir adhérer et être moteur dans l'équipe** ». La volonté des « imitateurs » à vouloir faire passer cette invention à l'innovation est prégnante puisqu' « **elles ont invité leurs collègues à venir assister à des toilettes** » de même qu'elles ont fait « **le passage du témoin au niveau des autres soignants** ».

Nous retrouvons sur ces trois établissements de santé des « imitateurs » qui se saisissent rapidement de la méthodologie de soins Gineste-Marescotti pour essayer d'influencer le plus grand nombre à travailler selon ces pratiques. Ils se caractérisent par leur enthousiasme, leur motivation et leur plaisir à reprendre cette invention et à la diffuser. Nous constatons également que sur le Centre Hospitalier, les deux cadres de santé sont des « imitateurs » alors que sur l'EHPAD « A », le cadre de santé est « pionnier ». Quelle que soit la position des acteurs dans l'organisation, les uns sont « pionniers » car détenteurs d'une invention et les autres « imitateurs » découvrent et adoptent l'invention. Ceux-ci sont prêts à transformer cette invention en innovation.

Cependant, le processus d'innovation connaît également des obstacles et se confronte aux « réfractaires ». Ces acteurs s'y opposent. Existents-ils sur les trois établissements de santé des « réfractaires » et qui sont-ils ?

### **3.1.3 Identification et profil des « réfractaires »**

- Sur l'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD « A ») :

- L'aide-soignante « **ne pense pas** » mais « **au départ, si** » et « **peut-être qu'il y aurait des gens qui ne pensent pas comme moi** ». Dans un premier temps, elle dit qu'il y avait des personnes « réfractaires » puis aujourd'hui non, mais elle n'en est pas totalement sûre. Il persiste un doute.

- L'infirmière dit « **non** » puis « **si je pense** », « **des gens** », « **une ou deux personnes** ». Le discours porte des jugements positifs et négatifs. Il contient une certaine hésitation et contradiction qui nous permet de dire qu'il existe des « réfractaires ».

- Le cadre de santé pense qu' « **il y a toujours des gens réfractaires dans un groupe qui ne veulent pas** » et constate qu'« **il y en a certaines, c'est pas possible. Il y a encore, elles sont avec des gants** ». Pour elle, « **une qui est mitigée bon** ». Nous découvrons que pour certains, il est difficile de changer leurs habitudes de travail mais qu'ils « **essaient d'appliquer** ». Elle pointe aussi que ces personnes lui renvoient qu'elles ne peuvent « **pas faire mieux parce qu'on fait en humanité** ». L'application de la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti pose pour des agents certaines difficultés dans leur pratique quotidienne de l'ordre de la performance, autrement dit en termes de rapidité d'exécution de toilettes pour un même nombre de patients. Elles privilégient la qualité de leurs soins plutôt que la rapidité.

Ainsi, sur cet établissement de santé, il n'y a pas de doute quant à la présence de personnes « réfractaires ». Cependant, nous percevons à l'analyse de ces informations, une volonté d'appropriation de la méthodologie de soins.

#### **Au Centre Hospitalier :**

- Sur l'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD « B ») :

- L'aide-soignante n'évoque pas la présence de « réfractaires » à aucun moment de l'interview.

- Le cadre de santé pense que certains soignants « **ne changeront jamais. Y'en a qui croient bien faire et qui font tout de travers** », « **il y a des gens qui ne le seront jamais ici** ». Elle apporte une nuance à ce qu'elle affirme en disant qu' « **il y en a peu qui n'ont pas bougé dans leur tête et dans leur comportement** ». Nous en déduisons par le mot « peu », la présence de « réfractaires » mais en petit nombre. Nous savons qu'il « **y en a une qui était complètement contre car, on lui avait dit la première année... qu'elle avait été mal traitante pendant des années... donc elle a eu une très mauvaise idée de la méthodologie ... ça ne l'a pas convertie du tout.** » Le jugement porté sur cette personne semble avoir été déterminant pour qu'elle ne s'approprie pas l'innovation.

- Sur l'Unité de Séjour de Longue Durée (USLD « C ») :

- Les aides-soignantes n'évoquent pas la présence de « réfractaires » à la méthodologie de soins.

- L'infirmière pense qu' « **il y a toujours des réfractaires à toute innovation** » et certains « **étaient vraiment réfractaires** ». Elle nous dessine également le profil des

« réfractaires ». **« Elles travaillent par habitude... pas comme à l'usine mais... voilà, c'est routinier... elles ont trouvé leur routine parce que finalement ça leur correspond bien et surtout ça ne les met pas en difficulté... elles n'ont pas envie... elles ne veulent pas changer leur façon de travailler... deux personnes qui ne sont pas loin de la retraite et qui ont peur de changer. Je pense que c'est ça, la peur de changer leurs habitudes de travail. »**

- Le cadre de santé affirme qu' **« il y en a qu'une qui dit que ça ne la tente pas »**.

- Le cadre de santé supérieur du Centre Hospitalier affirme l'existence de « réfractaires » en disant : **« Oui, oui, oui »**, des soignants lui disent aussi : **« D'ailleurs de façon humoristique mais parfois caustique, elles disaient, oui mais, la formation à l'humanité, c'est pas Lourdes. Donc il y a quand même certains conflits dans les équipes. Il y a toujours des gens qui sont un peu réticents. »**

Le regard des interviewés est différent. Cela s'explique sans doute par une « rationalité limitée » des acteurs selon leur position dans l'organisation. Nous comprenons par le discours de l'infirmière qu'elle travaille sur plusieurs unités de soins. Elle a une mobilité qui lui permet de voir que là où se développe la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti, des collègues peuvent être réticentes. En effet, sur le Centre Hospitalier, nous avons vu que le Cadre de santé supérieur voulait diffuser cette invention sur tout le pôle médico-social. L'infirmière décrit très bien le profil des « réfractaires » où l'innovation est contraignante mais plonge les personnes dans une incertitude. Elle emploie des mots forts telles que la routine, les habitudes, la peur, la difficulté qui freinent l'innovation. La Méthodologie de soins contraint l'activité de ces deux aides-soignantes et leur travail s'inscrit dans une routine dont elles ne veulent pas se défaire par crainte d'être en difficulté. Nous ressentons dans le discours du cadre de santé supérieur que l'action d'innover dans cette méthodologie de soins semble absurde pour certaines, ce qui nous évoque le côté encore passionnel, idéologique dans l'entreprise d'innover pour les « pionniers ».

Quel que soit l'établissement de santé, nous avons rencontré les acteurs concernés par l'innovation. Nous avons vu que les trois acteurs dont parle Norbert Alter sont non seulement présents mais retiennent notre attention quant à leur profil révélateur de leur action. Les « pionniers » croient en la méthodologie de soins Gineste-Marescotti, ils sont toujours en nombre minoritaire par rapport aux autres acteurs. Ils agissent pour permettre de convertir les

autres soignants à de nouvelles représentations de leurs pratiques professionnelles. La position hiérarchique des « pionniers » dans l'organisation que nous avons rencontrée n'est pas suffisante pour qu'une invention passe à une innovation même si elle devient nécessaire pour autoriser l'intégration de l'innovation qui a besoin de l'action collective pour se transformer.

C'est en quoi l'innovation est source d'incertitude car nous ne pouvons savoir où elle va nous mener. Elle devient également une contrainte dans le sens où l'innovation va bouleverser les normes actuelles.

## 3.2 INCERTITUDE ET BOULEVERSEMENT DES NORMES

### 3.2.1 L'innovation, source d'incertitude

Le cadre supérieur du Centre Hospitalier que nous avons identifié comme « pionnier » se voit être « **complètement novice** ». Elle répète qu'innover, « **c'est accepter le risque** » et que cela suppose « **des questionnements** ». Il y a donc des choses auxquelles nous ne pouvons pas penser. À ce propos, elle dira : « **je n'y avais pas pensé** ».

Le cadre de santé de l'Établissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes « A », « pionnier », parle également d' « **interrogation** » pour qu'il y ait une véritable appropriation de l'innovation par tous, elle dit « **qu'il faudra trois ans** ». Elle se pose aussi certaines questions quant aux nouvelles pratiques professionnelles. Elle s'interroge par exemple sur le fait de « **mettre quelqu'un de grabataire debout, ... Est-ce qu'on va pas le maltraiter ?** » Nous observons bien que l'innovation pose question et pose « **problème** ». Norbert Alter souligne que l'action d' « *Innover représente ainsi toujours une prise de risque, une forme de déviance au quotidien.* » (ALTER N., 2005, p. IX) parce qu'innover bouleverse des normes par ces nouvelles pratiques que constitue la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti « *Elle représente donc, pour l'innovateur, un risque considérable* » (ALTER N., 2005, p. 24).

### 3.2.2 Bouleversement organisationnel

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD « A ») :



- L'aide-soignante répète que « **c'est toute une remise en question** ». Nous mesurons l'importance de ce propos car elle l'exprime six fois. C'est notamment « **un sacré effort, un sacré pas** ». Le discours est ainsi renforcé par le caractère admiratif de l'adjectif « sacré » associé au mot « effort » qui montre la difficulté que produit l'innovation sur l'organisation. Le mot « pas » nous montre que l'effort fourni entraîne un mouvement en avant et que c'est résolument aujourd'hui chose faite.

- À la question n°5 (La diffusion de l'humanité a-t-elle créé des bouleversements dans l'organisation de votre travail ?), l'infirmière répond spontanément que « **ça remet en cause pas vraiment l'organisation du travail mais...** » Puis elle répète « **pas tant une organisation mais...** ». Cette conjonction « mais » introduit une objection. En effet, l'infirmière précise les bouleversements apportés par la diffusion de la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti. Il s'agit pour elle d'un bouleversement de l'organisation du travail pour les aides-soignantes et pour les infirmières car cette méthodologie de soins introduit la toilette évaluative comme étant un soin spécifique et réservé au rôle de l'infirmière. En effet, Yves Gineste et Rosette Marescotti élargissent le rôle propre de l'infirmière en dotant celle-ci d'un rôle de prescripteur. « **On part du principe que la toilette, euh est prescrite par l'infirmière** » explique l'infirmière et « **l'organisation du travail va être en fonction de ça** ». Il y a donc une réorganisation du travail qui amène l'infirmière à consacrer du temps pour travailler avec l'aide-soignante car « **la toilette évaluative, ça se fait toujours en binôme avec l'infirmière et l'aide-soignante** ». Antérieurement les aides-soignantes travaillaient seules puisque « **jusqu'ici chacun faisait la toilette et nous, on ne participait pas beaucoup aux toilettes** ». Nous découvrons donc une remise en question des pratiques professionnelles. Néanmoins « **on a refait l'organisation infirmière avec des nouveaux horaires pour pouvoir faire une fois par semaine des toilettes évaluatives** », « **il faut un poste infirmier... du temps infirmier** », « **on réinjecte un horaire coupé** », « **dégager du temps infirmier** ». Elle renforce ces arguments en affirmant que cette nouvelle organisation engage les infirmières à « **être plus proches des aides-soignantes** ». De plus, « **Comme ça, nous, on s'adapte à leur rythme de travail** ».

- Le cadre de santé, « pionnier », dit qu'en effet, « **Oui** » il y a une réorganisation du travail et l'« **on est confronté à un problème** ». Ce problème tient de cette « **pleine phase de réorganisation** » car « **il leur faudrait plus de temps** ». Ainsi, le cadre de santé va « **réinjecter du temps infirmier** », elle a donc « **revu le planning pour les infirmières... il y en a une qui passera en coupé... on fera une journée par semaine et ce sera régulier ... il fallait réorganiser** ».

Le témoignage des acteurs concernés par la diffusion de la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti nous montre bien que les normes antérieures se détruisent avec difficulté. Les nouvelles règles d'organisation n'apparaîtront que progressivement. Entre temps, il se produit un désordre qui entraînera une réflexion sur la manière de réorganiser le travail. Le cadre de santé repense le planning des infirmières. Des réunions se mettent en place pour réfléchir sur l'organisation du travail de même que sur les nouvelles pratiques professionnelles, celles-ci agissant directement sur l'organisation du travail. En effet, une réunion est nécessaire pour que « **l'équipe de nuit revoie son horaire** » également pour ne pas réveiller systématiquement les personnes désorientées la nuit pour les changer lors de problèmes d'incontinence.

#### **Au Centre Hospitalier :**

- Sur l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD « B ») :

- Pour l'aide-soignante, « **c'est vrai** » que travailler en humanité a changé l'organisation d'autant plus qu' « **on ne peut pas le faire toute seule** » et qu' « **on a ciblé que certaines personnes qui pour nous, on pense qu'elles en ont plus besoin... c'est un travail en équipe** ». La Méthodologie de soins Gineste-Marescotti semble ici encore avoir un impact sur l'organisation du travail. Comme sur l'EHPAD « A », l'équipe est amenée à réfléchir sur l'organisation des soins et sur les patients à qui procurer ces soins particuliers.

- Le cadre de santé met l'accent sur la nécessité de bien connaître la Méthodologie de soins et de la « **comprendre parce que c'est une autre philosophie** » ce qui permet de mieux « **organiser** », « **donc on a changé notre organisation** » car effectivement, « **avant on faisait selon notre propre emploi du temps** ». Aujourd'hui, une réflexion est portée sur l'intérêt porté aux patients, ce ne sont plus les patients qui s'adaptent à leur nouvel environnement mais ce sont les soignants, l'organisation, qui s'adaptent aux patients. Le cadre de santé souligne ce changement de posture par ces mots : « **Au lieu d'aller contre, le forcer à notre organisation...** ». Cependant, nous percevons dans son témoignage qu'il s'agit aussi pour les soignants d'être capables de s'adapter au quotidien. En effet, « **Je suis contente car elles ont compris que l'organisation n'était pas stigmatisée une fois pour toute et qu'on pouvait la faire changer au quotidien** » explique le cadre de santé. Il existe effectivement un degré de rationalisation du travail qui « *est ainsi fonction du degré d'incertitude caractérisant chaque service, et non de la politique globale de l'entreprise en matière d'organisation* » (ALTER N., 2005, p. 137). Ce qui doit être prévu c'est un temps

supplémentaire qu'elle a vu en concertation avec la direction des soins. « **J'ai demandé à la direction des soins...** » explique t-elle.

- Sur l'Unité de soins de longue durée (USLD « C ») :

- Les aides-soignantes soulignent également que l'organisation a changé en disant « **On s'est organisé différemment peut-être. On a adapté.** », « **Nous sommes organisés différemment.** » et elles répètent encore « **Donc, on a changé un peu l'organisation** ».

- L'infirmière explique que « **c'est quand même un changement dans notre fonctionnement** », « **sur l'organisation, oui puisqu'on attend que les gens soient réveillés... ça bouleverse un petit peu cette organisation des institutions qui sont quand même bien réglées. Où, c'est tac, tac, tac, tac.** ». En effet, la règle antérieure était que « **le lever est à telle heure, le coucher à telle heure, et on ne s'occupe pas un petit peu des habitudes des gens et leurs besoins particuliers, spécifiques.** »

- Le cadre de santé répond « **oui** », l'organisation est bouleversée. La norme établie avant la diffusion de la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti était « **on commence à la chambre 201, 202, 203...** ». Dorénavant, « **Pourquoi commencer par Madame Untel, et ne pas venir s'en occuper je dirais, une heure ou déjà plus tard ?** » et dire « **Je vais revenir tout à l'heure.** », alors effectivement le cadre de santé insiste en répétant que « **ça change l'organisation.** »

- Le cadre supérieur de santé, « pionnier » sur le Centre Hospitalier exprime aussi le bouleversement des organisations en disant : « **Ça bouscule un petit peu les organisations de service** ». « **Ça les réinterroge dans leur organisation** » reprend-elle plus loin dans son discours.

Sur le Centre Hospitalier, dans les deux unités de soins, nous avons rencontré le même discours. La Méthodologie de soins Gineste-Marescotti réinterroge les règles, soulève des questionnements quant à l'organisation du travail. Ce n'est pas sans difficulté que les soins se réorganisent car, nous l'avons compris, les soignants doivent avoir la capacité de s'adapter à la singularité de tous les patients en termes d'habitude de vie, de rythme de vie. Nous sommes les témoins des contraintes qu'engendre l'action d'innover dans cette méthodologie de soins. Nous reprendrons à ce propos le discours du cadre de santé de l'EHPAD « B » qui exprime « **c'est une réflexion qui est tout à fait intéressante parce qu'avant c'était eux qui rentraient dans notre moule. Maintenant, on essaie que le moule**

**éclate un peu, on essaie, je dis bien.** » Lorsqu'elle parle de « eux », ce sont les patients. Ces phrases nous dévoilent cette force créatrice dont parle Norbert Alter, qui se heurte à une force destructrice. En effet, « *L'analyse de l'innovation... elle ne fait que décrire la rencontre tumultueuse entre la création du nouveau et la destruction de l'ancien* » (ALTER N., 2005, p. 3). Nous constatons cette confrontation entre les normes d'hier et celles qui se construisent aujourd'hui.

L'organisation du travail se voit bouleversée sur les trois établissements de santé et nous commençons à percevoir un changement de pratiques professionnelles.

### **3.2.3 Bouleversement des pratiques professionnelles**

Travailler en humanité, conformément à la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti, transforme-t-il les pratiques professionnelles antérieures ?

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD « A ») :

- L'aide-soignante révèle des pratiques antérieures et explique ce qui les conduisait à travailler ainsi. En effet, « **Par exemple, on fait la toilette au lit parce que ça va plus vite, on fait la toilette au lit parce qu'il y a moins de manipulation.** ». La Méthodologie de soins Gineste-Marescotti, « **ça a bougé quand même les choses** », de plus elle engage une réflexion sur les pratiques professionnelles. L'aide-soignante se demande : « **Est-ce qu'on fait bien ?** », « **Est-ce qu'on ne fait pas bien ?** ». Ce qui change, c'est bien cette philosophie de soins explique t-elle en nous disant et répétant que « **Travailler en humanité, c'est aussi prendre son temps** », « **Il faut prendre son temps** », « **On va prendre le temps avec eux** ».

- L'infirmière dévoile également que « **Ça remet en question sûrement des pratiques** », « **Il y a quand même eu des choses qui ont changé tout de suite** ». Cette Méthodologie de soins explique t-elle, « **nous recentre vers le résident, avant on gravitait plutôt autour** », « **On est près de la personne, c'est plutôt drôlement bien** », « **Ça replace vraiment les gens au centre du soin** ». Cela permet de « **se rapprocher du résident...Et aussi de l'équipe aide-soignante** ». En effet, pour l'infirmière, c'est « **intéressant d'être plus proche des aides-soignantes, du travail de l'aide-soignante** ». Pour elle, c'est « **retrouver les bases du travail** ».

- Le cadre de santé nous dit que « **Nos pratiques ont été beaucoup remises en question** » et « **On a beaucoup professionnalisé** ». Comme l'aide-soignante, elle exprime clairement cette réflexion faite à propos des anciennes et des nouvelles pratiques. En effet, « **On se dit qu'on a peut-être pas bien fait jusqu'ici... ça fait quand même réfléchir sur les pratiques ... que de réveiller un dément la nuit, c'est complètement incohérent** ». Des pratiques telles que la contention des personnes agitées ou qui déambulent, se transforment également. Elle l'évoque par les propos suivants : « **On avait déjà fait un travail sur la décontention** ». Pour elle, « **C'est un changement de culture** » et « **On ne change pas de culture comme ça** », « **On ne peut pas changer comme ça** ».

Les acteurs expriment le bouleversement des pratiques professionnelles et expliquent rétrospectivement quelles étaient les pratiques antérieures et les pratiques routinières. Ils nous traduisent ce questionnement quant à leurs pratiques professionnelles en indiquant que la Méthodologie de soins est une autre philosophie de soins où le temps est important ainsi que le travail en collaboration. La valeur des patients est renchériée. Le cadre de santé parle des difficultés à changer car, au-delà d'une philosophie de soins, elle pense que cette méthodologie de soins représente également une nouvelle culture où les soignants sont plus soucieux des personnes et de leur environnement. Ce serait une nouvelle culture empreinte d'une nouvelle philosophie de soins or les acteurs doivent en trouver le sens pour se l'approprier.

#### **Au Centre Hospitalier :**

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD « B ») :

- L'aide-soignante évoque des pratiques routinières où « **on ne regardait plus ce que voulait la personne... on ne se posait plus la question ... qu'aujourd'hui on se pose justement cette question** ». Elle insiste sur l'existence de cette routine en nous disant : « **On rentrait dans une routine parce qu'on pensait que c'était plus simple et en fait, on voulait faire plus vite** » et « **On ne rentre plus dans une espèce de routine où personne se parle** ». Elle donne un exemple qui pour elle est « **Le B.A.BA, c'est de se présenter, dire ce qu'on va faire... c'est le B.A.BA et pourtant, ... on le sait, mais on ne le fait pas et voilà, entrer dans une routine, on frappe à la porte, on n'attend pas la réponse. C'est évident que les patients doivent savoir ce qu'on va faire, on ne se pose même pas la question de savoir...** » Nous retrouvons la règle de l'EHPAD « A » où la toilette au lit devenait de

rigueur par les propos suivants : « **On faisait beaucoup de toilette au lit** », « **Il y a des toilettes qu'on faisait au lit alors qu'on se rendait compte que c'était une personne qui était capable d'aller au lavabo avec une autre personne** ». Nous observons également l'accent qui est mis sur le travail d'équipe et la réflexion sur les pratiques professionnelles. En effet, elle nous dira que lorsqu' « **un collègue n'a pas réussi. Comment tu fais-toi ? Avant on ne se posait pas la question puisque c'était de toute façon allongé ...** » Le temps est valorisé en un élément favorable à la relation entre les résidents et les soignants car lorsqu' « **on fait le soin en humanité, on leur donne un moment de..., Un moment pour eux, nous, avec l'équipe et l'on sent qu'ils sont complètement détendus après** », « **La personne est d'autant plus contente et nous aussi en fin de compte** ». Elle en déduit qu' « **on faisait l'inverse de ce qu'il faut faire, ça nous a interpellés** ».

- Le cadre de santé pense que la Méthodologie Gineste-Marescotti « **a suscité des réflexions** » sur les pratiques professionnelles c'est pourquoi « **des comportements ont été modifiés** ». En effet, aujourd'hui, « **On essaie de s'adapter au mieux aux besoins** », de plus « **C'est de voir le soin non pas en série, c'est de penser le soin en adaptation avec les besoins de la personne** ». « **Il faut réfléchir et elles n'avaient pas l'habitude de réfléchir comme ça** ».

- Sur l'Unité de Soins de Long Séjour (USLD « C ») :

- « **Ah oui, dans les façons de faire** » répondent spontanément les aides-soignantes à propos du bouleversement des pratiques professionnelles. En effet, « **on essaie plus de travailler en changeant nos habitudes que moi, j'ai prises avant. C'est une réévaluation des toilettes tous les jours** ». L'une d'entre elles nous révèle « **que ce matin, je me suis surprise à faire une toilette au lavabo que je ne faisais jamais avant** ». Ici encore, le temps est évoqué. Elle explique que « **La toilette au lavabo, euh, le temps d'attendre que la personne, elle fasse toute seule. Parce qu'il faut attendre, faut pas la presser, faut qu'elle prenne son temps pour le faire...** ».

- L'infirmière explique elle aussi qu' « **on faisait pratiquement que des toilettes au lit, complètes, pratiquement** ». Elle évoque ce que la routine peut provoquer chez les personnes soignées en donnant un exemple : « **Elle la faisait en systématique de bonne heure le matin parce que je pense que c'était son heure de la réveiller. Ça se passait très mal** ».

- Le cadre de santé parle aussi de pratiques routinières où « **une espèce de routine et où, euh, après on se rappelle plus qu'on est chez les personnes, on est chez eux** ».

là ». Cette méthodologie des soins engage encore une réflexion puisqu'il « **y a des choses qui vous remuent quand vous vous apercevez qu'on ne faisait plus attention à prendre le temps de... et bien une personne à la limite, on lui fait plus poser les pieds par terre** ». Le cadre de santé montre aussi dans son discours, la tendance à faire appel à l'expertise d'un kinésithérapeute pour faire marcher une personne systématiquement. Elle dit : « **Pour le faire marcher, on disait, il faut de la kiné, plus de kiné. Puis, en fait...** ».

- Le cadre supérieur de santé nous explique en quoi la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti « **interroge les pratiques** ». Elle dit encore, « **ils se posent mille questions** », « **ils sont beaucoup dans le questionnement** » puis elle rajoute, « **et j'avoue que c'est plutôt gagné quand c'est comme ça parce qu'ils sont empreints de plein de doutes** » et « **à partir du moment où les soignants commencent à interroger les pratiques, c'est que c'est presque gagné** ». En effet, « **ça dérange quelque part cette méthode-là, elle est très intrusive... très chargée émotionnellement...très riche aussi en émotion** », « **ça bouscule les soignants** ». Le cadre supérieur de santé donne un exemple de bouleversement des pratiques professionnelles en disant que « **ça remet en question complètement les pratiques tout à fait banalisantes de la contention des personnes âgées** ». Ainsi, « **la méthodologie de soins permet effectivement d'avoir une autre approche** ».

Nous saisissons à travers le discours de chaque personne interviewée l'ampleur du questionnement sur les pratiques professionnelles, le désordre que cette méthodologie de soins provoque chez les soignants car celle-ci les émeut, les perturbe. Les nouvelles pratiques renvoient un regard critique sur les anciennes pratiques. Une aide-soignante de l'EHPAD « A » nous parle même en des termes forts qui sont ceux-ci : « **On se remet en question en disant finalement tous les soins que j'ai faits pendant X années, finalement j'ai été quelque part entre guillemets, maltraitant ... pas mal traitante au point d'aller agresser la personne verbalement ou physiquement** ». Le cadre de santé de l'EHPAD « B » fait allusion également à la notion de maltraitance. Elle dit : « **C'est des formes de maltraitements sans s'en rendre compte** ». Nous comprenons que des pratiques routinières, banales peuvent avoir un impact négatif sur les personnes soignées. La Méthodologie de soins Gineste-Marescotti apporte cette réflexion aux soignants et engage également une réflexivité c'est-à-dire « *l'idée de retour de la pensée sur elle-même, elle est une réflexion sur la pensée* »

(ALTER N., 2005, p. 178). Cette réflexion sur les pratiques professionnelles et ce qu'elles renvoient, peut alors être vécue douloureusement par ces soignants.

La Méthodologie de soins Gineste-Marescotti bouleverse donc les pratiques professionnelles et provoque le trouble sur ces trois établissements de santé. *« Il nous appartient donc, lors des actes de soin que nous accomplissons, de réfléchir à leurs conséquences, d'être certains qu'ils ne contiennent pas de menaces pour la santé de la personne, qu'ils ne mettent pas en danger son équilibre et son bien-être. Encore aujourd'hui, il existe des pratiques courantes, des habitudes ancrées, qu'il est nécessaire d'interroger et de repenser dans cette perspective »* (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p.217). Tel est l'enjeu de la diffusion de l'innovation.

Cependant, lorsque les pratiques professionnelles se voient chahutées ainsi, d'autres normes plus anciennes encore ne sont-elles pas remises en question également ?

### **3.2.4 Héritage culturel et formation initiale au banc des accusés**

La diffusion de la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti provoque chez les personnes interviewées un regard critique quant à l'héritage culturel et à la formation initiale des soignants qu'ils soient aides-soignants ou infirmiers.

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD « A ») :

- L'aide-soignante raconte qu'elle connaît depuis des années **« un petit peu Gineste et Marescotti »**, **« Je connaissais la méthode enfin l'humanité, il y a déjà quelques années puisque dans les années 80, on en parlait... malheureusement, je pense que c'était un peu avant-gardiste, euh, il y a quelques années, dans les années 80, les gens étaient pas prêts à entendre qu'on pouvait soigner autrement »**. Nous observons une évolution à travers les années d'une pensée soignante qui va pas à pas détruire certaines normes. Elle évoque aussi **« La façon à l'école d'aides-soignantes où on ne parle pas de ce genre de choses, on ne parle pas d'humanité »**. Elle ajoute qu' **« il faudrait que cette philosophie mais, euh, soit intégrée dans le programme du soignant »**. De même la formation initiale **« vous apprend de telle façon, telle façon, telle façon »**, **« On leur donne les directives, faites une toilette comme ci, faire une toilette comme ça »**. Pour elle, **« il**



**faut soigner en réfléchissant d'abord... c'est pas parce qu'on vous a appris de faire comme ci, comme ça, je crois qu'il faut travailler aussi avec sa tête, c'est important ».**

- L'infirmière nous explique qu'il « **était dit dans les écoles : fais attention, ne vous impliquez pas affectivement. Voilà, donc on a mis une barrière. Et je pense que cette méthode-là, lève un petit peu les barrières et ça fait du bien** ». Elle pense que « **c'était une façon de se protéger de la souffrance des gens, de la magie soignante, je fais mes soins, mais je ne vais pas trop, trop loin parce que je ne sais pas ce que je vais trouver derrière. Quelle image, je... je ne sais pas à quel point le patient va m'amener dans sa souffrance** ».

Le cadre de santé nous dit que « **les aides-soignantes...n'ont pas eu ça dans leur formation initiale, l'animation, on n'en parlait pas** » et « **on a été formées à faire dans un sens, c'est pas évident** ». Ici, elle nous donne l'exemple de l'animation qui n'est pas au programme de la formation initiale des aides-soignantes alors que dans cet établissement de santé, les aides-soignantes travaillent sur l'animation. Comme l'aide-soignante et l'infirmière, le cadre de santé évoque la difficulté de sortir du cadre des savoir-faire enseignés.

#### **Au Centre Hospitalier :**

- **Sur l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD « B ») :**

- L'aide-soignante et le cadre de santé ne nous parlent pas de la formation initiale, ni de l'histoire des soignants.

- **Sur l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD « C ») :**

- Les aides-soignantes soulignent qu' « **On n'apprenait pas à cette époque-là comme on apprend aujourd'hui** ». En effet, « **À l'humanité, faut surtout pas faire le visage alors qu'à l'école, on nous a appris à faire, par commencer par le plus propre. Parce que commencer par le visage, ça peut être agressif. On peut commencer par le dos, on peut commencer par le buste... il n'y a plus d'ordre précis** ».

- L'infirmière fait allusion également à la formation initiale en disant : « **J'ai appris la méthode... euh... où il fallait commencer du plus propre au plus sale euh. C'était, on commençait par le visage, maintenant ce n'est plus du tout ça. Euh, on était très agressif au point de départ. C'était, il fallait deux gants de toilette, deux serviettes, c'était carré... maintenant, on utilise beaucoup les mains, euh, on commence par les**

**jambes... c'est vraiment des zones qui ne sont pas du tout sensibles... ça bouleverse beaucoup de choses ».**

- Le cadre de santé reprend le même discours que les aides-soignantes et l'infirmière en disant qu' « **on ne fait plus de toilettes comme on a appris** ».

Le cadre supérieur de santé du Centre Hospitalier parle de certitudes des soignants quant aux savoirs enseignés en formation initiale. En effet, « **des certitudes en disant, écoutez euh, on a fait l'école d'aide-soignant, on sait ce que c'est les soins de nursing et qu'ils étaient très au clair avec ça** ». Elle évoque un problème quant aux élèves aides-soignants qui ont pu travailler avec la méthodologie de soins sur le pôle médico-social, « **qui sont au clair avec la méthode** » et lorsqu'ils vont sur d'autres services « **les services MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), sont un petit peu en décalage. Parce que l'approche de la toilette encore aujourd'hui sur les services sanitaires, c'est de dire, mais attends, ce n'est pas comme ça ... ils sont encore très formatés, ancienne méthode, avec la segmentation du corps... c'est difficile pour les étudiants eux-mêmes d'être moteurs dans les changements de comportement à l'égard de la toilette** ».

La Méthodologie de soins Gineste-Marescotti interroge les pratiques professionnelles, les bouleverse, mais va au-delà en questionnant aussi celles qui sont apprises pendant la formation initiale. Nous comprenons que notre héritage culturel soignant se confronte encore aujourd'hui à de nouvelles pratiques professionnelles qui, elles, sont issues d'une pensée soignante. Deux établissements sur trois nous invitent à regarder de manière critique notre histoire et nos enseignements comme osent le faire Yves Gineste et Jérôme Pellissier.

### **3.2.5 Normes économiques**

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour personnes âgées Dépendantes (EHPAD « A ») :

- Le cadre de santé évoque qu'« **il y a besoin d'un budget de formation** » et qu'« **elle ne sait pas pour le budget 2008, si ça nous permet, on va envoyer encore deux autres** ». La formation coûte, c'est en quoi nous dit-elle que « **la direction doit être partie prenante** ». Elle nous explique aussi qu'au regard des conventions tripartites, l'établissement

**« doit évaluer, on entre dans une démarche qualité... donc c'est négocier avec les tutelles ».**

- Sur le Centre Hospitalier (EHPAD « B » et USLD « C ») :

- Le cadre supérieur de santé dit que deux logiques se confrontent **« c'est-à-dire vous avez la logique soignante de prise en soin qui est quand même tout à fait intéressante dans le rapport que l'on peut avoir avec le patient mais il y a aussi pour les cadres et les cadres supérieurs, la logique financière et budgétaire »**. Elle nous explique l'intérêt du **« GMP (le GIR Moyen pondéré) qui donne une indication sur le niveau de dépendance, mais qui est assujetti aux moyens qui vont être alloués dans le cadre des autorités de tarification pour pouvoir formaliser le budget »**. Le GIR signifie Groupe Iso Ressources. Elle nous donnera le GIR Moyen Pondéré d'une Unité de Soins de Longue Durée qui **« est aux alentours de 900 »**. Elle ajoute notamment qu'**« il ne faut pas être trop bas non plus parce qu'un GMP qui serait de l'ordre de 600 relève plutôt d'une maison de retraite »** or dit-elle, **« on ne pourrait pas afficher auprès des tutelles de l'ordre de 6 ou 700 parce que là, ils vont nous dire... vous avez des Unités de Soins Longue Durée ou pas ... comme le financement est différent, ils vont nous, on va être interpellé là-dessus »**.

Sur l'EHPAD « A », le cadre de santé s'interroge sur les capacités financières de l'établissement à pouvoir financer les formations à venir ainsi que sur les négociations avec les tutelles qui allouent les moyens. Nous retrouvons ce même questionnement sur le Centre Hospitalier par rapport à l'Unité de Soins de Longue Durée. Pourquoi de telles interrogations ? La Méthodologie de soins Gineste-Marescotti redonne-t-elle tant d'autonomie aux personnes ?

La Méthodologie de soins Gineste-Marescotti au sein de ces trois établissements de santé va t-elle trouver du sens et de l'usage auprès des acteurs malgré le bouleversement de toutes ces normes ? C'est ce que nous allons découvrir en interrogeant le processus d'appropriation et le processus d'innovation.

### 3.3 PROCESSUS D'APPROPRIATION

Pour qu'il y ait passage de l'invention à l'innovation, il faut donc que le corps social se l'approprie. En effet, « *cette appropriation représente une création de sens* » (ALTER N., 2005, p. 69).

#### 3.3.1 Création de sens

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD « A ») :

- L'aide-soignante parle de l'humanité comme permettant « **de respecter leur volonté, leur autonomie, respecter leurs envies** », de « **garder l'autonomie à quelqu'un** », de « **leur faire faire ce qu'ils peuvent faire** ». C'est aussi travailler « **dans la sérénité** ». Elle dit : « **on vit avec eux** », « **on vit à leur rythme** ».

- Pour l'infirmière, c'est une « **philosophie qui redonne du sens aux soins, aux soignants** » qui « **porte une humanité, une humanité aux soins pour les résidents** ». Les soignants « **trouvent une réponse à beaucoup de questions et à beaucoup de difficultés** », « **retrouvent beaucoup de réponses** », « **elles ont trouvé une vraie réponse** ». L'infirmière emploie le mot « sens » qui donne toute la valeur de cette méthodologie de soins, elle explique en quoi elle redonne du sens et ce qu'elle peut apporter aux soignants.

- Le cadre de santé voit le résultat sur les résidents, elle dit à ce propos que « **c'est spectaculaire chez les déments, ça marche très bien chez les déments** » puis elle ajoute que « **ça marche très bien sur les comportements d'agitation pathologique** ». De plus, « **j'ai vu refaire remarcher des gens, ça faisait des mois qu'ils ne marchaient plus** » Le cadre de santé affirme que « **les soignants ont bien compris** », « **les gens ont bien compris** », « **Elles se sont appropriées, oui, ...** ».

Sur l'EHPAD « A », la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti prend sens pour chacun. Ils expriment à leur manière ce qu'ils y trouvent. Pour certains, c'est une amélioration des conditions de travail, il se développe des soins ajustés à chaque résident pour leur redonner de l'autonomie. Pour d'autres, ce sont les résultats qui se mesurent en termes d'efficacité sur les résidents mais aussi sur les soignants.

### **Au Centre Hospitalier :**

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD « B ») :

- L'aide-soignante pense que **« C'est sûr que de travailler comme ça, il n'y a que du plus pour travailler comme ça... c'est que du plus pour nous et pour le patient »**. Elle parle également de l'amélioration de l'état de santé des résidents grâce à cette méthodologie de soins en nous disant : **« Quand on voit quelqu'un marcher, ça fait peut-être six mois qu'elle n'a pas marché, on s'aperçoit qu'elle marche en fait. Et ben, c'est vrai que personnellement, c'est satisfaisant. On est contente de nous »**. Son enthousiasme va jusqu'à souhaiter **« que ce soit applicable dans tous les services »** et qu'il **« faudrait travailler comme ça partout. Ce serait merveilleux. Ce serait génial »**. Ces derniers adjectifs inspirent à la fois l'admiration et le génie à cette méthodologie de soins. Nous déduisons de son discours, qu'elle a non seulement trouvé un sens à cette invention mais aussi un usage.

- **« Oui, elle s'est appropriée la méthode », « elles y ont trouvé, elles sont contentes quand elles ont fini un soin », « on se l'est approprié la méthode, à mon avis, oui »** nous révèle le cadre de santé. Elle ajoute également qu'**« elles n'y voient que de l'intérêt, que de l'intérêt, vraiment »**. Les propos qui suivent nous montrent de nouveau le caractère sensationnel de cette invention. En effet, elle nous dit qu'elle voit **« la méthode comme quelque chose, je n'emploierai pas le mot miraculeux parce que ça ferait... mais quelque chose quand même de très efficace »**. Elle identifie des résultats probants depuis la diffusion de la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti. Elle nous affirme **« qu'il y a eu des améliorations phénoménales sur certaines personnes et il n'y a plus personne qui crie, c'est plus personne, plus personne »**.

- Sur l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD « C ») :

- **« L'humanité, c'est le bien-être de la personne, c'est oui, apporter le bien-être à la personne dans les gestes quotidiens, lors de la toilette, lors du repas... en paroles... toujours être positif... c'est pas le but d'essayer de forcer »**. Les aides-soignantes nous expliquent ce qu'est la philosophie de l'humanité et nous observons qu'elles n'ont aucune difficulté à mettre des mots sur la manière dont elles travaillent aujourd'hui. Elles insistent sur leur volonté d' **« essayer de redonner de l'autonomie »**. En effet, elles ont désormais cet objectif : **« Au fur et à mesure, on va gagner... on va gagner, mais même pour le patient... il va reprendre de l'autonomie, on va gagner... on essaie**

**de redonner un maximum d'autonomie, de patience auprès de la personne pour qu'elle puisse faire le plus de choses possible** ». Elles vont également porter un regard sur ce qu'apporte la méthodologie de soins aux patients et aux soignants en nous disant : « **Pour eux, c'est plus agréable et pour nous aussi, on est moins confronté et puis c'est moins dur quand t'es confronté à l'agressivité** », « **C'est aussi un bien-être pour le soignant. C'est une satisfaction** », « **Après, on avait tellement une satisfaction, on est tellement bien après** ». Elles évoquent également les familles des patients en nous disant que « **pour tout le monde, je dirai, pour le patient, pour le soignant, pour la famille. C'est une autre façon de travailler** », « **pour les familles, quand on leur dit qu'ils ont fait telle et telle chose, ils nous regardent** ». Pour les patients témoignent-elles, « **On le ressent, on ressent bien que la personne, elle se détend, elle se laisse faire plus** ». Elles nous décrivent avec beaucoup d'émotions des moments de soins : « **Et les personnes devant le lavabo, elles se redécouvrent devant le miroir, le fait de se revoir, elle commence à se laver même si c'est un petit peu le visage, elle se redécouvre. Et puis, toucher l'eau, elles aiment bien ça. Ouais, vous voyez, on voit sur certaines personnes le sourire qui apparaît alors que vous n'aviez pas de sourire** ». Elles ne manquent pas de nous révéler que « **C'est génial** ».

- L'infirmière nous expose ce qu'apporte l'humanité aux patients comme aux soignants. Elle nous dit : « **ça se passe beaucoup mieux. Mais tout le monde en ressort, je dirai, euh, changé, positif où la toilette se passe merveilleusement bien, où la personne, elle sort, elle est calme et souriante et le personnel automatiquement il est souriant** ». Elle insiste en déclarant qu' « **on a vu des gens complètement transformés avec la toilette à l'humanité, et qui sont transformés pour la journée. Les gens qui sont rétractés, qui sont complètement refermés, que vous n'arrivez plus à allonger les bras ; avec l'humanité, ils vous donnent leurs bras... alors qu'elle ne vous l'a jamais fait et qu'elle ne l'a pas fait depuis six mois** ». De plus, « **l'humanité, ça apaise une équipe** », en effet, « **l'humanité, ça permet aussi de prendre son temps, de faire la première, la deuxième, la troisième toilette bien comme il faut, euh, où tout se passe bien, euh, où vous arrivez à la dernière toilette, vous n'êtes pas forcément stressée, énervée où donc automatiquement ça se passe bien** ». Elle nous rend compte de certains résultats obtenus grâce à la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti : « **Et on a retrouvé des gens qui ont pas marché depuis un an et qui remarchent** » de plus, « **Elles l'appliquent à tous et ...des résultats extraordinaires** ». L'infirmière nous confie que « **L'idéal, c'est que tout le monde travaille comme ça, en humanité, partout, partout** ».

- Le cadre de santé nous dévoile ce qu'est l'humanité, elle nous dit : « **C'est une rencontre entre deux personnes. Je dirai une rencontre et on prend l'histoire de vie de la personne en compte** ». Elle nous explique aussi que « **C'est pas une méthode, je dirai... enfin c'est pas quelque chose de faramineux... c'est pas sorcier, mais n'empêche que j'ai versé ma petite larme deux ou trois fois** ». Pour elle, cette méthodologie de soins permet de voir « **la personne qui se détend et, on voit le visage qui se détend. C'est super quoi. On n'est plus du tout en travaillant en soulevant mais en allant doucement, mais c'était toujours tendu et la personne est là et qu'elle se détend et c'est vrai que là vous êtes content quand même** ». En somme « **c'est super... c'est vrai comme on voit que ça marche... on est super content** ».

Le cadre supérieur de santé nous indique qu'il y a « **une finalité qui est quand même euh, la préservation des acquis et l'autonomie de la personne** », « **c'est favoriser l'autonomie, la déambulation** ». Son enthousiasme transparaît dans son discours quand elle nous expose les résultats qu'engendre la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti parce qu' « **on fait du beau travail dans les structures maintenant, c'est-à-dire qu'on arrive à redonner du sens à ce que l'on fait, à redonner de l'autonomie. Mes équipes se sont appropriées la démarche...Ils l'ont le bénéfice immédiat** », « **Ça leur saute aux yeux de voir la personne récupérer au fil des jours** ». Elle valorise la méthodologie de soins en nous démontrant le bénéfice réciproque entre les personnes soignées et soignantes. En effet, elle nous dit : « **la personne qui va elle-même à la fin du soin, valider le soin, hein, à sa façon, soit en remerciements, soit parfois par un sourire** ». Elle rajoute : « **C'est très valorisant pour les équipes** ». Pour elle, « **la méthodologie de soins Yves Gineste sur l'hôpital... commence à prendre forme** » et « **il y a vraiment un retour sur investissement et c'est ce qu'on attend aussi beaucoup** ».

Sur les deux structures de soins du Centre Hospitalier, nous mesurons l'ampleur de l'investissement des acteurs concernés par la diffusion de la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti mais également leur fort enthousiasme.

Toutes les personnes interviewées sur les trois établissements de santé ont créé du sens à cette invention et considèrent que cette méthodologie de soins est utile pour tous c'est-à-dire les patients, leur entourage et les soignants. Lors des soins, nous comprenons qu'il y a une amélioration de la relation entre les personnes soignées et les soignants. Les techniques de soins tendent à préserver, redonner de l'autonomie aux patients. Une confiance s'établit

entre les soignants et les patients. Nous observons donc un processus d'appropriation se développer par une production de sens. Cependant, ce processus d'appropriation peut se mesurer grâce à d'autres caractéristiques.

### 3.3.2 Vocabulaire

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD « A ») :

- L'aide-soignante utilise le vocabulaire des concepteurs de la méthodologie de soins pour la décrire et l'expliquer. En effet, elle parle de la « **toilette debout** », de « **verticalisateurs** », de l'importance de maintenir les personnes « **en verticalisation** ».

- L'infirmière emploie d'autres termes tels la « **toilette évaluative** » et la « **capture sensorielle** ».

- Le cadre de santé explique également la méthodologie de soins selon la terminologie de celle-ci : la « **toilette évaluative** », les « **préliminaires** » au soin.

#### Au Centre Hospitalier :

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD « B ») :

- L'aide-soignante parle de la « **toilette évaluative** ».

- Le cadre de santé dit qu'« **il y a tout un vocabulaire autour de cette méthode** ». En effet, elle emploie au cours de notre entretien ce vocabulaire : les « **préliminaires** », la « **toilette debout** », la « **toilette évaluative** ».

- Sur l'Unité de soins de Longue Durée (USLD « C ») :

- Les aides-soignantes utilisent également un vocabulaire précis : les « **préliminaires** », la « **toilette évaluative** ».

- L'infirmière parle aussi de la « **toilette évaluative** ».

- Le cadre de santé nous explique que la philosophie de l'humanité, fondement de la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti, repose sur quatre piliers fondamentaux qui sont : le « **regard** », la « **parole** », le « **toucher** » et la « **verticalité** ». Elle décrit le profil des patients par la terminologie de la méthodologie de soins : « **homme debout** », « **homme debout assis** » et « **homme assis debout** ».



- Le cadre supérieur de santé nous explique que la méthodologie est « **une approche qui est centrée sur les quatre piliers fondamentaux** » qui sont le « **toucher** », le « **regard** », la « **parole** » et la « **verticalité** ». De plus, « **on n'emploie pas le mot soignant tout seul, on le raccroche bien à la personne** » souligne t-elle. Elle prononce dans son discours le terme suivant : les « **préliminaires** ».

Nous remarquons l'utilisation d'une terminologie particulière par les personnes interviewées. En effet, les concepteurs de l'humanité ont développé un vocabulaire professionnel qui permet à chaque soignant de se comprendre mutuellement lorsqu'ils parlent des soins, des techniques de soins. Il y a donc une appropriation du vocabulaire de la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti par tous sur chaque établissement de santé. Les personnes témoignent de leur appropriation de la méthodologie de soins par le sens, par le vocabulaire. Cependant, une autre particularité est fondamentale à la collaboration aide-soignante et infirmière dans l'humanité, c'est l'affirmation du rôle propre de l'infirmière.

En effet, les concepteurs de la philosophie de l'humanité s'attachent à ce que les infirmières puissent remplir leur rôle propre. Il faudra alors, pour que cette invention puisse achever son processus d'innovation, que les infirmières s'approprient ce rôle propre. « *Mais il existe un problème majeur : les textes ont bien établi que la base de cette collaboration est le diagnostic infirmier... mais n'ont prévu aucun temps de visite ou de consultation pour que les infirmières puissent poser ce diagnostic* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 198).

### **3.3.3 Le rôle propre**

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD « A ») :

- L'aide-soignante raconte qu'elle rencontre parfois au cours des soins des difficultés. En effet, « **on rencontre des difficultés dans tout ce qui est manipulation** », quelquefois j'ai « **un peu de mal au niveau manipulation ou au niveau toilette** », puis « **la façon dont je fais la toilette ne lui convient pas** » ou « **moi, j'ai un problème avec telle personne, est-ce que tu pourrais venir faire la toilette évaluative avec moi ?** » nous dit-elle.

- L'infirmière souligne que la toilette évaluative est « **plus propre à l'infirmier et le rôle du cadre infirmier. L'infirmier et le cadre infirmier peuvent organiser cette toilette évaluative et comment on fait avec les équipes. L'organisation du travail va être en fonction de ça... ça remet en cause vraiment l'organisation du travail, mais euh, disons que on part du principe que la toilette, euh, est prescrite par l'infirmière** ». Elle explique ensuite comment la toilette évaluative se passe : « **on établit un document d'après ce qui a été vu. La toilette évaluative, ça se fait toujours en binôme avec l'infirmière et l'aide-soignante ... on détermine un protocole de soins pour la personne en question et après, euh, tout le monde doit suivre ce protocole** ».

- Le cadre de santé évoque la remise « **en avant du rôle propre de l'infirmière. Euh, chose qui est quand même délaissée par les soignants, les infirmières et les infirmiers** ». Elle met l'accent sur « **le rôle propre de l'infirmière qui doit évaluer, euh, les capacités restantes, qui doit décider du protocole, comment on va faire la toilette à cette personne et ...euh... tout ça en équipe et va faire la toilette** ».

Nous constatons que le rôle propre de l'infirmière prend du sens sur l'EHPAD « A ». En effet, les personnes interviewées reconnaissent l'importance de l'outil mis en place par les concepteurs de la méthodologie de soins. Elles l'utilisent et en comprennent l'intention.

#### **Au Centre Hospitalier :**

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD « B ») :

- L'aide-soignante nous dit qu'il n'y a pas d'infirmières formées à la toilette évaluative, ce qui pose quelques problèmes. En effet, « **il faut faire la toilette évaluative et euh, c'est les infirmières qui sont habilitées à nous faire cette prescription et comme l'infirmière n'a pas suivi cette formation, elle a du mal à comprendre ce qu'il faut faire ou pas pour que nous, on puisse agir. Et c'est ça notre hic quoi** ».

- Le cadre de santé exprime sa déception « **parce que là, je n'ai aucune infirmière de formée... conclusion, cette fichue toilette évaluative, on ne peut pas la mettre en place tant que les infirmières ne sont pas formées** ». Elle explique l'intérêt de la toilette évaluative en disant : « **on définit la manière de travailler avec telle personne et comme elle a participé à la formation, elle sait pourquoi on le fait. Et après, on reprend** ».

**cette façon de faire, à toute l'équipe** ». Pour elle, « **C'est un faux-pas qui a été fait** » et « **la toilette évaluative, j'aurai bien aimé qu'on la mette en place en 2008** ».

Nous comprenons pourquoi nous n'avons pas rencontré les infirmières sur l'EHPAD « B ». Aucune infirmière n'est formée à l'humanité. Le cadre de santé nous explique les causes de cet oubli majeur qui perturbe le processus d'appropriation de cette innovation. L'EHPAD « B », nous dit le cadre de santé, « **est connue pour être un service pilote** » et « **nous étions une petite maison de retraite donc le personnel serait plus vite formé et c'est en ça que je dis méchamment qu'on a essuyé les plâtres** ». Si aujourd'hui les aides-soignantes se sont appropriées la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti, il s'avère que l'innovation suit son processus et induit ce mouvement permanent. En effet, « *L'état B n'étant donc pas définissable on ne peut décrire que le mouvement issu de A* » (ALTER N., 2005, p. 129). Le cadre de santé s'inscrit alors dans son rôle d'imitateur où « **Je l'ai emmenée à... entendre ce que disent Marescotti et Gineste. Et déjà, là, ça a commencé à faire un déclic. Je parle de la même infirmière, elle est venue à la journée il y a trois semaines qui a achevé de la convaincre** ». C'est ainsi qu'une infirmière rejoindra peut-être les imitateurs de cette invention.

- Sur l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD « C ») :

- Les aides-soignantes pensent qu'« **Il est essentiel ... l'infirmière, je dirai, c'est la première qui est au courant des entrées, de la pathologie de la personne. Bon, les infirmières, c'est pareil, elles peuvent faire une toilette. Bon, quelque part il faut que l'infirmière soit en fin de compte au courant comment... c'est l'infirmière qui cadre, euh, elles ont un rôle aussi de cadrage au niveau des aides-soignantes** ». Elles disent qu'« **il faut repérer et évaluer, en parler et réévaluer avec l'infirmière** ». Le principe de la toilette évaluative est « **que chacun ne fasse pas sa méthode, le patient ne soit pas perdu** ».

- L'infirmière nous explique l'intérêt de la toilette évaluative et comment elle se déroule : « **On évalue, on fait la toilette ensemble, il y a un jour où il y a un problème X, on me dit : est-ce que tu peux venir, il n'y a pas de souci** ». « **Ça fait partie de notre rôle propre et c'est des choses qui euh, qui passent très vite à l'as** » souligne t-elle. La toilette évaluative nous dit-elle est « **une prescription infirmière** ».

- Le cadre de santé nous dit que les infirmières « **sont amenées à être auprès des aides-soignantes** », « **C'est leur rôle propre** ». Elle nous explique également comment se déroule la toilette évaluative : « **C'est déjà l'infirmière qui va définir la toilette selon la**

**personne. On l'évalue en collaboration le type de toilette et puis ça doit être réévalué. C'est réévalué tous les vingt et un jours ».** Elle insiste sur le fait que **« c'est l'infirmière, donc, euh, des feuilles qui ont été mises en place. Si vous voulez, au départ on étudie la personne, comment elle est, comment ça se passe », « C'est une prescription infirmière ».**

Sur l'USLD « C », les infirmières ont été formées à la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti contrairement à l'EHPAD « B » alors qu'elles sont toutes les deux des structures du Centre Hospitalier. Nous constatons que, sur cette structure, les acteurs se sont appropriés la toilette évaluative et les infirmières remplissent désormais leur rôle propre.

- Le cadre supérieur de santé déclare qu'elle a établi avec un groupe de travail **« le protocole toilette qui a été validé d'ailleurs... en commission du service de soins ».** En effet, elle nous dit que **« nous avons eu un gros travail à faire pour formaliser les protocoles qui relèvent des problématiques de la personne âgée... j'étais pilote du groupe des procédures et protocoles sur le pôle médico-social pour travailler sur les chutes, la déshydratation, la fugue, la contention, la toilette... la commission de soins par rapport à ça ... a permis de valider le protocole toilette ».**

Le cadre supérieur de santé institutionnalise la toilette évaluative. Elle devient une règle formalisée. En effet, les directions *« ne décrètent pas l'innovation mais elles intègrent, à un moment donné du processus, les pratiques innovatrices dans les règles d'organisation. Elles mettent l'action en forme »* (ALTER N., 2005, p. 76). Le corps social s'est approprié la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti. Cependant, sans cette action collective, l'institutionnalisation de la toilette évaluative au niveau du pôle médico-social ne pourrait pas avoir de sens. C'est à partir du sens et de l'usage qu'en font les acteurs, que la direction peut donner du sens à l'investissement qu'elle a fait dans la formation à la méthodologie de soins. La direction qui est ici le « pionnier » de ces nouvelles pratiques sur le Centre Hospitalier va permettre de légitimer son action d'innover pour que l'innovation se pérennise. Nous observons que pour le moment, sur l'une des structures, il ne peut y avoir une généralisation de cette institutionnalisation puisque les infirmières ne sont pas encore formées.

### 3.4 LE PROCESSUS D'INNOVATION : UN MOUVEMENT PERMANENT

L'innovation est un processus dynamique qui induit un mouvement permanent. La méthodologie de soins Gineste-Marescotti évolue depuis une vingtaine d'années, les concepteurs travaillent sur d'autres techniques de soins. En effet, « *depuis 2000, parallèlement à la continuation de nos recherches sur les techniques permettant de pacifier les situations de CAP, nous accompagnons des établissements dans leur élaboration de milieux de vie construits autour des principes décrits par la philosophie de l'humanité* » (GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, p. 231). Les CAP sont les comportements d'agitation pathologique des personnes âgées atteintes de syndromes cognitivo-mnésiques. Mise à part l'évolution de nouvelles techniques de soins, nous percevons une mobilisation collective pour développer de nouvelles pratiques selon les principes de la philosophie de l'humanité sur les établissements de santé qui nous ont accueillie.

#### 3.4.1 Tandis qu'un état « c » se profile, l'état « b » n'est pas totalement abouti

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD « A ») :

- L'aide-soignante nous révèle que l'EHPAD « A » envisage d'investir « **début mars** », dans « **une formation sur l'animation, l'animation autour du repas** ». En effet, « **ce qu'il y a de bien c'est que l'humanité, il y a le soin, mais il y a aussi l'animation** » nous dit-elle. Elle nous explique que l'animateur de cette formation est « **à la base un aide-soignant... il s'est battu au sein de son établissement pour aller faire des animations, mais en humanité ... on a eu un aide-soignant qui est allé faire cette formation... et qui en est revenu enchanté et qui nous en a parlé** ». Peut-être est-ce un nouveau « pionnier » qui se distingue sur l'EHPAD « A » ? L'aide-soignante nous dit que « **tout le personnel ou pratiquement va faire cette formation** ». Elle rajoute : « **Je pense qu'on peut améliorer plus... je pense qu'on peut mieux faire... on a bien avancé mais, je pense qu'on peut mieux faire** ». Elle insiste ensuite sur le fait « **qu'il faut toujours se remettre en question... qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer ?** »

- L'infirmière nous dit également qu'ils vont « **avoir par rapport à l'animation. Donc, là, c'est pareil, tous les personnels vont être formés. Euh, à l'animation en**

**humanité et je pense qu'après ce sera les repas ».** Elle souligne l'importance d'améliorer la qualité des soins donc « **d'apprendre d'autres techniques ».**

- Le cadre de santé souhaite « **ouvrir l'humanité à autre chose que le soin. Là, on a une formation sur l'animation en humanité avec... et on a notre formation au mois de mars et au mois d'avril, ça va être euh, sur l'alimentation ».**

Sur l'EHPAD « A », nous observons une juxtaposition de changements permanents qui caractérisent le processus de l'innovation et donc le mouvement. Pour cet établissement de santé, il est important d'améliorer encore les pratiques professionnelles mais, fondées sur les principes de l'humanité. D'autres pratiques innovantes se profilent alors, vers l'animation.

#### **Au Centre Hospitalier :**

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD « B ») :

- L'aide-soignante souligne la nécessité qu'« **une infirmière soit formée... L'infirmière, nous, on a besoin d'elle ».**

- Le cadre de santé insiste sur l'absence d'infirmière formée à la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti et nous dit que « **quand elles seront formées... ».**

Sur l'EHPAD « B », l'innovation continue son cheminement. Nous ressentons dans le discours de l'aide-soignante et du cadre de santé la volonté d'aller plus loin dans l'innovation de la méthodologie de soins en incluant les infirmières.

- Sur l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD « C ») :

- Les aides-soignantes nous révèlent « **que ça va être une formation qui va rentrer au niveau de l'école d'aides-soignantes sûrement ».**

- L'infirmière n'en parle pas, mais nous dira que l'équipe rencontre des difficultés parce qu'« **il y a un tel turn-over au niveau des aides-soignantes que ça a un peu de mal à se mettre en place mais c'est normal aussi, dans des équipes où ça bouge beaucoup ».**

- Le cadre de santé pense qu'il « **faut obligatoirement qu'il y ait dans les écoles... les écoles d'aides-soignantes et les écoles d'infirmières ».** Elle nous dit aussi que le Centre Hospitalier souhaite étendre cette méthodologie de soins sur les unités de soins de gériatrie. Elle nomme les maisons de retraite en rajoutant que « **c'est sûr qu'on va être**

**toujours en demande pour que ça se continue, pour qu'on ait le maximum de personnel formé ».**

Sur l'USLD « C », l'infirmière soulève un problème, celui d'une mobilité du personnel de l'hôpital pas nécessairement formé à la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti or l'aide-soignante et le cadre de santé émettent une solution, qui serait d'étendre la formation à la méthodologie de soins sur les écoles d'aides-soignantes et d'infirmières. De plus, innover dans ces pratiques professionnelles sur des structures supplémentaires du pôle médico-social permettrait également de former plus de personnel à cette méthodologie de soins.

- Pour le cadre supérieur de santé du Centre Hospitalier, les équipes **« voudraient faire mieux, ils voudraient encore s'investir »**. Elle nous dira que l'hôpital travaille en partenariat avec l'institut de formation en soins infirmier (IFSI) et l'institut de formation des aides-soignants (IFAS), ce dernier faisant partie du centre hospitalier. C'est donc avec **« la directrice pédagogique de l'IFAS »** qui **« a été formée à l'humanité elle-même si bien que dans le programme de toute façon, les étudiants aides-soignants de l'IFAS de... sont formés à l'humanité »**. Elle rajoute que le directeur des soins et elle-même ont **« souhaité aussi pouvoir faire part aussi de la méthode, du projet porté par le secteur médico-social, pour aussi initier, aussi l'équipe d'encadrement du secteur MCO pour qu'ils entendent aussi, même si les problématiques sont différentes mais à la fois pour que ça donne du sens aussi au niveau de l'école et de la formation... le problème, il n'est pas rare d'entendre ben oui, mais nous quand on va sur l'hôpital et bien, ils se plient aux organisations de travail et ils font comme autrefois »**. Comme le soulignait le cadre de santé de L'USLD « C », le cadre de santé supérieur nous répète qu'elle **« va l'étendre à la nouvelle maison de retraite qui est construite là, à... pour après étendre le projet à la maison de retraite... »**.

Sur le Centre Hospitalier, les « pionniers » ont donc pour objectif non seulement d'innover dans cette méthodologie de soins sur d'autres structures internes à l'hôpital mais aussi de sensibiliser le secteur Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO). En effet, nous constatons qu'elles recherchent une cohérence dans les pratiques professionnelles sur l'ensemble du Centre Hospitalier ainsi qu'un apprentissage de ces pratiques sur les écoles. Nous observons également, une dynamique de la part des équipes soignantes qui cherchent toujours à s'améliorer dans la qualité des soins qu'elles prodiguent.

C'est en quoi nous pouvons dire qu'il perdure un mouvement permanent où l'état « b » ne peut se définir alors qu'un état « c » se profile, quels que soient les établissements de santé qui nous ont accueilli. Néanmoins, nous sommes obligées de constater que le processus d'innovation est le résultat d'une action collective fondée également sur l'apprentissage de ces nouvelles pratiques.

### **3.5 LA TRANSMISSION SUR LE TERRAIN**

#### **3.5.1 La formation à la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti**

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes (EHPAD « A ») :

- L'aide-soignante nous dit que **« peut-être que les remplaçantes qui sont arrivées dernièrement sinon tout le monde a été formé »**.

- L'infirmière souligne qu'elle a suivi un stage au mois de septembre de quatre jours avec Yves Gineste et Rosette Marescotti sur la toilette évaluative ». Elle précise que **« tout le monde a été formé, tous les agents présents ont été formés à la capture sensorielle, à la métho. Ça durait quatre jours, des formations de quatre jours. Et nous, ... avec Madame... c'est un stage plus porté sur la toilette évaluative »**. Elle dit aussi que **« si les agents souhaitent faire une formation, elles peuvent très bien demander dans le plan de formation de faire une formation Humanitude avec les formateurs... »**.

- Le cadre de santé insiste sur la formation **« qui a mobilisé quand même euh, plus de 80 % du personnel »** donc **« tous les titulaires ont été formés. Il y a quelques remplaçantes qui ne l'ont pas été... on est à trois quatre personnes qui ne sont pas formées ... on n'a pas de résultat s'il n'y a pas un certain pourcentage »**. Elle évoque aussi le **« besoin d'un budget de formation, alors après le choix est, est-ce qu'il faut former tout le monde ? »**. En plus de la formation destinée aux agents, elle nous fait part que **« notre médecin coordinateur, qui arrivait ce jour-là, a eu le droit à la formation. C'est un médecin hospitalier... il fait partie d'une unité mobile de gériatrie d'une clinique à côté ... c'était très nouveau pour un médecin hospitalier d'entendre ça... ça l'a interpellé, ça l'a intéressé et ça l'a interpellé. Il a vu l'évolution notamment sur ce qui a été dit et c'est vrai le fait de verticaliser les gens »**.



Nous comprenons la nécessité de la formation à cette méthodologie de soins, sans laquelle le « corps social » ne pourrait la faire passer d'une invention à une innovation. Le cadre de santé souligne une contrainte, celle du budget car le taux de personnel devant être formé pour qu'il y ait un retour sur investissement est important. Le cadre de santé souligne également, l'investissement dans cette formation qui est approuvée par la réaction du médecin coordinateur, qui est lui-même surpris des résultats obtenus depuis l'innovation dans ces pratiques professionnelles.

#### **Au Centre Hospitalier :**

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD « B ») :

- L'aide-soignante nous explique que la formation se déroule sur l'établissement dans l'unité. En effet, « **il y avait eu une personne qui est venue nous expliquer qu'est ce que c'est l'humanité. En pratiquant avec nous les gestes qu'on faisait avant et ce qu'on faisait de bien parce qu'il y avait des choses qu'on faisait bien et les choses qu'on pouvait améliorer et il y a des choses qui nous ont épatés** » nous dit-elle.

- Le cadre de santé nous révèle qu'« **il faut 75 % de l'équipe formée pour arriver à quelque chose** ». Puis elle reprend les propos de « **la formatrice qui dit, il faut faire la formation, pour pouvoir l'appliquer. Et moi, je dis, à défaut de pouvoir la faire, on doit pouvoir se la transmettre. Incomplètement sans doute... alors évidemment, faire la formation, c'est l'idéal** ».

Sur l'EHPAD « B », nous observons l'enthousiasme qu'a suscité la formation, qui consiste à former les soignants à cette méthodologie de soins en prenant en soin des résidents de l'unité de soins. Le cadre de santé souhaite voir les soignants se la transmettre sur le terrain sans passer par la formation. Elle fait allusion aux infirmières qui sont dans l'attente d'être formés.

- Sur l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD « C ») :

- Les aides-soignantes nous disent que « **tout le monde n'est pas formé dans les services... et en fin de compte il va y avoir une autre formation au mois de juin, d'autres personnes vont être formées également** ». De la même façon que sur l'EHPAD « B », elle nous rapporte qu'« **il fallait qu'on choisisse trois patients, pour la formation** ».

- « Ça me plaisait bien ce fonctionnement-là, donc c'est pour ça qu'elle m'a demandé de faire la formation » nous dit l'infirmière. De plus, « c'était dans le plan de formation. Je pense aussi que c'est une politique de l'établissement également. Je pense que ça a été demandé par l'établissement. Quel type de formation, les cadres voulaient mettre et comme ça a bien fonctionné sur les autres secteurs ben, sur le secteur de... ils ont pensé continuer dans cette formation-là » rajoute t-elle. Elle insiste notamment sur le fait qu' « il y a d'autres personnes qui vont être formées au mois de juin ».

- Le cadre de santé nous explique comment se déroule la formation : « la formation, ça se passe comme ça, on va d'abord avec la formatrice... qui demande au personnel qu'ils veulent prendre en soin. C'est eux qui vont par rapport à leur difficulté... cette personne-là, elle est raide, elle ne veut pas se laisser faire, elle se débat pour la toilette. Les personnes, c'est eux qui ont choisi. Et puis... la formatrice était là pour le début, pour montrer comment on faisait le « maître » et le « furtif ». Et le lendemain, elles le font en étant regardées aussi par la formatrice et puis c'est vrai comme on voit que ça marche ». Elle nous dira également qu'elle a « pu en former 12 d'un coup » et qu'elle voulait « mettre une infirmière... c'est elles qui sont amenées à être auprès des aides soignantes et des ASH ».

- Le cadre supérieur de santé insiste sur le « caractère innovant » de cette « formation action » et sur la nécessité de former « 70 % de personnes... sur une structure ». Elle souligne qu'elle « arrivera à deux tiers des formés dans chaque service d'USLD... deux tiers d'un effectif formé nous donne un bon noyau dur ». Elle nous dit aussi qu'il « ne faut pas oublier non plus, c'est bien sûr le cadre dans la formation, les aides-soignantes, mais aussi les infirmières ».

Sur l'USLD « C », nous retrouvons les mêmes données que sur les autres structures de soins (les EHPAD « A » et « B »). Ce type de formation qui se déroule sur le terrain, est particulièrement bien vécu par les soignants, qui choisissent les patients avec lesquels ils rencontrent des difficultés dans les soins. L'apprentissage de ces nouvelles pratiques leur permet aussi de répondre concrètement à des questions quotidiennes. Les personnes interviewées font le même constat par rapport au pourcentage de soignants devant être formés. Nous observons que le cadre supérieur de santé souligne la nécessité de former également le cadre de santé, information que nous avait donnée le cadre de l'EHPAD « B »,

en effet, pour elle, c'est un moyen de compréhension de cette philosophie et méthodologie de soins qui bouleverse les normes établies.

Cependant, lorsqu'une partie du personnel est formée, ce « noyau dur » dont parle le cadre supérieur de santé de l'hôpital, veut-il dire que les agents formés sont des « imitateurs » qui s'engageront à transmettre leurs savoirs à ceux qui n'ont pas été formés ?

### 3.5.2 Des « référents » habilités à transmettre les nouvelles pratiques

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD « A »)

- L'infirmière nous dit que « ce sera à nous de relayer ça, de relayer cette métho » au personnel qui n'est pas formé à la méthodologie de soins. Elle répète que « on peut tout à fait être le relais de cette métho... Au sein de l'établissement, on a tout à fait le droit d'être le relais de la métho, oui, tout à fait ». Elle nous dira qu'elle est « référente » donc « On est à même de leur dire la façon dont on travaille, leur expliquer ce qu'est une toilette évaluative, leur montrer les documents... leur dire, voilà, nous on fait la toilette à l'eau coulante parce qu'on ne l'a fait plus dans une bassine, on manipule les gens de telle façon... ».

- Le cadre de santé nous explique le principe de référent : « Dans cette formation... Ils ont créé des formations de référents... et l'objectif, c'est qu'elles divulguent un peu tout ce qu'elles ont appris au personnel ».

Sur l'EHPAD « A », mise à part l'aide-soignante, l'infirmière et le cadre nous font part de la logique de formation de la part des concepteurs de la méthodologie de soins qui forment des « référents » habilités à transmettre à leurs collègues leurs savoirs.

#### **Au Centre Hospitalier :**

- Sur l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD « B ») :

- L'aide-soignante ne parle pas de cette méthode de transmission des savoirs.

-Le cadre de santé explique qu'elle « pensait qu'on pourrait se transmettre, c'est ce que j'avais compris de la formation, qu'on pouvait se transmettre ces données... mais elle dit qu'il faut faire la formation pour appliquer cette philosophie. Je la

**comprends dans un certain sens car elle explique pourquoi il faut faire ça** ». Pour la formatrice qui est venue sur le terrain, il n'est pas possible de transmettre cette méthodologie de soins sans faire la formation. Cependant, le cadre de santé nous dit que « **le nombre d'élèves qui passent ici et qui sont intéressés par la méthode, on leur montre quand même certaines choses. Donc, moi, je dis qu'on ne peut pas transmettre toute la méthode mais... les principes de bases de la méthode qui sont sur le papier puis, après elles voient des soins en humanité et elles sont interloquées** ».

- Sur l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD « C ») :

- Les aides-soignants nous disent « **qu'à chaque fois que j'ai travaillé avec des collègues, j'ai montré ... j'ai montré à ma collègue** ».

- L'infirmière évoque le rôle des « **référénts** » en disant : « **Il fallait qu'une infirmière soit un petit peu référente** » ce qui permet de « **montrer un peu comment il fallait faire** ».

- Le cadre de santé nous parle également « **des référents humanité** », mais également d'une volonté de transmettre leurs savoirs aux agents non formés. En effet, « **une formée se trouve avec une autre non formée, l'autre va voir un petit peu comment ça se passe** ».

- Le cadre supérieur de santé nous dit que « **les choses se transmettent par rapport à l'expérience des uns et des autres** », que les équipes « **sont aussi dans un fonctionnement par modèle** », et peuvent « **aussi transmettre leurs savoirs auprès de leurs collègues** ». Il y a eu, dit-elle, également l'organisation « **d'un colloque pour faire part de notre expérience... les équipes ont souhaité à la conférence, partager leur expérience de leur vécu avant la formation et après la formation** ».

Nous observons sur le Centre hospitalier (EHPAD « B » et USLD « C »), non seulement une transmission formelle des pratiques par l'intermédiaire de « référents » de la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti que nous retrouvons sur l'EHPAD « A », mais aussi une transmission informelle, clandestine de ces nouvelles pratiques sur lesquelles la direction « pionnier » ferme les yeux. En effet, nous retrouvons le profil des « pionniers » qui finalement vont tirer parti de cet apprentissage informel dont les « imitateurs » sont les initiateurs. « *Il s'agit bien sûr d'un moyen de produire de la compétence collective en échangeant des savoirs* » (ALTER N., 2005, p. 224) à la fois en se faisant plaisir et en recherchant une reconnaissance sociale. Nous reconnaissons, en ce processus, une articulation entre les acteurs concernés par la diffusion de l'innovation qui permettra de finir de

convaincre les non formées à demander cette formation et, peut-être, à convertir des « réfractaires ».

Nous ressentons par contre, une amertume de l'EHPAD « B » de ne pas avoir de personnes référentes, ce qui nous laisse penser que ces personnes pourraient être des infirmières.

## 4 UN PROCESSUS D'INNOVATION RÉUSSI ?

Nous constatons l'existence des trois acteurs, selon Norbert Alter, dans ce processus d'innovation. L'appropriation de la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti sur les trois structures de soins est telle, que nous ne pouvons plus aujourd'hui, distinguer véritablement les « pionniers ». Ceux-ci se fondent dans le « corps social ». En effet, nous rencontrons de la part des soignants, un véritable engagement collectif pour voir se diffuser favorablement cette méthodologie de soins. Dès le début du processus d'innovation, le nombre d'« imitateurs » était supérieur au nombre de « réfractaires ». Le cadre de santé de l'EHPAD « B », nous parlera des relais d'informations que sont **« les médias, parce qu'il faut savoir que la télévision en a parlé, certains journaux en ont parlé »**. L'infirmière de l'USLD « C », reconnaît avoir été **« sensibilisée »** et **« informée »** par le biais d'émissions de télévision. La curiosité des uns et des autres va amener les « pionniers » à s'intéresser de plus près à cette méthodologie de soins en s'inscrivant dans une démarche de benchmarking. Ils feront appel également à leur réseau qui va permettre de mieux connaître la méthodologie de soins et la philosophie de l'humanité, sur laquelle elle repose. Toutes ces informations, ce partage de savoir, donnent une émulation à l'équipe soignante, à la direction puis au médecin coordinateur.

Une réflexion est menée également par les cadres de santé auprès des équipes car il s'avère que les soignants rencontrent des difficultés pour prendre en soin les personnes. En effet, sur l'EHPAD « A », l'aide-soignante dit qu'elle rencontrait beaucoup **« d'agressivité »** particulièrement dans l'unité des personnes désorientées qui sont atteintes de la **« maladie d'Alzheimer »**. Le cadre de santé, « pionnier », révèle ne plus savoir **« comment les prendre »**, d'autant plus, nous dira t-elle, qu'il y a **« un accroissement des personnes démentes avec des troubles du comportement... il y a une moyenne de 72 % dans les EHPAD de personnes démentes... et les soignants ne sont pas formés »**. Les aides-

soignantes et les infirmières sont « **désemparées** ». Sur ce point, elle pense « **ne pas avoir été du tout aidante** ». Il était important de répondre à ce besoin pour améliorer la prise en charge de ces résidents. Pour l'aide-soignante de l'EHPAD « B », les patients « **rentraient en maison de retraite avec un GIR où ils étaient capables de faire des choses et, au fur et à mesure et tout doucement, ces choses-là se dégradait, ou c'est peut-être nous, qui faisons en sorte de...peut-être pour aller plus vite** ». Son sentiment est que les équipes ne veillent pas à maintenir les capacités des résidents. Elle met en cause l'organisation des établissements. Le cadre de santé de l'EHPAD « B » insiste, comme le cadre de l'EHPAD « A », sur leur manque de savoir faire pour prendre en soin les personnes désorientées car, souligne t-elle, « **je suis désolée, avant on avait des personnes qui criaient quand on les mettait dans l'eau** ». Sur l'USLD « C », les aides-soignantes et le cadre de santé évoquent aussi cette confrontation à « **des personnes agressives** » et des « **malades Alzheimer** ». L'infirmière nous parle de « **souffrance dans la prise en charge des gens** ». Les mots qu'elle prononce montrent effectivement cette souffrance car elle dit que les soignants sont « **quelquefois fatigués, irritables... et c'est épuisant** ». Le cadre supérieur de santé du Centre Hospitalier parlera dans les mêmes termes que le cadre de santé de l'EHPAD « A ». En effet, elle nous dit qu' « **il y a des principes de réalité au quotidien, notamment au regard des charges en soins puisque la personne âgée rentre en établissement de plus en plus dépendant ... les moyens humains ne suivent pas toujours en corrélation avec la dépendance** ». Le constat est donc le même sur tous les établissements. Nous comprenons qu'il était important pour eux de rechercher un moyen pour répondre au mieux à ces difficultés. Ils investissent alors, dans la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti qui provoque chez les soignants une sidération.

Nous constatons un impact énorme de la formation sur le processus d'appropriation. Les réactions du personnel soignant et des cadres de santé en témoignent. C'est une formation où « **émotionnellement. Ah ! C'est costaud** » dit le cadre de santé de l'USLD « C ». Grâce à une réorganisation et des nouvelles pratiques professionnelles, les équipes soignantes obtiennent des résultats au regard d'une reprise d'autonomie de certains patients et une conservation de leurs capacités. Le cadre de santé de l'EHPAD « A » insiste sur les résultats de cette méthodologie de soins, « **qui est efficace dès les premiers soins** ». Les soins se font aujourd'hui dans une plus grande sérénité, les conditions de travail sont meilleures. Nous observons un lien de cause à effet entre la manière de travailler du personnel soignant et les résultats obtenus chez les personnes soignées, l'un et l'autre vont ensemble.

Nous pouvons prétendre qu'il y a une appropriation collective de la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti qui signe la réussite du passage de cette invention à une véritable innovation, malgré un bouleversement des normes antérieures.

En outre, nous ne pouvons pas faire l'économie d'une analyse plus poussée de cette innovation qui nous montre les conséquences de celle-ci.

## 5 CONSÉQUENCES ET AVENIR DE CETTE INNOVATION

### 5.1 ÉTAPE D'ÉVALUATION DE L'INNOVATION

Les cadres de santé s'inscrivent dans une démarche d'évaluation de la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti sur leur service de soins. Sur l'EHPAD « A », le cadre de santé déplore ne pas avoir le temps de mesurer l'impact de l'innovation sur les résidents. Elle dit que pour elle **« évaluer, c'est quand même le souci, on sait qu'on fait bien... mais il faut le prouver »**. Elle souhaite prendre le temps d'évaluer mais **« ce qui manque souvent, ce sont les indicateurs... on a eu quelques éléments, mais on n'a pas fait ça suffisamment bien, répertorier tous les comportements d'agitation pathologiques avant la formation »**. Elle nous explique que **« c'est nouveau dans les EHPAD d'évaluer »**. Par contre, le cadre supérieur de santé en collaboration avec le cadre de santé de l'USLD « C », évalue l'influence de la méthodologie de soins par l'intermédiaire du GIR (Groupe Iso ressources) puis du GMP (GIR Moyen Pondéré). Il s'avère que la récupération d'autonomie de certains patients est mesurable puisqu'ils peuvent passer, par exemple du GIR 1 au GIR 2, c'est-à-dire d'une moindre dépendance. Il y a ensuite une incidence sur le GIR Moyen Pondéré, qui est calculé par rapport au Groupe Iso Ressources de toutes les personnes hébergées, sur le total de ces personnes. Le GIR Moyen Pondéré diminue en conséquence. Le cadre supérieur de santé nous dit alors que cela pose un problème car certains patients **« ne relèvent plus d'une USLD... c'est-à-dire avec la mise en place de la formation action à l'humanité, on s'est aperçu que le niveau d'autonomie s'était considérablement amélioré »**. Il est donc envisagé de réorienter ces patients vers des maisons de retraite. Elle dira à ce propos, **« qu'on remet le processus dans l'autre sens »**, en expliquant que les résidents ont d'habitude plutôt **« tendance à s'aggraver »**. Cependant, la réorientation des patients vers des maisons de retraite est difficile pour les soignants qui se sont occupés de ces patients. Ils acceptent mal de

les voir partir dans la mesure où ils considèrent ne pas être remerciés par rapport à leur investissement auprès des personnes soignées. Le cadre supérieur de santé dit alors que « **ce message-là, je dirais qu'on est obligé de le faire à petits pas parce que vous allez dire aux équipes, vous avez très bien travaillé, mais on est obligé de faire un transfert des patients et puis, a contrario, vous allez recevoir des patients qui relèvent d'une unité de soins de longue durée c'est-à-dire avec une charge en soins beaucoup plus importante** ». Ces conséquences sont inattendues pour les cadres et les soignants. Les infirmières et les aides-soignantes ne comprennent pas cette logique, d'autant plus que « **normalement, on ne quittait pas un service d'USLD... la plupart du temps... parce qu'on mourrait dans le service... c'était la dernière trajectoire de vie** ».

Cependant, un autre problème se pose par rapport à l'orientation des patients vers d'autres structures de soins. En effet, les établissements qui accueilleront ces personnes vont-ils être capables de continuer le travail des équipes formées à l'humanité ? Supposons que la future équipe ne soit pas formée et ne travaille donc pas avec l'humanité, les patients risquent de reperdre de l'autonomie, de se dégrader. Le personnel soignant dit ne pas avoir le temps de voir le résultat de leur travail, la valeur ajoutée de leur travail. Ce sont les futures équipes qui en bénéficieront. La réorientation des patients implique que l'équipe est perpétuellement dans la réparation, avec une charge de travail importante, alors qu'elle pensait bénéficier de son travail en ayant une charge en soins moins lourde. Nous pouvons, alors pointer un risque qui serait : les soignants ne veulent plus travailler avec l'humanité puisqu'ils perdent les patients à qui ils ont redonné de l'autonomie et d'autre part les voient devenir grabataires dans les unités qui les accueillent. Ils perdent le bénéfice de leur travail. Une stratégie d'acteurs peut alors se mettre en place pour garder les patients au nom de la charge de travail.

## **5.2 ULTIME ÉTAPE DE L'INNOVATION**

Le cadre supérieur de santé a une vision globale du pôle médico-social et entend la plainte des soignants. Pour que le système fonctionne, elle souhaite étendre l'humanité sur toutes les maisons de retraite qui dépendent du Centre Hospitalier. En effet, le problème qui se pose aujourd'hui est bien le cloisonnement entre toutes les unités de soins. Les structures se trouvent alors en interaction, et les patients transférés, iraient forcément sur un lieu où le personnel travaille avec l'humanité. Ceci suppose donc une formation de tous les



soignants ; ce qui vérifie la nécessité de celle-ci. C'est pourquoi, elle s'intéresse également à la formation initiale. L'intérêt est que les élèves aides-soignantes de l'école rattachée à l'hôpital puissent être formées à l'humanité, d'autant plus que les étudiants sont demandeurs de cette innovation. Dans le cas où ils ne pourraient pas bénéficier de cette formation, cela entretiendrait le cercle vicieux ; il faudrait toujours former de nouveaux soignants, mais la formation continue a un coût, il est donc préférable d'intégrer l'humanité à la formation initiale. La mobilité des soignants sur l'hôpital permettrait ensuite qu'il y ait une continuité des soins dans le même esprit. Les équipes qui prennent en soin les patients dès leur arrivée en unité de soins de longue durée souffrent aujourd'hui de voir si peu les effets de leur travail à long terme et accepteraient donc la mobilité. Cette stratégie représente l'ultime étape de l'innovation. La mobilité des soignants irait au-delà d'un partage de la philosophie. En effet, nous avons vu que la diffusion de l'humanité faisait bouger les organisations, de la même manière, cette mobilité ne contraindrait donc pas les soignants puisqu'ils retrouveraient les mêmes organisations dans tous les lieux d'innovation.

### **5.3 NOTRE POSITIONNEMENT DE CADRE DE SANTÉ**

La réussite de la diffusion de la Méthodologie de soins Gineste-Marescotti interroge également notre rôle de cadre de santé par rapport à l'accompagnement des équipes. Nous devons nous engager dans une relation pédagogique afin de valoriser leur travail auprès des résidents. Il s'agit de reconnaître, chez les soignants, l'acquisition de nouvelles compétences et la pertinence avec laquelle ils travaillent aujourd'hui. Cela suppose de les encourager dans leur travail, de mettre en avant leur professionnalisme. Il nous semble important de favoriser l'émergence de leurs compétences pédagogiques auprès des étudiants afin de leur transmettre leur nouvel art de soigner. En effet, ils deviennent à certains moments les formateurs sur le terrain des étudiants et peuvent partager cette philosophie de soins.

Nous devons aussi comprendre et respecter les liens qui se tissent avec les résidents qui sont souvent dans l'unité depuis longtemps. En effet, une relation affective se crée au fil du temps entre les professionnels et les personnes âgées dont ils se sont occupés. Ce sentiment est inhérent à la pratique soignante. Comment peut-il en être autrement ? C'est alors normal qu'il soit difficile pour eux de les laisser partir sans savoir si elles pourront bénéficier des mêmes soins de qualité. Il est donc important de travailler avec les équipes sur leur ressenti par rapport à cette question d'éventuelle réorientation des patients.

Il s'impose à nous, cadres de santé, de sensibiliser également les soignants sur la logique financière des établissements, leur expliquer les modes de financement des Unités de soins de Longue Durée et des Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Il s'agit d'élargir la rationalité limitée des acteurs. La compréhension, par les soignants, de cette logique financière doit permettre de créer de nouveau, un sens pour pérenniser une pratique soignante de qualité.

## **CONCLUSION**

Il y a donc une dynamique sur les établissements de santé envers cette innovation qui nous prouve que l'humanité n'est pas uniquement un discours, mais qu'elle se pratique sur le terrain. Or, si ce discours philosophique n'est pas accepté par le corps social, il ne peut pas se développer, ni s'adapter à la pratique professionnelle.

L'innovation est réussie sur les établissements qui nous ont accueillies. Nous remarquons en recomposant la genèse que ce sont les cadres de santé et les cadres de pôle (le cadre supérieur de santé du Centre Hospitalier est futur directeur des soins) qui sont les « pionniers ». Ce sont eux qui peuvent créer et légitimer les règles, de même que ce sont eux qui peuvent faire la preuve que cette méthodologie de soins marche.

Cependant, un autre point peut être souligné, et c'est le cadre de santé de l'EHPAD « A » qui nous alerte. En effet, les concepteurs de l'humanité ont aujourd'hui besoin des cadres de santé pour rechercher et faire reconnaître une scientificité de leur méthodologie de soins. Les cadres de santé et les concepteurs de la méthodologie de soins sont liés : les uns, parce qu'ils sont capables de rendre compte, après évaluation, qu'ils ont amélioré la qualité de vie des personnes âgées et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, et les autres, pour prouver une scientificité de leur méthodologie de soins. Ces derniers sont finalement dépendants des soignants et de l'évaluation des résultats par les cadres de santé. Les cadres de santé et leurs équipes se découvrent alors, un rôle de co-producteur de la formation, de la recherche et de la scientificité de l'humanité. Ce sont les soignants et les cadres de santé qui vont le leur permettre. La preuve de leur scientificité passe également par cette dimension financière. En effet, si les cadres de santé sont capables de mesurer sur les unités de soins de longs séjours, entre autres, qu'ils gardent moins longtemps les patients puisqu'ils peuvent intégrer une maison de retraite après avoir retrouvé de l'autonomie, la preuve est faite en termes de coût. Nous obtenons, en travaillant avec la

Méthodologie de soins Gineste-Marescotti, également une revalorisation de l'identité des soignants, de la reconnaissance du travail accompli, une amélioration des conditions de travail avec un allègement des charges en soins et donc un cercle vertueux. Ceci pourrait alors avoir un impact financier sur le budget du personnel dans la mesure où les soignants seraient moins victimes de burn-out et il y aurait, moins d'arrêt de travail, mais ceci reste à prouver. L'appropriation de cette innovation par les acteurs, donc la création de sens et l'usage qu'ils en font, pourrait être le nouvel objet d'une recherche en psychodynamique du travail. Néanmoins, nous pouvons penser à un effet pervers de cette innovation en termes d'allègement de travail. « Ainsi, lorsque nous parlons d'effet pervers, ce n'est non pas celui de cette innovation, mais bien celui des logiques de financement des établissements par les tutelles qui, pour l'instant, en finançant uniquement la dépendance et la maladie, et non le handicap et les efforts pour conserver ou retrouver l'autonomie, favorisent l'expression de la rationalité limitée de certains soignants qui craignent voir leur établissement de santé contraint de n'agir qu'en fonction d'une logique financière. C'est ainsi qu'une infirmière de l'unité de soins de longue durée "C" nous dit : **"La peur des équipes... que le fait qu'on va redonner de l'autonomie aux gens, parce qu'on les a grabatisés par les institutions que...il y ait une baisse du personnel"**. C'est donc en termes de rationalité limitée, de jeux d'acteurs, de relation de pouvoir que nous pourrions continuer à analyser le système d'action concret des établissements de santé. »

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### OUVRAGES :

ALTER N., 2005, *L'innovation ordinaire*, Paris, PUF, Col. Quadrige.

BERNOUX P., 1985, *La sociologie des organisations*, Paris, Ed. Seuil.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris, Ed. Seuil.

DEJOURS C., 2000, *Travail, usure mentale*, Paris, Ed. Bayard

GINESTE Y., PELLISSIER J., 2007, *Humanitude, Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Paris, Armand Colin.

HART J., LUCAS S., 2002, *Management hospitalier*, Paris, Ed. Lamarre.

HESBEEN W., 2002, *La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante*, Paris, Ed. Masson, 2ème éd.

JACQUARD A., 1986, *L'héritage de la liberté, De l'animalité à l'humanité*, Paris, Col. Seuil.

MUCHIELLI A., 2003, *Les motivations*, Paris, PUF, Col. Que sais-je ? 7ème Ed.

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., 2003, *Manuel de recherche en Sciences Sociales*, Paris, Ed. Dunod

THEVENET M., 2000, *Le plaisir de travailler*, Paris, Ed. d'Organisation.

**REVUES :**

HESBEEN W., 2006, Système de soins et saveur soignante, un travail d'humanité, *Revue Soins*, N°711, Spécial 50 ans, pp. 92-95.

DONNIO I., Décembre 2007, « Psychologie et vieillissement » et l'émergence de la psychogérontologie, *Gérontologie et Société*, N°123, pp. 279-293.

ALTER N., Janvier 1998, Quelques principes de l'analyse sociologique de l'innovation, *Education permanente*, N°134, pp. 21-33.

**WEBOGRAPHIE :**

Sur le Plan Alzheimer 2008-2012

<http://www.premier-ministre.gouv.fr>

Sur le Plan Solidarité Grand âge 2007-2012

<http://www.francealzheimer31.org>