

Quelle(s) innovation(s) managériale(s) pour améliorer la prise en charge des résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD ?

Marie Desormières

Clermont School of Business

Catherine Dos Santos

Clermont School of Business

Laboratoire CleRMa

catherine.dossantos@clermont-sb.fr

Grégory Blanchard

Clermont School of Business

Laboratoire CleRMa

gregory.blanchard@clermont-sb.fr

Résumé :

Le défi majeur de la prise en charge des troubles psychiatriques des résidents en EHPAD en France réside dans la gestion des pathologies complexes, exacerbées par le vieillissement et la vulnérabilité des patients. La pénurie de personnel et la pression sur les équipes rendent cette tâche encore plus difficile. Dans ce contexte, quelle(s) innovation(s) managériale(s) pourraient permettre d'améliorer la prise en charge des résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD ? Cette recherche s'appuie sur une approche qualitative menée auprès de plusieurs établissements. Les résultats montrent un déficit de prise en charge corrélé à un manque de ressources et de moyens. L'IM devient alors une réponse favorable parce qu'un processus collectif, favorisant les échanges tant intra qu'inter organisationnels.

Mots clés : EHPAD, troubles psychiatriques, prise en charge, innovations managériales.

Quelle(s) innovation(s) managériale(s) pour améliorer la prise en charge des résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD ?

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population constitue l'un des défis majeurs des sociétés contemporaines, en particulier dans les pays développés. En France, les projections démographiques indiquent que d'ici 2030, plus de 28 % de la population aura dépassé les 65 ans (Hanon, 2020). Ce phénomène s'accompagne d'une augmentation des pathologies chroniques liées à l'âge, dont les troubles psychiatriques, qui demeurent souvent sous-diagnostiqués et peu pris en charge chez les personnes âgées.

Les EHPAD, établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées en perte d'autonomie, sont désormais en première ligne face à ces enjeux. Leur mission s'est complexifiée : à l'accompagnement physique s'ajoute une prise en charge psychique de plus en plus exigeante. Or, cette prise en charge se heurte à un ensemble de contraintes : absence ou rareté des psychiatres, formation insuffisante du personnel aux troubles mentaux liés au vieillissement, inégalités d'accès aux ressources spécialisées selon les territoires, surcharge de travail et réformes structurelles parfois mal adaptées (Baudier, 2019 ; Saboune, 2022 ; Goujon Belghit, 2020). Ces difficultés systémiques, largement documentées, créent un décalage entre les besoins de terrain et les moyens disponibles.

Dans ce paysage contraint, les innovations technologiques ou organisationnelles ont montré leurs limites si elles ne s'accompagnent pas d'une transformation plus profonde des modes de fonctionnement internes. C'est pourquoi les innovations managériales (IM) – entendues comme des modifications significatives des structures, processus ou pratiques de management – apparaissent comme une voie particulièrement pertinente. Contrairement à d'autres types d'innovation, elles permettent d'agir sur la dynamique collective des équipes, les circuits de décision, la coordination interprofessionnelle ou encore la gouvernance locale. Elles peuvent ainsi favoriser une prise en charge plus souple, plus intégrée, et davantage centrée sur les réalités humaines et professionnelles du terrain.

Dès lors, notre recherche propose de s'interroger sur le rôle que peuvent jouer les IM dans l'amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques en EHPAD. Il ne s'agit pas seulement de mesurer leur efficacité, mais d'identifier les modalités spécifiques par lesquelles

elles émergent, s'adaptent ou se transforment dans un secteur en tension, souvent contraint à l'inventivité.

Ainsi, notre question de recherche est la suivante : **quelle(s) innovation(s) managériale(s) pour améliorer la prise en charge des résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD ?**

La communication est structurée en trois temps : une revue de littérature qui contextualise notre problématique et les concepts mobilisés, une présentation de notre méthodologie de recherche qualitative, et enfin une analyse des résultats et leur mise en discussion, afin d'en dégager des enseignements théoriques et pratiques.

REVUE DE LITTÉRATURE

VIELLISSEMENT ET PREVALENCE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Selon l'INSEE (2021), l'allongement de la durée de vie constitue une réalité bien documentée, avec une espérance de vie estimée à près de 86 ans pour les hommes et 91 ans pour les femmes en 2070. Cette évolution démographique s'accompagne d'un accroissement des pathologies liées à l'âge, notamment psychiatriques. Chez les personnes âgées, les troubles mentaux constituent aujourd'hui une cause majeure de morbidité (Cohen et al., 2014), qu'ils soient liés au vieillissement (démences, dépression tardive) ou à l'évolution de pathologies psychiatriques antérieures.

Selon Jovelet (2019), entre 35 000 et 40 000 résidents en EHPAD seraient concernés par des troubles psychiatriques, et la moitié d'entre eux ne bénéficierait d'aucun suivi adapté. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les comorbidités somatiques et les trajectoires de vie complexes renforcent la vulnérabilité psychique. La gérontopsychiatrie devient ainsi un enjeu central de santé publique, appelant à repenser les pratiques de prise en charge au sein des structures d'hébergement.

ÉTAT DES LIEUX DES EHPAD

Les EHPAD sont en proie à des logiques contradictoires. En effet, ils se doivent de répondre au besoin constant et croissant de prise en charge de la population vieillissante tout en surmontant de nombreux défis (Jovelet, 2018b). Depuis plusieurs années, le secteur médico-social fait face à des difficultés majeures, confronté à des problèmes financiers et à la pénurie

de personnel qualifié. Les directions oscillent donc entre l'amélioration de la prise en charge des résidents et l'optimisation du fonctionnement de l'organisation de la structure. Elles doivent faire face à la réalité du terrain et l'organisation souhaitée (Goujon Belghit, 2020). À cela s'ajoute une offre de soins répartie de manière inégale sur l'ensemble du territoire national et, en parallèle, une offre de soins psychiatriques en EHPAD qui se fait parcimonieuse. Actuellement, nous ne comptons en effet que très peu d'EHPAD en France ayant les ressources nécessaires à la prise en charge de patients atteints de troubles psychiatriques.

Les EHPAD peuvent être constitués par différentes unités de soins, toutefois, il s'agit principalement d'unités classiques et d'unités de vie protégée. Dans les unités dites classiques, les résidents évoluent dans un environnement standard avec des espaces communs. À l'inverse, les unités de vie protégée permettent d'offrir un environnement sécurisé avec des accès restreints pour prévenir tout risque de fugue pour les patients atteints de démence. Il convient également de noter l'existence des unités de gérontopsychiatrie au sein de certains EHPAD. Ces unités offrent un accueil davantage spécialisé pour les résidents atteints de troubles psychiatriques antérieurs à l'âge avec des équipes et des équipements spécialisés à la psychiatrie (Thiebaut & Kardache, 2014).

Par ailleurs, les EHPAD ont été confrontés ces dernières années à une série de réformes successives visant à optimiser les dépenses et à améliorer la qualité des soins apportés aux aînés. Bien que ces réformes aient des objectifs louables, elles représentent souvent une source de stress, d'épuisement et de mal être au travail pour le personnel (Sabouné et al., 2024). Ce constat alarmant témoigne d'un manque de moyens humains et de soutien de la part de la hiérarchie dans un secteur où les valeurs humaines sont pourtant primordiales, au cœur de l'engagement des personnels (Sabouné, 2022).

Jovelet (2019) constate une augmentation des tensions relationnelles et des troubles du comportement dans des établissements non spécialisés. Il souligne également le manque de ressources, avec des équipes insuffisamment formées. Les différences culturelles entre les établissements psychiatriques et les EHPAD, où les soins du corps prennent souvent le pas sur ceux de l'esprit, contribuent également à cette problématique (Jovelet, 2019). En outre, il faut noter la disparité des dispositifs de soins en gérontopsychiatrie, l'absence de formation du personnel ainsi que les lacunes des liens avec le milieu hospitalier, éléments également constatés au niveau national (Couturier, 2012). De plus, la présence d'un psychiatre en EHPAD n'est pas systématique, même plutôt rare. Cette présence peut varier selon plusieurs facteurs

tels que la taille de l'établissement, les ressources dont il dispose ou encore du besoin des résidents.

Le manque de formation chez le personnel soignant en EHPAD est identifié comme l'une des principales lacunes à améliorer pour l'avenir. De même, l'accompagnement des patients doit faire l'objet d'une réflexion spécifique (Jovelet, 2018a). Le personnel soignant, soumis à l'épuisement et à un manque de reconnaissance, a besoin d'une amélioration de ses conditions de travail ainsi que d'un renforcement de la relation de confiance au sein des équipes (Jovelet, 2018a).

SUIVI PSYCHIATRIQUE EN EHPAD

Dans un premier temps, nous aborderons la prise en charge actuelle des résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD (1.3.1.) puis dans un second temps, les ressources allouées à cette prise en charge (1.3.2.).

Prise en charge des résidents

La cohabitation au sein des EHPAD entre les résidents âgés en perte d'autonomie, issus de leur domicile personnel et ceux issus de services psychiatriques, est un véritable enjeu. En effet, cette cohabitation peut être compliquée du fait des écarts d'âge entre les deux groupes de résidents. Les personnes provenant de services psychiatriques ont tendance à être nettement plus jeunes, avec une moyenne d'âge d'environ 65 ans contre 86 ans pour les autres résidents (Jovelet, 2018a). Cette différence d'âge peut entraîner des difficultés de communication et de compréhension mutuelles, car les expériences de vie, les références culturelles et les centres d'intérêt peuvent être très différents. Elle peut également être perçue comme une force dans certains établissements où les patients plus jeunes disposant encore de grandes facultés d'autonomie viennent en aide aux plus anciens en perte d'autonomie. Pour ces individus, cela marque souvent une rupture significative avec leur routine et leur environnement habituel. Les habitudes et les modes de vie qui leur étaient familiers peuvent être bouleversés, ce qui peut engendrer un stress émotionnel et une anxiété accrue (Jovelet, 2018a). Cette transition peut s'avérer particulièrement difficile, voire être vécue comme un traumatisme pour certains, nécessitant un soutien et une adaptation à de nouveaux environnements et modes de fonctionnement (Jovelet, 2020).

L'entrée en EHPAD liée à la perte d'autonomie, souvent contraire à la volonté du futur résident, suscite une réticence significative. Parallèlement, il est constaté que les souffrances psychiques,

souvent présentes en fin de vie, ne sont pas ou peu abordées, et ne sont pas traitées de manière appropriée en EHPAD (Lefebvre Des Noëttes, 2023).

Ressources déployées

La prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques dans les EHPAD repose sur plusieurs moyens mis en œuvre pour répondre aux besoins spécifiques de cette population vulnérable. En premier lieu, la mise en place de structures adaptées à ces pathologies est essentielle. Cela comprend l'aménagement d'espaces sécurisés et apaisants, qui permettent de réduire le stress et l'agitation des résidents atteints de troubles psychiatriques, notamment ceux souffrant de démence ou de troubles du comportement. Les équipes soignantes, composées d'infirmiers, d'aides-soignants et de psychologues, jouent un rôle clé dans l'accompagnement quotidien, en offrant des soins adaptés à chaque résident. Dans ce cadre, les soignants doivent être formés à la gestion des troubles psychiatriques spécifiques à la personne âgée, avec des techniques de communication adaptées, telles que l'utilisation de gestes apaisants ou la mise en place de stratégies pour prévenir l'agitation.

En parallèle, la prise en charge des troubles psychiatriques en EHPAD fait face à des défis liés aux déséquilibres régionaux et aux contraintes organisationnelles et budgétaires des établissements (Lespez, 2022). Les conventions entre hôpitaux psychiatriques et EHPAD sont une réponse intéressante, facilitant la formation et la transmission des savoirs entre professionnels, tout en renforçant la prise en charge des résidents (Levray, 2023). En complément, les équipes mobiles psychiatriques, appelées sur demande, offrent un soutien précieux en fournissant des évaluations diagnostiques et des orientations thérapeutiques adaptées, tout en renforçant les compétences des soignants des EHPAD (Poupard et al., 2023). Par ailleurs, la psychiatrie de liaison permet des consultations spécialisées et un échange d'informations essentiel entre les équipes, améliorant ainsi l'efficacité des soins (Zumbach et al., 2018). Ces dispositifs collaboratifs sont cruciaux pour une meilleure prise en charge des résidents en EHPAD souffrant de troubles psychiatriques

Enfin, les EHPAD peuvent également mettre en place des outils de suivi électronique, tels que le Dossier Médical Partagé (DMP), qui centralise les informations médicales du résident et facilite la coordination entre les différents intervenants, qu'il s'agisse de médecins généralistes, de spécialistes ou de soignants, permettant ainsi une prise en charge globale et continue. Ces moyens combinés visent à améliorer la qualité de vie des résidents et à adapter la prise en charge à la diversité des troubles psychiatriques rencontrés en EHPAD.

Mais il faut malheureusement reconnaître que la prise en charge des troubles psychiatriques en EHPAD est particulièrement contrainte par des ressources limitées, tant humaines que financières, ainsi qu'un manque de formation spécifique du personnel soignant. Les EHPAD souffrent également d'une insuffisance de psychiatres et de psychologues, ce qui rend les interventions spécialisées rares et ponctuelles. De plus, les structures physiques des établissements ne sont souvent pas adaptées aux besoins des résidents atteints de troubles psychiatriques, et la coordination avec les services spécialisés reste parfois insuffisante.

L'INNOVATION MANAGERIALE POUR UN MEILLEUR SUIVI DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES ?

Dans un contexte marqué par des contraintes multiples, l'élaboration de stratégies innovantes en EHPAD constitue un exercice délicat. Pourtant, dans une logique évolutionniste, ces structures ne peuvent échapper aux régulations de leur champ organisationnel. L'innovation devient alors une nécessité, imposant une transformation des pratiques managériales pour répondre à la complexité croissante des enjeux. Ces tensions, parfois contradictoires, contraignent les professionnels à composer avec le décalage entre le prescrit et le réel, entre les aspirations vocationnelles et les réalités du travail (Levray, 2023). Dans ce cadre, l'innovation managériale (IM) apparaît comme un levier pour arbitrer ces écarts et retrouver une cohérence organisationnelle.

La littérature propose plusieurs définitions de l'IM. Le Roy et al. (2013) la définissent comme l'adoption d'une méthode ou d'une pratique de management nouvelle pour l'organisation, même si celle-ci a déjà été testée ailleurs. L'innovation repose ici moins sur la création que sur l'intégration réussie d'une solution adaptée. Elle peut se traduire par de nouveaux outils, dispositifs ou routines, susceptibles de modifier les formes organisationnelles existantes.

Les mêmes auteurs distinguent deux modalités : l'introduction d'une pratique inédite, et l'adoption d'une innovation issue d'un autre environnement. Cette distinction, entre création ex nihilo et transfert, nous permet d'analyser finement les dynamiques à l'œuvre en EHPAD, où l'innovation se manifeste souvent dans l'adaptation contextuelle plutôt que dans la rupture. Dans notre recherche, nous mobilisons ces deux modalités pour observer les IM repérables dans les établissements étudiés. Ce cadre permet de mettre en évidence à la fois des initiatives

émergentes et des dispositifs réappropriés localement, en tenant compte des spécificités du secteur médico-social.

Par ailleurs, les travaux de Nobre (2013), centrés sur le champ hospitalier, proposent trois logiques d'innovation managériale : la création de nouvelles entités organisationnelles, le développement de nouvelles relations internes ou externes, et la transformation des structures existantes. Ces logiques nous ont permis de mieux catégoriser les pratiques observées, sans les figer dans des typologies rigides, mais en les inscrivant dans une dynamique évolutive.

Nous avons donc choisi d'ancrer notre analyse dans les approches de Le Roy (2013) et de Nobre (2013), car elles offrent une lecture structurante des IM selon leur modalité d'introduction ou leur cible organisationnelle. D'autres perspectives auraient pu être mobilisées, comme celle de Getz (2009), centrée sur les dimensions culturelles et subjectives de l'innovation dans les modèles d'organisation dits « libérés ». Toutefois, les IM que nous avons identifiées relèvent moins d'un changement de posture individuelle que d'une volonté de réorganiser collectivement l'action face aux contraintes. Notre choix repose sur ce constat.

Les IM identifiées concernent en priorité la dimension structurelle. Elles visent à renforcer la coordination, à clarifier les responsabilités et à créer des ponts entre les différents mondes professionnels, dans une logique de coopération. Elles participent à ce que Claveranne et Christophe (2004) appellent le « faire ensemble », en redonnant du sens à l'action collective.

Ce positionnement théorique nous permet ainsi d'appréhender l'IM comme un levier de transformation pragmatique dans un environnement contraint. Elle permet de structurer autrement les pratiques, de fluidifier les relations professionnelles, et de construire des formes nouvelles de coopération, tant à l'échelle de l'établissement qu'en lien avec ses partenaires extérieurs.

Mais l'adoption d'une IM n'est jamais immédiate ni linéaire. Elle suppose un processus d'appropriation, parfois conflictuel. Damanpour (1991) rappelle que l'adoption dépend des caractéristiques de l'organisation, de sa culture, de ses ressources, mais aussi de la compatibilité perçue entre l'innovation et les valeurs internes. Dans les EHPAD, où les pratiques sont fortement régulées et les marges de manœuvre réduites, ces dimensions sont déterminantes. C'est pourquoi l'IM doit aussi être pensée comme un espace de médiation, permettant de réconcilier les logiques de soin, de gestion, et d'adaptation aux contraintes budgétaires.

Ainsi, repenser les pratiques managériales dans les EHPAD permet non seulement d'optimiser la prise en charge des résidents atteints de troubles psychiatriques, mais aussi d'améliorer les conditions de travail des équipes (Dos Santos & Albert-Cromarias, 2020). Les approches mobilisées – qu'il s'agisse de formations ciblées, de dispositifs de coordination ou d'outils numériques – ne constituent pas de simples ajustements techniques. Elles traduisent une volonté de transformation organisationnelle plus large, orientée vers une meilleure intégration des besoins psychiques dans les logiques de soin.

Notre question de recherche prend alors tout son sens : quelles innovations managériales pour améliorer la prise en charge des résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD ?

METHODOLOGIE

Dans cette seconde partie, nous présenterons notre méthodologie, basée sur des données qualitatives (2.1.) ayant fait l'objet d'une analyse de contenu à l'aide d'un codage (2.2.).

DONNEES COLLECTEES

Notre terrain d'étude se concentre sur les EHPAD en Auvergne, du secteur privé ou public. Pour collecter des données pertinentes, nous avons réalisé 15 entretiens d'une durée totale de 13,3 heures. Ces entretiens ont été enregistrés puis intégralement retranscrits, avec le consentement de tous les participants.

Afin de réaliser un véritable état des lieux de la situation des résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD, nous avons rencontré un échantillon varié de salariés exerçant dans ces établissements (Tableau 1). Nous nous sommes entretenus avec 5 profils administratifs et 10 profils soignants travaillant tous dans des EHPAD en Auvergne. Les profils administratifs comprenaient une adjointe des cadres, une directrice, deux infirmières diplômées d'État coordinatrices, et une infirmière diplômée d'État responsable. Les profils soignants incluaient une étudiante psychomotricienne, trois infirmières diplômées d'État, et deux aides-soignantes. Nous avons fait le choix de rencontrer autant des soignants en contact direct avec les résidents atteints de troubles que des profils administratifs afin de réaliser un véritable état des lieux de la situation à tous les niveaux.

Tableau 1. Information sur l'échantillonnage

Établissement	Sexe	Âge	Fonction
EHPAD public	F	25 ans	Adjointe des cadres

EHPAD public avec une unité gériopsychiatrie	F	43 ans	Aide-Soignante
EHPAD privé	F	55 ans	Directrice
EHPAD privé	F	46 ans	IDE coordinatrice
EHPAD public	F	45 ans	IDE
EHPAD public	F	27 ans	Aide-Soignante
EHPAD public	F	35 ans	IDE
EHPAD public	F	52 ans	IDE
EHPAD public	F	33 ans	IDE responsable
EHPAD public	F	21 ans	Étudiante psychomotricienne en alternance dans un EHPAD
EHPAD public	F	38 ans	IDE coordinatrice
EHPAD privé	F	42 ans	IDE
EHPAD privé	F	39 ans	IDE coordinatrice
EHPAD privé	F	47 ans	IDE
EHPAD privé	F	44 ans	IDE

Les profils rencontrés proviennent d'établissements différents et sont répertoriés dans le tableau 2. Chaque établissement n'offre pas le même nombre de place d'hébergement et ne dispose pas du même type d'unité. De plus, certains établissements n'accueillent pas de résident avec un passé psychiatrique à proprement parlé.

Tableau 2. Informations sur les établissements

Interviews	Nombre de lits	Statut	Patients psychiatriques	Nombre de patients psychiatriques
1	22	Public		2
	53	Public	Oui	Environ 5
2	24 en unité gériopsychiatrie	Public	Oui	Presque tous
3	82	Privé	Oui	Entre 12 et 16
4	50 permanents + 3 temporaires	Public	Oui	1
5	22	Public	Oui	Environ 7-8
6	54	Public	Oui	Environ 12
7	96	Privé	Oui	1
8	80	Public	Non	(1 dans le passé)
9	100 + 3 temporaires	Public	Non	0

Pour réaliser ces rencontres dans les meilleures conditions possibles, nous avons choisi des entretiens semi-directifs (Gavard-Perret et al., 2018). Cette méthode permet une exploration

approfondie des sujets tout en offrant la flexibilité nécessaire pour s'adapter aux réponses des participants. Pour chaque entretien nous avons suivi un guide, en privilégiant les questions ouvertes. Cela a permis de maximiser la parole de l'interlocuteur et de limiter les biais et distorsions de perceptions.

La création du guide d'entretien a été un processus rigoureux. Nous avons inclus des questions ouvertes couvrant les principaux thèmes liés à notre problématique, afin de recueillir des informations détaillées et nuancées. Les thèmes principaux abordés lors des entretiens sont répertoriés dans le tableau 3, fournissant une structure claire pour chaque discussion.

Tableau 3. Guide d'entretien

Introduction	- Présentation brève du travail de recherche
Thèmes abordés	- Parcours personnel - Psychiatrie et EHPAD (prise en charge, dispositif...) - Réponses managériales
Conclusion	- Remerciements

Dix des entretiens ont été réalisés en présentiel, ce qui a permis de créer un environnement propice à une discussion approfondie et personnelle. Un entretien a été effectué par téléphone, assurant ainsi la participation d'un professionnel qui n'était pas disponible en personne. Cette approche structurée et détaillée a permis de recueillir des données riches et pertinentes, offrant une base solide pour l'analyse et la formulation de recommandations pratiques visant à améliorer la prise en charge des résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD.

ANALYSE DES DONNEES

Notre recherche s'inscrit dans une démarche compréhensive au sens de Dumez (2013). Elle cherche à décrire et expliquer un phénomène à partir d'un cadre conceptuel, reposant ici sur l'IM, permettant une meilleure prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques en EHPAD. S'agissant d'une recherche à dominante exploratoire en raison du caractère émergent du thème, une méthodologie qualitative (Wacheux, 1996) semblait la plus appropriée pour mieux identifier les innovations managériales déployées.

Dans un premier temps, nous avons procédé à un codage initial (Dumez, 2021). Cette étape, cruciale, consiste à attribuer des codes aux segments de texte pertinents, facilitant ainsi l'organisation des données brutes en catégories thématiques. Pour cela, nous avons lu attentivement chaque transcription et attribué des étiquettes (ou codes) aux phrases et aux paragraphes qui abordaient des thèmes importants. Par exemple, des codes tels que « difficultés rencontrées », « stratégies actuelles », « besoins des résidents », et « suggestions

d'amélioration » ont été utilisés. Ce processus a permis de structurer les données de manière systématique, identifiant les thèmes et sous-thèmes récurrents qui émergent naturellement des entretiens.

Ensuite, nous avons appliqué un codage axial pour approfondir notre analyse. Cette étape consiste à relier les codes initiaux entre eux afin de faire émerger des relations et des schémas significatifs. En regroupant les codes similaires et en établissant des connexions entre eux, nous avons pu identifier des catégories plus larges et des relations entre les thèmes. Par exemple, nous avons pu relier les difficultés spécifiques mentionnées par les professionnels à des besoins de formation ou à des aspects organisationnels des EHPAD. Nous avons mis en exergue les principaux verbatims et citations, en comparant et contrastant les points de vue des différents participants. Cette démarche a permis de dégager de premières idées clés et des tendances générales à partir des données recueillies, comme des lacunes spécifiques dans la formation continue ou des besoins psychologiques non satisfaits des résidents. Le codage axial a ainsi facilité une compréhension plus profonde et intègre des données, permettant de faire émerger des recommandations pratiques et pertinentes pour l'amélioration de la prise en charge des résidents atteints de troubles psychiques en EHPAD.

Il est important de souligner que notre objectif ne se limite pas à produire une série de constats empiriques sur les dysfonctionnements ou les lacunes observées dans les EHPAD. En mobilisant le prisme de l'innovation managériale, nous cherchons à reconstruire une grille de lecture des pratiques organisationnelles en contexte contraint, à travers laquelle des ajustements locaux – parfois discrets ou informels – prennent sens comme des formes d'innovation adaptative. Ce positionnement permet de ne pas réduire les IM à des projets institutionnels planifiés, mais d'y inclure aussi les stratégies d'acteurs visant à redonner de la cohérence, de la fluidité, ou de la reconnaissance au sein d'organisations fortement normées.

Nous avons observé que les résultats sont partiellement en-deçà des attentes initiales, notamment en ce qui concerne l'identification de dispositifs innovants pleinement opérationnels. Ce constat nous a conduit à envisager un retour complémentaire sur les entretiens, avec un approfondissement de l'analyse thématique sur certains points peu explorés, tels que les formes implicites d'innovation, les ajustements informels du quotidien, ou les logiques de contournement institutionnel, souvent révélatrices de créativité organisationnelle discrète.

Afin de renforcer la transparence méthodologique et la robustesse de l'analyse, nous avons structuré notre démarche selon une approche inspirée du modèle de Gioia. Dans un premier

temps, des codes initiaux ont été attribués à chaque extrait pertinent des entretiens. Ces codes (ex. : absence de psychiatre, formation insuffisante, pratiques alternatives, pression budgétaire, coopération interprofessionnelle) ont été regroupés en catégories de premier ordre permettant de faire émerger des thèmes récurrents. Dans un second temps, des catégories de second ordre ont permis de conceptualiser des dynamiques transversales telles que : ruptures dans le parcours de soin, innovation adaptative ou encore réorganisation des ressources humaines.

Ce travail de catégorisation nous a permis d'identifier plusieurs formes d'IM, explicites ou implicites, qui émergent dans les pratiques des établissements pour répondre à un manque structurel.

RESULTATS

L'IMPORTANCE DU DOSSIER MEDICAL PARTAGE (DMP) DANS L'OPTIMISATION DU SUIVI PSYCHIATRIQUE RARE EN EHPAD

Le suivi psychiatrique des patients en EHPAD peut être complexe, notamment en raison de la rareté des consultations psychiatriques et de la diversité des pathologies rencontrées, telles que les troubles cognitifs, la dépression ou encore les troubles du comportement liés à la démence. Les patients âgés hébergés en EHPAD présentent souvent des besoins spécifiques en matière de santé mentale, qui nécessitent une prise en charge adaptée, régulière et coordonnée. Toutefois, ces consultations peuvent être limitées par le manque de ressources spécialisées, la distance géographique entre les établissements et les psychiatres, ou encore la fréquence réduite des suivis en raison de l'organisation des soins (Tableau 4).

Tableau 4. Verbatims illustratifs de l'absence de suivi psychiatrique

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- « Il n'y a pas vraiment de prise en charge psychiatrique parce qu'on a l'intervention d'une psychologue seulement une fois par mois, ce qui est bien trop peu... » (Interview 1 : J.)- « Un poste de psychiatre, mais qui n'est pas pourvu. » (Interview 2 : Ca.)- « Des psychiatres qui viennent ? Non. » (Interview 3' : A.)- « Les médecins et le CMP nous aident, mais nous manquons de psychologues et de psychiatres » (Interview 5 : Ce) |
|--|

L'absence fréquente de suivi psychiatrique en EHPAD compromet la qualité des soins offerts aux résidents, soulignant le besoin crucial de renforcer ces suivis pour améliorer leur prise en charge.

C'est ici qu'intervient le Dossier Médical Partagé (DMP), un outil centralisé et numérique qui rassemble toutes les données médicales du patient et qui peut jouer un rôle clé dans

l'optimisation du suivi psychiatrique. Le Dossier Médical Partagé (DMP) a été mis en place en 2011, sous l'initiative de l'Assurance Maladie et du ministère des Solidarités et de la Santé. Son objectif est de centraliser les données médicales d'un patient, afin de faciliter la coordination entre professionnels de santé. Malgré son intérêt théorique, son usage en EHPAD reste inégal, avec des différences notables entre les établissements publics, souvent plus connectés aux réseaux hospitaliers, et les établissements privés, qui peuvent rencontrer des obstacles techniques ou organisationnels à son implémentation.

En réunissant sur une même plateforme les antécédents médicaux, les prescriptions, les résultats d'examens et les notes de consultation des différents professionnels de santé, le DMP garantit une vision globale et actualisée du parcours de soins du patient. Ce suivi global est particulièrement crucial pour les résidents d'EHPAD, car les interactions entre les troubles psychiatriques et les autres pathologies chroniques (cardiovasculaires, diabète, etc.) sont fréquentes et doivent être prises en compte pour éviter des traitements contradictoires ou inappropriés.

Le DMP permet également une meilleure coordination entre les différents acteurs de santé qui interviennent auprès du patient. Par exemple, un psychiatre intervenant ponctuellement dans l'EHPAD peut consulter l'historique médical du résident, même si celui-ci a été suivi par un autre professionnel de santé dans le passé. De même, les soignants de l'EHPAD peuvent être informés en temps réel des ajustements thérapeutiques effectués par le psychiatre, permettant ainsi d'assurer une continuité des soins. Ce partage d'informations entre les différents intervenants est essentiel pour ajuster en temps réel le traitement, notamment lorsque le patient présente des troubles psychiatriques complexes ou un risque de décompensation.

De plus, le DMP facilite la gestion des prescriptions médicamenteuses, un aspect crucial dans la prise en charge des patients âgés, souvent traités par des traitements polypharmaceutiques. Grâce à une vue d'ensemble sur les médicaments prescrits, les interactions médicamenteuses peuvent être évitées et le suivi des effets secondaires ou des contre-indications est simplifié.

Enfin, le DMP permet d'optimiser les consultations psychiatriques rares, car il centralise l'information et évite des examens ou des traitements redondants. En limitant les risques d'erreurs médicales et en assurant une meilleure communication entre les différents professionnels, il contribue à une prise en charge plus fluide et plus sécurisée pour les patients, même dans un cadre où le suivi psychiatrique est moins fréquent. Ainsi, le DMP devient un outil précieux pour améliorer l'efficacité des soins psychiatriques en EHPAD, en garantissant

une meilleure coordination et un suivi continu malgré les ressources limitées disponibles (Tableau 5).

Tableau 5. Verbatim illustratif de l'intérêt du DMP

- « Il faudrait utiliser pleinement les dossiers médicaux partagés pour connaître mieux les patients et leurs pathologies. » (Interview 4 : V.)

L'intégration du Dossier Médical Partagé (DMP) en EHPAD pourrait donc transformer la prise en charge des résidents en facilitant l'échange d'informations, à condition de recevoir une formation adéquate.

Il convient toutefois de préciser que le DMP n'a été mentionné que de manière ponctuelle dans les entretiens. Il ne constitue donc pas un résultat central de notre étude, mais plutôt une piste évoquée par certains professionnels en réponse aux lacunes constatées dans la coordination des soins. En ce sens, il traduit davantage une aspiration organisationnelle qu'un dispositif systématiquement déployé dans les établissements rencontrés. Le véritable résultat issu du terrain, confirmé par plusieurs verbatims, reste le manque de suivi psychiatrique structuré, qui rejoint les constats déjà bien établis dans la littérature.

LACUNES ET BESOINS URGENTS DANS LA FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT

L'analyse des entretiens met en évidence des lacunes significatives et des besoins pressants dans la formation du personnel soignant concernant la prise en charge des résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD. Qu'ils soient personnels de direction, ou bien soignants en contact direct avec les résidents, tous soulèvent un manque de formation. Les ressources en personnel se révèlent donc peu adaptées aux situations relevant de la psychiatrie, ce qui nuit à la prise en charge du patient, à sa qualité de vie, ainsi qu'à celle des employés, qui peuvent se sentir démunis face à des situations qu'ils peuvent ne pas comprendre (Tableau 6).

Tableau 6. Verbatims illustratifs du manque de formation de la part des profils administratifs

- « Les aides-soignantes n'ont pas spécialement de formation pour la prise en charge de résidents présentant des troubles psychiatriques. » (Interview 1 : J.)
- « Est-ce que votre personnel reçoit assez de formation sur ce sujet ? - Non, il en faudrait plus. » (Interview 3 : N.)
- « Je n'ai jamais eu de formation de ce genre. » (Interview 4 : V.)
- « Je n'ai pas les formations nécessaires pour bien m'occuper de ces personnes. C'est dommage. Il faudrait qu'on soit formé » (Interview 4 : O.)

- « J'ai fait peu de formations en psychiatrie. » (Interview 9 : E.)
- « Nous avons besoin de plus de formations pour les soignants afin qu'ils soient moins en difficulté. » (Interview 3' : A.)
- « La formation du personnel est une grosse problématique. » (Interview 6 : I.)

En dépit de cette situation alarmante, il apparaît que ce manque de formation résulte principalement de la pénurie de ressources au sein des établissements. Les établissements, souvent confrontés à des contraintes budgétaires et de recrutement, peinent à offrir des programmes de formation adéquats. Cependant, il est important de noter que le personnel exprime une grande motivation et une volonté d'enrichir ses compétences et leurs connaissances dans le domaine de la psychiatrie. Tous souhaitent pouvoir offrir une meilleure prise en charge des résidents en situation de troubles psychiatriques, mais ils se heurtent aux limites financières et organisationnelles des EHPAD.

Le manque de formation est souvent attribué à un déficit de moyens financiers, mais aussi à des choix organisationnels contraints. Ce constat, récurrent dans les verbatims recueillis, pourrait être en partie pallié par des innovations managériales centrées sur la gestion des compétences. Il s'agirait, par exemple, de créer des parcours de formation mutualisés entre établissements, de mobiliser les équipes mobiles psychiatriques pour des formations en situation, ou encore de développer des communautés de pratique inter-EHPAD favorisant le partage d'expériences et la montée en compétences par les pairs (Tableau 7).

Tableau 7. Verbatims illustratifs de la volonté du personnel

- « Oui, le personnel est demandeur. » (Interview 4 : V)
- « Oui, nous n'avons pas de formation actuellement. Ce n'est pas inné, et une formation de base pour savoir comment réagir serait utile. » (Interview 5 : Ce.)
- « Cela reflète le manque de formation » (Interview 9 : E.)
- « Le docteur psychiatre venait une fois par mois pour faire des mini formations sur les pathologies psychiatriques. Malheureusement, cela n'a pas pu se poursuivre. » (Interview 4 : V.)

Les responsables se montrent conscients de cet enjeu et souhaitent aider au mieux leurs équipes en proposant des partenariats et des formations spécifiques, à condition de disposer des moyens nécessaires.

L'analyse des entretiens révèle un manque crucial de formation du personnel en EHPAD dans la prise en charge des troubles psychiatriques, contrebalancé par une volonté marquée d'amélioration continue, malgré les contraintes de ressources.

L'INNOVATION MANAGERIALE POUR PALLIER LE DEFICIT DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DES RESIDENTS

Le développement d'un accompagnement non médicamenteux pour les résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD est une piste fondamentale pour améliorer leur qualité de vie et optimiser leur prise en charge. En effet, les traitements médicamenteux, bien que parfois nécessaires, peuvent entraîner des effets secondaires indésirables, surtout chez les personnes âgées fragiles, ce qui peut rendre la gestion des symptômes plus complexe et risquée. C'est pourquoi l'intégration de pratiques thérapeutiques non pharmacologiques, adaptées aux spécificités des résidents, représente une approche complémentaire et bénéfique. Un aspect important de l'accompagnement non médicamenteux réside dans la création d'un environnement propice à la détente et au bien-être des résidents. Les aménagements spécifiques, tels que des espaces sensoriels apaisants, la présence de plantes ou d'animaux, ou encore l'utilisation de techniques de relaxation (comme la respiration guidée ou la méditation), peuvent considérablement réduire les niveaux de stress et d'anxiété. Les environnements sensoriels, qui stimulent à la fois les sens de la vue, de l'ouïe et du toucher, favorisent également la relaxation et la sérénité, essentielles pour les résidents présentant des troubles psychiatriques.

Les équipes soignantes ont donc mis en place de nombreuses IM afin de compenser ce déficit en ressources spécialisées (psychiatre et personnels formés), afin d'apporter, par d'autres moyens plus faciles à mettre en œuvre, une panoplie de soins alternatifs pour aider les patients en souffrance (Tableau 8).

Tableau 8. Verbatims illustratifs des IM

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- « Les odeurs, les ondes lumineuses ce que l'on appelle les radiofréquences aussi. » (Interview 4 : V.)- « Il y a des choses simples à mettre en place, comme des couvertures lestées pour apaiser les résidents en crise. » (Interview 6 : I.)- « Utiliser la balnéothérapie plus efficacement en formant le personnel, ou encore appliquer la méthode Snoezelen pour apporter des thérapies douces axées sur les sens. Embaucher des ergothérapeutes et former le personnel serait bien aussi. » (Interview 6 : I.)- « Des activités de zoothérapie, balnéothérapie. » (Interview 8 : M)- « Il y a de nombreuses alternatives, autres que médicamenteuses, qui pourraient nous permettre d'accompagner nos résidents » (Interview 6 : I.) |
|--|

Dans cette perspective, une approche personnalisée et pluridisciplinaire est essentielle. Chaque résident ayant des besoins spécifiques, l'accompagnement non médicamenteux doit être adapté à la personne, en fonction de son état mental, de ses préférences, de son histoire personnelle et de ses capacités restantes. Les équipes soignantes doivent être formées pour reconnaître les

signes de souffrance psychique et pour adapter les activités non pharmacologiques aux différents stades des troubles psychiatriques. Ces approches permettent de répondre aux besoins émotionnels et psychologiques des résidents, tout en complétant et parfois réduisant le recours aux traitements médicamenteux, afin de prévenir les risques liés à la polymédication et d'améliorer la qualité de vie des résidents à long terme.

Il convient de nuancer ces constats en rappelant que certaines de ces approches demeurent **au stade de projet ou d'intention**. Plusieurs soignants ont exprimé le souhait de mettre en œuvre ces pratiques, mais se heurtent à un manque de moyens, de formation ou de validation institutionnelle. Hormis quelques outils simples comme les couvertures lestées, la plupart des initiatives citées restent encore marginales ou expérimentales, ce qui souligne la nécessité d'un **accompagnement managérial renforcé** pour permettre leur déploiement effectif.

En somme, les thérapies non médicamenteuses jouent un rôle clé dans la prise en charge globale des troubles psychiatriques en EHPAD, en offrant des alternatives aux traitements traditionnels tout en répondant aux besoins individuels des résidents, améliorant ainsi leur bien-être général et leur intégration sociale.

DISCUSSION

Afin de clarifier notre posture, nous précisons que cette discussion s'inscrit dans une double logique. D'une part, elle met en perspective les résultats empiriques issus des entretiens, notamment sur le manque de formation, l'usage des outils numériques ou les pratiques alternatives. D'autre part, elle ouvre des pistes de réflexion en lien avec la littérature, dans une démarche de problématisation plus large, visant à éclairer les conditions de faisabilité et d'appropriation des innovations managériales dans les EHPAD.

L'INNOVATION MANAGERIALE PAR LES SOINS ALTERNATIFS

Nous observons que les personnels, faute de ressources qualifiées pour faire face à des patients atteints de troubles psychiatriques, pouvaient utiliser des méthodes alternatives pour améliorer la qualité de vie des patients (tableau 8). Nous avons ainsi vu que les soignants pouvaient utiliser des outils (couvertures lestées), de la balnéothérapie, ou encore trouver un animal co-thérapeute (Maurer et al., 2008), la thérapie assistée par l'animal (TAA). Si les recherches sur ce dernier exemple sont encore à un stade exploratoire, des études montrent que des bénéfices existent pour les patients ; par exemple dans une analyse de 10 études sur la TAA, Maurer et

al. (2008) observent que, malgré des lacunes méthodologiques, les études conduites semblent malgré tout assez positives, conduisant à améliorer le bien-être des patients. Deux de ces études ont été conduites auprès de personnes âgées, la présence de chat, ou de chien (race Boxer) apporte des améliorations à la qualité de vie. De même, plus récemment, Durand et ses collègues (2024) observent que la TAA améliore la symptomatologie négative de patients psychiatriques et améliorent les interactions sociales des patients qui en bénéficient. De nombreuses alternatives existent, par exemple Marqueteau et al., (2022) ont analysé les bénéfices de différentes méthodes, permettant aux patients de « se changer les idées, les médiations étaient pour eux un espace pour penser à autre chose et éviter d'être focalisé sur leur pathologie » (Ibid, p.15).

Ces éléments montrent que l'IM mise en place dans les établissements observés contribue à améliorer la qualité de vie des patients. S'il est difficile de trouver un psychiatre ou une infirmière formée à la psychiatrie en EHPAD, car les psychiatres sont en sous-effectifs sur le territoire français, trouver un animal co-thérapeute par exemple peut être beaucoup plus simple. Si ce genre d'alternatives ne remplacent évidemment pas une vraie prise en charge du problème par un spécialiste, les bénéfices apportés aux patients (et aux soignants, par extension) sont tout de même bien tangibles. En ce sens, les personnels observés ont su trouver des ressources de substitution, mettant en œuvre à leur niveau et avec leurs moyens une IM bénéfique à tous les acteurs impliqués.

L'INNOVATION MANAGERIALE PAR DEVELOPPEMENT DE NOUVELLES RELATIONS

La thématique du développement partenarial a émergé à travers plusieurs entretiens, notamment via les mentions de conventions avec des hôpitaux psychiatriques ou l'appui ponctuel des CMP (Centres Médico-Psychologiques). Ces partenariats, bien que souvent informels, représentent une forme d'IM par le développement de nouvelles relations organisationnelles (Nobre, 2013). Ils répondent au besoin de renforcer les compétences internes sans mobiliser de ressources permanentes, et favorisent la construction d'un réseau local de soin psychiatrique autour de l'EHPAD.

Un développement de partenariats avec des établissements de soins spécialisés ou des réseaux de santé locaux pourrait favoriser des consultations psychiatriques plus fréquentes et un suivi plus personnalisé, réduisant ainsi la rareté de ces consultations ; en effet, si la crise des vocations et la pénurie de psychiatres empêchent les EHPAD d'avoir ces ressources et compétences en interne, ils peuvent peut-être les trouver en externe, même en quantité limitée.

Les équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) offrent par exemple une réponse efficace face à la demande croissante de soins pour les populations âgées, vulnérables et moins autonomes, souvent peu mobiles (Poupard et al., 2023). Composées de psychiatres, d'infirmiers et de psychologues, ces équipes se déplacent directement auprès des patients, dans leur environnement quotidien. Les missions des EMPSA sont variées : elles facilitent l'accès aux soins et leur continuité, initient parfois des prises en charge ambulatoires et proposent des alternatives aux hospitalisations. Elles réalisent également des évaluations diagnostiques, assurent des soins thérapeutiques et orientent vers des prises en charge adaptées (Pace et Hanon, 2022).

Le dialogue constitue un élément central pour la réussite de toutes les IM en EHPAD, notamment en matière de prise en charge des troubles psychiatriques. Dans un contexte où les ressources sont limitées et où les besoins des résidents sont multiples et variés, la communication fluide et ouverte entre tous les acteurs de soins est essentielle pour garantir une prise en charge de qualité (Dos Santos et Albert-Cromarias, 2020). Ce dialogue doit se faire à plusieurs niveaux : entre le personnel soignant, les médecins, les psychologues, les familles et les résidents eux-mêmes. Un échange régulier et transparent sur les stratégies thérapeutiques, les progrès des résidents et les difficultés rencontrées permettrait d'adapter continuellement les soins et d'ajuster les traitements en fonction des besoins évolutifs des résidents.

Le dialogue avec les familles des résidents joue également un rôle primordial : en étant informées et écoutées, elles peuvent contribuer de manière significative à l'élaboration du projet de soins, et ce lien étroit favoriserait un meilleur suivi des résidents au quotidien. Enfin, un dialogue interne entre les équipes soignantes, qui inclut des échanges sur les pratiques professionnelles, les difficultés rencontrées ou les réussites, contribue à instaurer une culture de l'amélioration continue, qui est un moteur puissant de transformation et d'innovation.

L'INNOVATION MANAGERIALE PAR TRANSFORMATION ORGANISATIONNELLE

Les propositions évoquées dans les sections sur la transformation organisationnelle (ex. : usage du DMP, télépsychiatrie) ne relèvent pas uniquement d'un raisonnement théorique ou d'une revue de littérature. Elles trouvent leur origine dans des éléments évoqués par les enquêtés, à travers des pratiques émergentes ou des idées évoquées comme pistes d'amélioration. Il s'agit donc de résultats empiriques enrichis par une mise en perspective théorique, et non de simples recommandations abstraites.

L'IM en EHPAD passe également par une transformation organisationnelle, qui permettrait de rendre la prise en charge des résidents atteints de troubles psychiatriques plus efficace et plus fluide. Cela nécessite une révision des processus internes, en particulier la gestion du parcours de soin. Une des premières pistes serait d'intégrer des outils numériques comme le Dossier Médical Partagé (DMP), qui centralise les informations médicales des résidents et facilite la coordination entre les différents intervenants. Une telle transformation numérique permettrait de garantir une prise en charge plus homogène, en offrant à tous les acteurs une vision complète et actualisée du parcours médical de chaque résident.

Par ailleurs, pour pallier la pénurie de psychiatres en France, il serait essentiel de repenser l'organisation des soins au sein de l'EHPAD, en faisant appel à la télépsychiatrie. Si la pratique de la téléconsultation en psychiatrie n'est pas nouvelle, elle semble moins pratiquée auprès des populations âgées. En effet son opérationnalisation en France pour soutenir des réseaux de soins tertiaires – secondaires en urgence est une innovation organisationnelle complexe, au vu du nombre d'intervenants impliqués. Récemment, Hansen *et al.* (2019) ont démontré que la multiplicité d'acteurs engagés dans le processus de télépsychiatrie entraîne des environnements de cognition distribuée hétérogènes, qui s'expliquent par la diversité des acteurs qui interviennent à chaque phase de la production du service. Des chercheurs de la Mayo Clinic ont aussi mis en exergue les barrières à l'usage de la télépsychiatrie, parmi lesquelles la réticence des médecins impliqués dans le dispositif. Pourtant, l'acceptation du dispositif par ces acteurs en particulier est « le facteur clef pour des services de télémédecine soutenables » (Cowan *et al.*, 2019).

La motivation derrière la mise en place d'un dispositif de télépsychiatrie découle d'une volonté d'améliorer la prise en charge des individus. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD doit être l'initiateur et le moteur du projet, guidant l'équipe tout au long de sa mise en œuvre (Marraud, *et al.* 2022). Il sait mobiliser des acteurs clés, en trouvant un intérêt convergent avec le sien pour s'intégrer à ce dispositif, dans une dynamique d'entrepreneuriat institutionnel (Marraud *et al.*, 2020). De plus, la participation à la téléconsultation peut être perçue comme un acte « valorisant » par le psychiatre. Ce dispositif novateur peut susciter la curiosité et ouvrir la voie à de nouvelles approches de la psychiatrie, notamment pour les populations vulnérables. Les acteurs impliqués partageront ainsi une conviction commune sur l'utilité du dispositif et les bénéfices qu'il apporte aux patients, en améliorant la coordination des soins et en structurant les échanges pluridisciplinaires autour de cas complexes.

Enfin, plusieurs différences apparaissent entre établissements publics et privés. Si les établissements publics semblent bénéficier de davantage de passerelles vers le milieu hospitalier (accès aux CMP, interventions mobiles), les établissements privés affichent parfois une plus grande souplesse dans la mise en œuvre d'IM locales, notamment en ce qui concerne les pratiques non médicamenteuses. Ces contrastes ne doivent pas être vus comme une opposition mais comme des contextes différenciés d'implémentation de l'innovation, chacun disposant d'atouts spécifiques pour développer une prise en charge psychiatrique innovante.

Au-delà du contexte français, certaines initiatives étrangères offrent des éclairages stimulants sur les formes possibles d'innovation managériale en secteur médico-social. Au Québec, plusieurs programmes innovants ont vu le jour, intégrant notamment la participation des patients dans la gouvernance des établissements ou l'organisation des soins en santé mentale communautaire. Le modèle néerlandais de Buurtzorg offre un autre exemple inspirant, fondé sur des équipes auto-organisées de soins à domicile, qui allient proximité, autonomie et responsabilisation des soignants (Grenier et *al.*, 2019). Ces modèles montrent qu'une transformation durable passe aussi par une redéfinition du rôle des soignants dans l'organisation du travail, et invitent à penser l'innovation managériale comme un levier d'émancipation professionnelle et de réhumanisation des pratiques de soin.

Loin d'être juxtaposées sans lien, les pratiques évoquées dans cette étude doivent être comprises comme des réponses organisationnelles à un même déséquilibre systémique : la difficulté persistante à intégrer les besoins psychiatriques dans une logique de soin global en EHPAD. Toutes les innovations repérées – qu'il s'agisse de formations internes, de recours au DMP ou à la télépsychiatrie, ou encore d'approches sensorielles et alternatives – visent à reconstruire une cohérence fonctionnelle dans un système fragmenté. Le prisme de l'IM permet d'en éclairer les dimensions transversales : transformation des circuits de décision, décloisonnement des savoirs, adaptation des rôles professionnels.

CONCLUSION

Cette recherche visait à comprendre en quoi l'innovation managériale pouvait améliorer la prise en charge des résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD.

Les processus d'innovation managériale (IM) observés au sein de différents établissements revêtent un fort potentiel de sens, car ils permettent d'aligner les valeurs et les pratiques de gestion de l'EHPAD. Plutôt que de créer un cloisonnement entre les différentes catégories d'acteurs, ces processus renforcent les liens entre eux. Ils s'accompagnent également de la construction d'un discours commun sur les pratiques, reposant sur une logique de dialogue tant

intra qu'inter-organisationnel, qui reflète l'engagement et le travail collectif. L'IM devient ainsi un processus collectif où les acteurs internes et externes interagissent pour traiter les informations issues de l'environnement et parvenir à une compréhension mutuelle des enjeux psychiatriques. Cela permet d'anticiper les besoins et de légitimer l'EHPAD dans sa mission de prise en charge.

Notre recherche est le prélude à un travail doctoral de plus grande envergure, et présente naturellement des limites et biais, notamment ceux liés à la manière dont les interviewés formulent les innovations managériales, ainsi qu'à l'interprétation de ces propos par le chercheur. Par ailleurs, étant basée sur quelques exemples d'EHPAD, il est important de faire preuve de prudence avant de généraliser ces résultats à l'ensemble des établissements.

Cette recherche ouvre néanmoins de nouvelles perspectives. D'un point de vue théorique, elle permet d'élargir la notion d'innovation managériale au-delà de sa conception traditionnelle, habituellement centrée sur les acteurs économiques, pour l'appliquer au secteur médico-social. Sur le plan managérial, elle présente les innovations managériales comme des réponses proposées par les établissements pour surmonter les difficultés, afin de redonner du sens aux actions menées. L'objectif implicite de « faire ensemble » soulève ainsi la question du changement nécessaire des pratiques de management.

Ces notions – « faire ensemble », « discours commun », « légitimation », ou encore « alignement entre valeurs et pratiques » – constituent des enjeux-clés du management en contexte médico-social. Elles renvoient à la capacité d'une organisation à générer du sens collectif, à mobiliser des ressources humaines autour d'un projet de soin partagé, et à éviter les effets de fragmentation. L'innovation managériale, dans ce contexte, ne consiste pas seulement à introduire de nouveaux outils ou de nouvelles procédures, mais à produire des espaces de coordination symbolique entre métiers, statuts, attentes et contraintes, afin de restaurer une forme de cohérence dans l'action collective.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Baudier, F. (2019). Crise à l'hôpital et dans les EHPAD, même combat : Abattons les murs !:

Santé Publique, Vol. 31(2), 293-295. <https://doi.org/10.3917/spub.192.0293>

Claveranne J.P., Christophe P. (2004). *Repenser les processus à l'hôpital : une méthode au service de la performance*, Edition Médica Paris.

- Cohen, L., Desmidt, T., & Limosin, F. (2014). La psychiatrie de la personne âgée : Enjeux et perspectives. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(9), 781-784.
- Cowan K. E., McKean A. J., Gentry M. T., and D. M. Hilty, (2019). Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers, *Mayo Clinic Proceedings*, December, 94(11), 2510-2523.
- Dumez, H. (2021) *Méthodologie de la recherche qualitative: les 10 questions clés de la démarche compréhensive*. 3e éd. Les spécialités du sup. Paris: Vuibert1.
- Dumez, H (2013). « Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation ». *Annales des Mines - Gérer et comprendre* 112, n° 2 (2013): 29.
- Durand, O., Moulier, V., M'Caouri, N., Alaverdian, A., Durand, F., Benadhira, R. et Januel, D. (2024) . Thérapie assistée par l'animal. *L'information psychiatrique*, Volume 100(3), 189-193.
- Dos Santos C., Albert-Cromarias A. (2020). Les paradoxes dans un établissement de santé : reconstruire du sens par l'innovation managériale. *Recherches en Sciences de Gestion*, N° 137(2), 39-62.
- Gavard-Perret, Marie-Laure, Agnès Helme-Guizon, et Sonia Blanc-Provent. (2018). « Chapitre 7 Choisir parmi les techniques spécifiques d'analyse qualitative ». In *Méthodologie de la recherche: réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, par Marie-Laure Gavard-Perret, 241-74.
- Goujon Belghit, A. (2020). La gestion du capital humain : Maîtriser les risques en EHPAD: *Management & Avenir*, N° 117(3), 17-39.
- Grenier, C., Pauget, B. and Hudebine, H. (2019). Innovations in Healthcare and Wellbeing: A Focus on Actors and Collaborations at the Boundaries. *Journal of Innovation Economics & Management*, No 30(3), 1-15.

- Hanon, C. (2014). La psychiatrie du sujet âgé : Mythe ou réalité ? *Le Carnet PSY*, N° 180(4), 31-35. <https://doi.org/10.3917/lcp.180.0031>
- Hanon, C. (2020). La psychiatrie de la personne âgée : Contours et perspectives, *Rhizome*, N° 74(4), 6-6.
- Insee (2021). *Projections de population 2021-2070 pour la France – Résultats et hypothèses*. Insee Résultats, édition de novembre 2021.
- Jovelet, G. (2018a). Admission d'un sujet psychotique en Ehpad et vécu traumatique. *L'information psychiatrique*, 4, 275-280.
- Jovelet, G. (2018b). Penser l'Ehpad et son devenir. Pas sans la psychiatrie! *L'information psychiatrique*, 6, 437-442.
- Jovelet, G. (2019). Le partenariat entre équipes d'Ehpad et de psychiatrie : Mariage de raison ou union forcée ? *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19(113), 279-285.
- Jovelet, G. (2020). Quelle place en Ehpad pour les personnes âgées dites « psychotiques » ? : *Rhizome*, N° 74(4), 10-10.
- Lenglart, F. (2020). Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé.
- Pace M, Hanon, C. (2022). Équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé : la mobilité au service de la fragilité. *Perspectives Psy 2022* ; 61 : 234-239
- Poupard, L., Brami, B. et Hanon, C. (2023) Équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé et risque suicidaire en Ehpad. Un cas clinique. *L'information psychiatrique*, Volume 99(5), 315-318.
- Le Roy F., Robert M., Giuliani P. (2013) « L'innovation managériale », *Revue française de gestion*, 6(235), p. 77-90.
- Marqueteau, E., Sibeoni, J., de Lara, A. C., Révah-Levy, A., & Gérardin, P. (2022). Perspectives croisées des adolescents et des soignants sur les médiations thérapeutiques en

- psychiatrie: une étude qualitative. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 70(4), 165-176.
- Marrauld L., Bourez S., Sicotte C., 2020. Changement organisationnel innovant et institution publique, *La Revue des Sciences de Gestion*, 5(305), 11-23
- Marrauld, L., Bourez, S. et Sicotte, C. (2022) La téléconsultation en psychogériatrie : facteurs de succès et nouvelles pratiques. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, N° 2-3(2), 136-152.
- Maurer, M., Delfour, F., & Adrien, J. L. (2008). Analyse de dix recherches sur la thérapie assistée par l'animal: quelle méthodologie pour quels effets?. *Journal de réadaptation médicale: pratique et formation en médecine physique et de réadaptation*, 28(4), 153-159.
- Nobre T. (2013). « L'innovation managériale à l'hôpital », *Revue française de gestion*, 6(235), p. 113-127.
- Saboune, K. (2022). La dégradation du bien-être au travail en EHPAD : Une analyse par le concept de contrat psychologique et le modèle Exigences-Ressources, *@GRH*, N° 42(1), 35-58.
- Sabouné, K., Montargot, N., & Dougados, M. (2024). Les tensions de rôle en EHPAD français : Causes et conséquences. *Management international*, 28(2).