

SERIR Nesrine

***Comment engager le personnel des EHPAD dans la démarche qualité
afin de garantir un suivi efficace après l'évaluation par la HAS ?***

Sous la direction de Monsieur Yves François DESCACQ

Mémoire de fin d'études de la 2ème année de Master
Année scolaire 2024-2025
Master Management Sectoriel

Date de la soutenance : le vendredi 20 juin 2025

Composition du jury :

- **Président du jury** : Monsieur Cédric CORVOISIER, Ingénieur Qualité, Risques et Sécurité des Soins au CHU Lille et enseignant à l'ILIS
- **Directeur du mémoire** : Monsieur Yves François DESCACQ, Directeur des Opérations chez RAMSAY et enseignant à l'ILIS
- **3ème membre de jury** : Monsieur François VIC, Ancien Directeur de l'EHPAD Natalie Doignies

Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé - ILIS
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Yves François Descacq, mon directeur de mémoire, pour sa disponibilité et ses conseils précieux tout au long de ce travail. Merci de m'avoir guidée avec bienveillance, et de m'avoir permis de prendre du recul pour structurer ma réflexion.

Je souhaite également exprimer ma profonde gratitude à l'association Natalie Doignies, qui m'a accueillie il y a trois ans, d'abord en stage, puis en alternance. Ce lieu a été bien plus qu'un cadre de travail : il a été un véritable terrain d'apprentissage et d'épanouissement. Merci à l'ensemble des professionnels du pôle administratif avec qui j'ai eu la chance de collaborer, pour leur confiance, leur écoute et leur soutien quotidien.

J'adresse également mes remerciements à l'ensemble de l'équipe pédagogique et aux intervenants de la Faculté Ingénierie et Management de la Santé pour la richesse et la qualité de leurs enseignements, ainsi que pour les outils méthodologiques et réflexifs transmis tout au long de ma formation.

Je souhaite remercier chaleureusement ma famille et mes proches pour leur présence constante, leurs encouragements et leur soutien tout au long de mon parcours universitaire.

Enfin, une mention toute particulière à mes parents, qui m'ont tout donné. Merci de m'avoir soutenue sans relâche à chaque étape de mon parcours scolaire, et surtout, de m'avoir toujours poussée à aller au bout de ce que j'entreprenais. Vous m'avez transmis des valeurs de persévérance, de travail et de dignité. Vous m'avez offert tous les moyens nécessaires pour réussir. Rien de tout cela n'aurait été possible sans vous.

SOMMAIRE

Remerciements.....	1
SOMMAIRE.....	2
Glossaire.....	4
Listes des abréviations.....	5
Table des tableaux.....	6
Table des figures.....	6
Introduction.....	7
Chapitre I : Revue littéraire.....	9
1. Genèse et cadre réglementaire de la démarche qualité en EHPAD.....	9
A. Contexte historique et définition.....	9
B. Fondements éthiques et réglementaires.....	10
C. Les dilemmes éthiques du soin en EHPAD : entre protocoles et humanité.....	10
D. Dispositif d'évaluation interne/externe.....	11
E. Rôle de la Haute Autorité de Santé (HAS) et réforme de 2019-2022.....	12
F. Le rôle des inspections ARS dans la dynamique qualité.....	12
G. Articulation entre inspections ARS et évaluation HAS.....	13
H. Des freins concrets relevés par les professionnels de terrain.....	13
2. Les théories de l'engagement professionnel.....	14
A. Motivation au travail et besoins fondamentaux (Maslow).....	14
B. Satisfaction au travail : facteurs d'hygiène et de motivation (Herzberg).....	15
C. Théories de l'engagement organisationnel (Meyer & Allen).....	16
D. Approches contemporaines de la motivation au travail.....	18
3. Qualité de Vie au Travail (QVT) : un levier d'engagement dans la démarche qualité en EHPAD.....	22
4. Stratégies d'engagement validées par la recherche : l'exemple d'un modèle participatif intégré.....	25
5. Comparaisons internationales.....	26
A. Regards internationaux sur la mobilisation des professionnels dans la qualité en EHPAD.....	26
Chapitre II: Enquête réalisée.....	27
Cadre méthodologique de la recherche.....	27
Techniques et instruments de collecte de données.....	28
Cadre éthique et respect de la confidentialité.....	29
Limites méthodologiques.....	29
Chapitre III – Analyse des résultats : perceptions et implications professionnelles autour de la démarche qualité en EHPAD.....	31
Chapitre IV Analyse croisée des résultats.....	43
A. Mise en perspective avec la revue de littérature.....	43
B. Un engagement freiné par les réalités de terrain.....	44
C. Implications théoriques et pratiques : vers une culture de la qualité incarnée.....	45

Chapitre V : Propositions d'amélioration : des leviers concrets pour renforcer l'engagement et assurer un suivi de qualité.....	47
A. Approches pédagogiques ludiques et innovantes.....	47
B. Leviers organisationnels pour soutenir la démarche qualité.....	48
C. Valorisation et reconnaissance des professionnels.....	50
D. Vers un suivi durable : management participatif et communication au service de la qualité.	51
Conclusion.....	54
Limites du travail et perspectives.....	56
Références bibliographiques.....	58
Annexe I.....	64
Annexe II.....	66
Annexe III.....	67

Glossaire

Démarche qualité : Processus structuré visant à améliorer les services et pratiques d'un établissement, dans une logique d'amélioration continue.

Évaluation interne : Auto-évaluation réalisée par l'établissement lui-même, impliquant l'ensemble des acteurs pour mesurer et améliorer la qualité des prestations.

Évaluation externe : Évaluation menée par un organisme indépendant habilité par la HAS, reposant sur un référentiel national commun.

Événement indésirable : Fait inattendu ayant ou pouvant avoir des conséquences négatives pour un résident ou un professionnel.

RETEX (Retour d'expérience) : Analyse collective réalisée à la suite d'un événement indésirable pour en tirer des enseignements.

Engagement organisationnel : Attachement affectif, normatif ou calculé d'un professionnel à son établissement, influençant son implication.

Culture qualité : Ensemble des valeurs, comportements et pratiques partagés qui soutiennent l'engagement des professionnels envers la qualité.

Qualité de vie au travail (QVT) : Ensemble des conditions d'exercice professionnel (relations, organisation, environnement, reconnaissance) influençant la santé, la motivation et la performance.

SYNAÉ : Plateforme numérique de la HAS permettant aux ESSMS de réaliser leur auto-évaluation en lien avec le référentiel.

Listes des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESSMS : Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

HAS : Haute Autorité de Santé

HCFEA : Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IDEC : Infirmier Diplômé d'État Coordinateur / Cadre de santé

QVT : Qualité de Vie au Travail

RETEX : Retour d'Expérience

SYNAÉ : Système National d'Auto-Évaluation (plateforme HAS)

Table des tableaux

Tableau 1 : Comparaison internationale des modèles de management de la qualité en EHPAD et de l'implication des professionnels

Table des figures

Figure 1 : Les besoins fondamentaux du personnel en EHPAD

Figure 2 : Modèle des deux facteurs de Frederick Herzberg : facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail

Figure 3 : Les trois formes d'engagement organisationnel selon John Meyer et Natalie Allen

Figure 4 : Modèle Job Demands-Resources contextualisé pour les EHPAD : entre exigences, ressources et état de santé des professionnels

Figure 5 : Définition de la qualité de vie au travail selon l'ANACT

Figure 6 : Carte des effets ressentis lorsque la qualité est vécue comme contrainte

Figure 7 : Les conditions pour un engagement durable dans la démarche qualité

Introduction

Le vieillissement de la population française représente un enjeu majeur pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En 2022, près de 1,5 million de personnes étaient âgées de 85 ans et plus, un chiffre qui devrait doubler d'ici 2040 (INSEE, 2023). Cette évolution démographique s'accompagne d'une augmentation des besoins en soins, en accompagnement, mais aussi en qualité de vie. Dans ce contexte, les EHPAD sont appelés à adapter leurs pratiques, à répondre à des attentes de plus en plus fortes, et à faire face aux exigences des évaluations externes menées par la Haute Autorité de Santé (HAS). Mais au-delà des cadres réglementaires, c'est avant tout l'implication des professionnels qui conditionne la dynamique de qualité. Leur engagement au quotidien constitue un levier essentiel pour garantir un accompagnement respectueux, digne et humain des personnes âgées accueillies. Les EHPAD occupent à ce titre une place centrale dans la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance, en leur assurant un cadre de vie sécurisé, médicalisé et respectueux de leur dignité.

Ces dernières années, la question de la qualité en EHPAD s'est imposée dans le débat public, notamment après les révélations du livre *"Les Fossoyeurs"* de Victor Castanet en 2022, qui a mis au jour de graves dysfonctionnements dans le groupe Orpea. Ce scandale a suscité une forte émotion collective et renforcé l'exigence d'un encadrement plus rigoureux, mais aussi d'une démarche qualité plus humaine, portée par les professionnels eux-mêmes

Le cadre réglementaire s'est renforcé, en particulier avec la réforme de l'évaluation de la Haute Autorité de Santé (HAS), effective depuis 2022. Cette réforme, qui s'applique à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), instaure un référentiel national unique, articulé autour de trois grands axes. L'objectif est de promouvoir une amélioration continue de la qualité, centrée sur les droits, les besoins et l'expérience des personnes accueillies, tout en engageant les équipes professionnelles dans la durée.

Toutefois, garantir un véritable engagement du personnel dans ces démarches ne va pas de soi. Entre contraintes réglementaires, surcharge de travail, épuisement des équipes et

manque de reconnaissance, de nombreux obstacles viennent freiner l'adhésion des professionnels. Si la préparation à l'évaluation externe est souvent bien menée, la question de la pérennisation des bonnes pratiques et du maintien d'une dynamique qualité après l'évaluation reste posée.

Dans ce contexte, une problématique centrale émerge :

Comment engager durablement le personnel des EHPAD dans la démarche qualité afin de garantir un suivi efficace après l'évaluation par la HAS ?

Cette interrogation est au cœur de ce mémoire, qui vise à identifier les leviers et les freins à l'engagement des professionnels dans la qualité, dans une optique de compréhension fine des réalités de terrain. L'objectif est également de formuler des propositions concrètes pour favoriser une implication durable des équipes, condition indispensable à l'amélioration continue des pratiques en EHPAD.

Pour ce faire, mon mémoire sera divisé en 3 parties :

- La première partie du mémoire reviendra sur les fondements théoriques et réglementaires de la qualité en EHPAD, ainsi que sur les grands modèles de l'engagement professionnel.
- La seconde partie présentera une enquête de terrain menée auprès de professionnels d'EHPAD, afin d'analyser leurs représentations, leurs vécus et leurs propositions.
- La troisième partie proposera des pistes d'amélioration opérationnelles, nourries par les apports théoriques et empiriques de ce travail.

Chapitre I : Revue littéraire

La problématique de l'engagement des professionnels des EHPAD dans les démarches qualité après l'évaluation par la Haute Autorité de Santé (HAS) s'inscrit dans un contexte réglementaire exigeant et une réalité opérationnelle complexe. Les recherches existantes soulignent l'importance cruciale d'une adhésion active des équipes pour transformer les résultats d'évaluation en améliorations concrètes. Cette synthèse identifie trois axes majeurs : les fondements théoriques de l'engagement organisationnel, les spécificités du cadre qualité en EHPAD, et les leviers pratiques de mobilisation. Les travaux de Maslow (1), Herzberg (2) et Meyer (3) fournissent un cadre conceptuel essentiel pour comprendre les mécanismes motivationnels, tandis que les rapports de la HAS (4) et les retours d'expérience (5) éclairent les défis institutionnels.

1. Genèse et cadre réglementaire de la démarche qualité en EHPAD

A. Contexte historique et définition

La notion de démarche qualité dans les établissements médico-sociaux (notamment les EHPAD) émerge d'une volonté d'améliorer en continu les prestations fournies aux personnes vulnérables. Inspirée des principes d'amélioration continue issus du secteur industriel et hospitalier, cette démarche s'est formalisée en France au début des années 2000. Un tournant majeur est la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui a introduit l'obligation pour les établissements sociaux et médico-sociaux (ESSMS) d'évaluer régulièrement la qualité de leurs activités et prestations (6).

L'objectif de cette loi était d'apprécier la qualité de l'accompagnement offert aux personnes accueillies et de stimuler les établissements dans une dynamique d'amélioration continue (7). Concrètement, la loi 2002-2 a rendu obligatoires des évaluations internes et externes de chaque établissement, posant les bases d'un pilotage de la qualité centré sur l'auto-évaluation et le regard d'organismes tiers (8).

B. Fondements éthiques et réglementaires

Dès l'origine, la démarche qualité en EHPAD comporte une forte dimension éthique. Il s'agit de garantir le respect de la dignité, de l'intégrité et des droits fondamentaux des personnes vulnérables, tout en répondant à leurs besoins spécifiques. La Haute Autorité de Santé rappelle que quatre principes directeurs doivent guider l'accompagnement de ces publics : *“le pouvoir d'agir de la personne accompagnée, le respect des droits fondamentaux, une approche inclusive, et la réflexion éthique des professionnels”* (9).

Ces principes mettent en évidence que la qualité ne se limite pas à l'application de normes techniques : elle implique une approche globale de la personne, prenant en compte ses choix, ses besoins et son bien-être. D'un point de vue réglementaire, la qualité est également liée aux exigences de sécurité et de gestion des risques (prévention de la maltraitance, sécurisation des soins, hygiène, etc.), encadrées par divers textes et contrôles. Les EHPAD doivent élaborer des procédures de qualité et participer à des évaluations périodiques. Toutefois, des scandales récents (notamment l'affaire Orpea en 2022) ont révélé les conséquences dramatiques d'une qualité défailante et d'un pilotage centré sur des logiques financières au détriment de l'éthique.

En effet, le rapport d'enquête sur le scandale Orpea a mis en lumière des *“contrôles qualité dysfonctionnels”* de la part des autorités, avec trop peu d'inspections et un pouvoir de sanction limité, ce qui a contribué à laisser se dégrader la prise en charge des résidents (10). Cet épisode a renforcé la conscience des enjeux éthiques et de la nécessité d'un pilotage rigoureux de la qualité dans les EHPAD.

C. Les dilemmes éthiques du soin en EHPAD : entre protocoles et humanité

Les professionnels en EHPAD sont régulièrement confrontés à des choix difficiles. Entre les protocoles à respecter, les délais à tenir et les normes de plus en plus nombreuses, ils doivent parfois décider entre *“faire vite”* et *“faire bien”*. Cela peut les placer dans une position inconfortable, surtout quand le respect de la personne, de son rythme ou de sa dignité semble mis de côté au profit de contraintes organisationnelles.

Ce tiraillement entre rigueur administrative et humanité du soin est souvent vécu comme une source de tension, voire de mal-être. Le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge (HCFEA) rappelle d'ailleurs que cette pression peut conduire à une perte de sens dans le travail, surtout quand les professionnels ont le sentiment de ne plus pouvoir exercer leur métier comme ils l'entendent. (11)

C'est pourquoi les démarches qualité doivent rester attentives à ne pas écraser ce qui fait le cœur du soin : la relation, l'écoute et la bienveillance. Sans cela, même les meilleures intentions en matière d'amélioration continue risquent de produire l'effet inverse de celui recherché.

D. Dispositif d'évaluation interne/externe

Historiquement, la démarche qualité des ESSMS s'est appuyée sur deux volets complémentaires. D'une part, l'évaluation interne (ou auto-évaluation) qui vise à mobiliser l'ensemble des acteurs de l'établissement autour d'une évaluation critique de leurs pratiques, pour dégager des axes d'amélioration continue. Cette auto-évaluation régulière permet aux professionnels de "s'extraire du quotidien pour poser un regard en équipe sur leurs pratiques", et de s'inscrire ainsi "dans une trajectoire de qualité permanente" (12). D'autre part, l'évaluation externe est menée par un organisme habilité indépendant, chargé de porter un regard objectif sur la qualité des prestations et d'en rendre compte aux autorités. Initialement, la loi de 2002 prévoyait un cycle où chaque établissement réalisait une évaluation interne puis, tous les 4 ans, une évaluation externe conditionnant le renouvellement de son autorisation de fonctionnement (9). Ce double dispositif a été confirmé comme un levier important d'amélioration par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2017 (8).

La participation active du personnel aux démarches qualité est devenue un critère de management reconnu, qui peut produire des effets positifs en matière de culture d'établissement et de fierté professionnelle (13).

E. Rôle de la Haute Autorité de Santé (HAS) et réforme de 2019-2022

Une étape majeure dans l'évolution de l'évaluation de la qualité a été franchi avec la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Cette loi a élargi les missions de la HAS en lui confiant la responsabilité de refondre le dispositif d'évaluation des ESSMS (7). Concrètement, la HAS (qui avait déjà intégré les missions de l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale en 2018) s'est vu confier l'élaboration d'un référentiel national commun d'évaluation ainsi qu'un nouveau cahier des charges pour l'accréditation des organismes évaluateurs externes (7). Forte de cette mission, la HAS a publié en mars 2022 le premier "*Référentiel national d'évaluation de la qualité*" pour l'ensemble des ESSMS (12). Ce référentiel unique s'impose à tous les établissements (sauf dérogations spécifiques) et constitue le socle commun de l'évaluation qualité.

Il est structuré en 3 chapitres transversaux, centrés respectivement sur:

- *les personnes accompagnées*
- *les professionnels*
- *la gouvernance*

déclinés en 9 thématiques, 42 objectifs et 157 critères d'évaluation, dont 18 critères impératifs (7).

L'évaluation repose sur trois méthodes principales (14):

- Accompagné traceur : centrée sur l'expérience de la personne accompagnée.
- Traceur ciblé : focalisé sur les pratiques des professionnels.
- Audit système : portant sur l'organisation et la gouvernance de l'ESSMS

F. Le rôle des inspections ARS dans la dynamique qualité

En parallèle des évaluations menées par la HAS, les inspections des Agences Régionales de Santé (ARS) jouent un rôle essentiel dans le contrôle et l'amélioration des pratiques en EHPAD. Elles visent à garantir la qualité des accompagnements, la sécurité des résidents et le respect du cadre réglementaire, en lien avec les Conseils départementaux (15).

Depuis 2022, un plan national d'inspection a été mis en place dans tous les établissements du territoire (publics et privés). Ce dispositif s'inscrit dans une logique de lutte contre la maltraitance.

Les inspections peuvent prendre plusieurs formes, selon le contexte :

- Programmées, avec notification préalable ;
- Sur pièces, basées sur les documents transmis ;
- Sur place, avec visite de l'établissement ;
- Inopinées, en cas de signalement ou de dysfonctionnement grave.

Ces contrôles, bien qu'extérieurs à la structure, doivent aussi devenir des leviers d'engagement interne s'ils sont suivis d'une dynamique d'amélioration partagée avec les équipes (15).

G. Articulation entre inspections ARS et évaluation HAS

Complémentarité des dispositifs d'évaluation

Les inspections de l'ARS et les évaluations menées par la HAS sont complémentaires. Le Synerpa souligne d'ailleurs l'importance d'une articulation entre les résultats de l'inspection et l'évaluation HAS, afin d'atteindre pleinement l'objectif de transparence et de pédagogie (16). Cette complémentarité permettrait de fournir des données au niveau de chaque EHPAD, pour une vision plus fine et opérationnelle.

Si les évaluations menées par la HAS s'inscrivent dans une logique d'amélioration continue, les inspections ARS relèvent davantage d'un contrôle de conformité, avec parfois une dimension plus contraignante. Malgré ces différences d'approche, les deux dispositifs poursuivent un même objectif : garantir la qualité et la sécurité des soins apportés aux personnes âgées accueillies en EHPAD.

H. Des freins concrets relevés par les professionnels de terrain

Comme le souligne Thierry Le Brun dans *Améliorer la qualité et le bien-être en EHPAD*, plusieurs freins à l'appropriation des outils qualité par les équipes sont régulièrement observés sur le terrain (17).

- Surcharge cognitive : 58 % des aides-soignants perçoivent la documentation qualité comme une tâche administrative en plus de leur cœur de métier.
- Déficit de formation : seuls 32 % des EHPAD forment leurs équipes aux outils spécifiques de la HAS.
- Dissonance hiérarchique : 41 % des agents estiment qu'il existe un décalage entre le discours officiel sur la qualité et les priorités réelles imposées par les contraintes organisationnelles.

Ces chiffres illustrent bien que, pour que la qualité soit un levier d'engagement, elle doit être perçue comme utile, compréhensible et portée par la hiérarchie, et non comme une contrainte formelle supplémentaire.

2. Les théories de l'engagement professionnel

A. Motivation au travail et besoins fondamentaux (Maslow)

Comprendre les ressorts de l'engagement des professionnels nécessite d'abord d'explorer les principales théories de la motivation au travail. Celles-ci offrent des repères pour analyser les leviers concrets à mobiliser dans les établissements médico-sociaux (18).

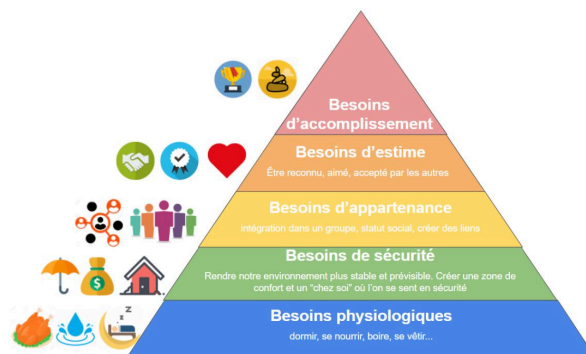


Figure 1 : Les besoins fondamentaux du personnel en EHPAD

La pyramide des besoins d'Abraham Maslow permet de comprendre les différents niveaux de motivation chez un salarié. À la base, on retrouve :

- les besoins physiologiques (exemple: une rémunération suffisante)
- les besoins de sécurité (conditions de travail stables et prévisibles)

Tant que ces besoins ne sont pas satisfaits, ils restent la priorité de l'individu.

Ensuite les besoins d'appartenance, liés à la relation aux autres (comme le sentiment de faire partie d'un collectif, d'être respecté, écouté et reconnu). Enfin, au sommet de la pyramide, figure le besoin d'accomplissement personnel, qui renvoie à la possibilité de s'épanouir dans son métier, de contribuer à une mission porteuse de sens.

Dans le secteur médico-social, ces niveaux de besoins se chevauchent : un professionnel peut avoir un fort besoin de reconnaissance et de sens, tout en manquant de sécurité de l'emploi ou de stabilité. D'où la difficulté, parfois, à maintenir un engagement constant (19).

L'étude d'Asana révèle que 68% des salariés du secteur du médico-social considèrent les besoins d'appartenance (esprit d'équipe) et d'estime (reconnaissance des pairs) comme des déterminants clés de leur engagement. Le besoin d'accomplissement se manifeste particulièrement chez les soignants par le désir de contribuer à une mission sociale (20).

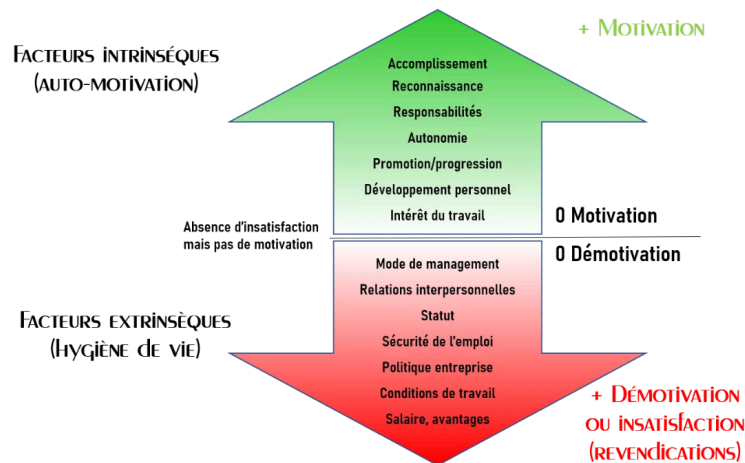
B. Satisfaction au travail : facteurs d'hygiène et de motivation (Herzberg)

La théorie dite des deux facteurs de Frederick Herzberg (1959) complète l'approche de Maslow en distinguant deux catégories de facteurs agissant sur la satisfaction et la motivation au travail. (21)

D'un côté se trouvent les facteurs extrinsèques, qualifiés de "*facteurs d'hygiène*", qui concernent l'environnement du travail. Herzberg montre que ces facteurs, s'ils sont insuffisants ou mauvais, provoquent de l'insatisfaction et de la démotivation (22).

Par exemple, un salaire perçu comme injuste, une charge de travail trop importante ou des tensions au sein de l'équipe peuvent finir par peser sur le moral du salarié. En revanche, leur présence à un niveau acceptable "apaise sans réellement stimuler" la motivation. Autrement dit, améliorer les conditions de travail ou le salaire au-delà d'un certain seuil ne crée pas un engagement accru, cela évite surtout la démotivation.

De l'autre côté se trouvent les facteurs intrinsèques ou "*facteurs motivateurs*", directement liés au contenu du travail et à la satisfaction que l'employé en retire : l'intérêt et le sens du travail accompli, les responsabilités confiées, les possibilités de reconnaissance et d'accomplissement personnel, le développement des compétences (22).



Source : adaptation du modèle de Herzberg (1959).

Figure 2 : Modèle des deux facteurs de Herzberg : facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail

Ce sont ces facteurs intrinsèques qui, selon Herzberg, encouragent réellement la motivation profonde et l'engagement affectif d'un individu. Pour maximiser l'engagement professionnel, il préconise donc de développer les facteurs intrinsèques (enrichissement des tâches, reconnaissance des réussites, autonomie, et évolution de carrière) tout en gérant correctement les facteurs d'hygiène pour éviter la frustration (salaire suffisant, horaires maîtrisables, bonnes conditions de travail, etc).

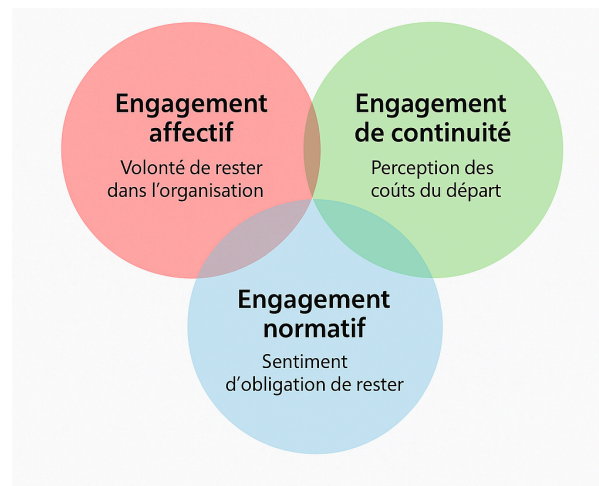
C. Théories de l'engagement organisationnel (Meyer & Allen)

Le modèle tridimensionnel de John Meyer et Natalie Allen met en avant l'engagement affectif (attachement émotionnel) comme pivot dans les métiers relationnels. L'étude de l'Université du Québec à Montréal montre qu'un soutien organisationnel perçu (formation, écoute hiérarchique) renforce cet engagement de 55% dans les ESSMS. Lorsqu'on prend en compte les idées et les retours du personnel dans la démarche qualité, cela renforce leur sentiment de faire pleinement partie de la vie de l'établissement (sentiment d'appartenance)(3).

L'engagement professionnel ne se limite pas à une motivation passagère : il reflète un véritable lien, souvent durable, entre un salarié et son organisation. À ce sujet, le modèle des trois composantes de l'engagement proposé par Meyer et Allen au début des années 1990 fait aujourd'hui figure de référence. Ces auteurs définissent l'engagement comme un

“état psychologique qui caractérise la relation de l’employé avec son organisation et qui influe sur ses comportements au travail” (23).

Ils distinguent trois formes d’engagement pouvant lier un salarié à son établissement (24) :



Source : adapté du modèle de Meyer et Allen (1991).

Figure 3 : Les trois formes d’engagement organisationnel selon John Meyer et Natalie Allen (1991)

L’engagement affectif reflète l’attachement émotionnel sincère de l’employé pour son organisation. Il se manifeste par une forte adhésion aux valeurs et objectifs de l’établissement, la fierté d’en faire partie, la volonté de “donner de soi” et le désir de rester membre de celle-ci.

L’engagement de continuité (dit aussi engagement calculé) renvoie à la perception des coûts associés au départ de l’organisation et au manque d’alternatives. L’employé reste principalement parce qu’il estime que quitter son poste lui ferait perdre des avantages (ancienneté par exemple) ou qu’il n’a pas de meilleure option d’emploi.

L’engagement normatif traduit un sentiment d’obligation morale de rester dans l’organisation, par loyauté ou devoir (24). Il se construit par exemple si le salarié estime que son employeur a beaucoup investi en lui (formation, opportunité). Dans la santé, un soignant peut ressentir un engagement normatif important envers un hôpital public par vocation de service public, ou envers une association gestionnaire d’EHPAD par adhésion aux valeurs humanistes de celle-ci (24).

Ces trois composantes forment l'état d'engagement global de l'individu, chaque personne combinant à des degrés divers ces motivations à rester. Des études montrent en effet qu'un engagement organisationnel élevé se traduit par une meilleure productivité et une réduction de l'absentéisme (25). Pour favoriser cet attachement affectif, la direction peut travailler sur la culture d'entreprise (partage de la vision et des valeurs), la gestion participative (impliquer les salariés dans les décisions, par exemple via des groupes de travail qualité) et la reconnaissance du travail accompli.

L'engagement normatif peut être encouragé en soulignant l'importance de la mission de soin et les responsabilités éthiques associées, tandis que l'engagement de continuité reste davantage lié à la politique RH (stabilité des contrats, évolutions de carrière, avantages acquis) (23). Dans le secteur médico-social, on constate souvent un attachement affectif des soignants à la "maison" où ils travaillent (surtout quand il s'agit de petites structures), Mais cet attachement peut diminuer si les conditions de travail se détériorent ou si les valeurs de l'établissement ne sont plus respectées (17).

Chaque modèle théorique aide à mieux comprendre le comportement des professionnels, mais tous ne sont pas adaptés aux réalités parfois difficiles des EHPAD. Le modèle de Maslow, par exemple, est souvent critiqué pour son caractère hiérarchique et universel peu compatible avec les réalités du terrain (26). Herzberg, de son côté, apporte une distinction utile entre les facteurs d'hygiène et de motivation, mais sans toujours prendre en compte les dimensions collectives du travail en équipe.

C'est pourquoi des approches plus récentes, comme la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan), peuvent offrir un cadre mieux adapté, en tenant compte des besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance (27). Ces modèles invitent à repenser les conditions d'engagement à partir du quotidien vécu par les professionnels.

D. Approches contemporaines de la motivation au travail

Les théories récentes mettent l'accent sur les leviers internes de la motivation et du bien-être au travail, complétant les modèles précédents. L'une des plus influentes est la *Théorie de l'autodétermination* (Deci & Ryan), qui distingue motivation intrinsèque et extrinsèque (29). Selon cette approche, les individus sont pleinement motivés et engagés au travail lorsque trois besoins psychologiques fondamentaux sont satisfaits (27):

- le besoin de compétence (se sentir efficace et capable dans ses tâches)
- le besoin d'autonomie (avoir une marge de manœuvre, pouvoir prendre des initiatives)
- le besoin de relation sociale ou d'appartenance (se sentir intégré à une équipe).

Un cadre de travail qui favorise ces trois aspects permet aux salariés d'être plus engagés, plus épanouis et plus motivés à s'impliquer pleinement dans leurs missions. À l'inverse, un management trop contrôlant, sans autonomie, ou une absence de feedback positif sur le travail accompli peuvent étouffer la motivation intrinsèque (27). Appliquée aux établissements de santé, cette théorie suggère par exemple de responsabiliser les équipes (autonomie dans l'organisation des soins, participation aux décisions via des instances de gouvernance partagée), de développer les compétences (formation continue) et de renforcer la cohésion d'équipe et le soutien managérial pour que chacun se sente valorisé (33) .

Ces pratiques s'inscrivent dans ce que l'on nomme aujourd'hui "l'empowerment" du personnel soignant. Ce concept, de plus en plus mis en avant dans les approches managériales actuelles, vise à renforcer la capacité des professionnels à agir sur leur environnement de travail et à participer aux décisions qui les concernent directement. Il repose sur la reconnaissance de leur travail, leur implication dans les projets communs et la valorisation de leurs compétences. En EHPAD, cette dynamique contribue à redonner du sens au travail, à renforcer l'autonomie et à favoriser un engagement plus profond et plus durable dans la démarche qualité (32).

Ces modèles apportent chacun leur contribution, mais dans les EHPAD, leur usage reste parfois difficile à mettre en pratique de manière uniforme. La théorie des buts (goal theory) qui valorise des buts clairs et ambitieux (34), peut se heurter à la réalité des équipes soignantes, qui sont souvent accaparées par l'urgence et le manque de temps. De même, la théorie de l'équité (30), centrée sur la justice perçue, est pertinente pour penser la reconnaissance, mais suppose un cadre organisationnel perçu comme équitable (30) ce qui est loin d'être acquis dans un secteur confronté aux tensions hiérarchiques et aux inégalités de reconnaissance.

En revanche, le modèle *Job Demands-Resources* (31) semble particulièrement adapté aux réalités du travail en EHPAD. Il met en lien les contraintes du métier (charge

émotionnelle, pression, etc) avec les ressources disponibles (soutien managérial, autonomie, sens du travail). Mettre en relation les contraintes du métier avec les ressources disponibles permet de mieux comprendre les ressorts de l'engagement des équipes, dans un secteur souvent sous pression.



Source réalisé via Canva

Figure 4 : Modèle Job Demands-Resources contextualisé pour les EHPAD : entre exigences, ressources et état de santé des professionnels

Après avoir posé les fondements théoriques de l'engagement professionnel, il est essentiel d'observer comment ces concepts prennent forme sur le terrain. Dans les EHPAD, les conditions de travail, les dynamiques d'équipe et la perception des démarches qualité influencent directement la manière dont ces leviers s'activent ou non.

Lien avec la participation à la démarche qualité

Il est essentiel de mettre en regard ces théories de l'engagement avec la participation des professionnels à la démarche qualité. En effet, la réussite d'une démarche qualité en EHPAD dépend largement de l'implication active du personnel à tous les niveaux : remontée d'incidents, propositions d'amélioration, animation de groupes de travail, application rigoureuse des protocoles, etc. Pour que les soignants et autres salariés adhèrent à ces processus parfois exigeants, les leviers motivationnels décrits ci-dessus doivent être actionnés par le management de la qualité.

Tout d'abord, selon Maslow et Herzberg, les facteurs d'insatisfaction doivent être traités afin que la démarche qualité ne soit pas perçue comme une surcharge de travail. Un établissement en sous-effectif chronique, où le personnel est épuisé (besoins physiologiques et de sécurité non respectés), aura du mal à mobiliser ses équipes sur des audits ou des projets qualité, car les soignants prioriseront légitimement les soins de base au détriment des actions d'amélioration. Il est donc important d'assurer un climat de travail satisfaisant.

Selon la théorie de l'engagement organisationnel (35), un salarié affectivement engagé envers son établissement sera naturellement un allié de la démarche qualité, car il s'identifiera aux objectifs d'amélioration de l'organisation. Il est donc stratégique de travailler la culture d'entreprise autour de la qualité : valoriser les réussites qualité de l'établissement et communiquer sur les améliorations concrètes pour les résidents afin de créer un sentiment de fierté collective. L'engagement normatif (le sens du devoir) peut également être mobilisé dans la qualité : en insistant sur l'éthique et la responsabilité professionnelle, on parle à la conscience professionnelle des soignants qui peuvent alors s'investir par principe moral (36).

Enfin, les approches contemporaines suggèrent de rendre la démarche qualité participative, valorisante et formatrice, ce qui rejoint les besoins d'autodétermination. Néanmoins, vouloir activer tous ces leviers en même temps peut vite devenir contre-productif, surtout dans des établissements déjà en manque de personnel. Plusieurs auteurs alertent sur le risque de trop solliciter les équipes avec des démarches qualité multiples, parfois répétitives, qui finissent par perdre en clarté et en sens. Il semble donc plus judicieux de choisir les leviers les plus adaptés à chaque situation, en construisant les projets avec les équipes, et non à leur place. Car au fond, la qualité se construit ensemble, dans un climat de confiance et de reconnaissance.

Il est par exemple recommandé par la HAS d'impliquer les équipes dans l'auto-évaluation initiale sur la plateforme SYNAÉ, ce qui a pour effet de les faire réfléchir ensemble à leurs pratiques (12). Cet exercice, s'il est bien mené, peut renforcer la cohésion (besoin d'appartenance) et donner aux soignants l'impression d'apprendre et de s'améliorer (besoin de compétence). De plus, voir que plus de 10 000 auto-évaluations ont été saisies dès la première année du nouveau dispositif témoigne d'une certaine motivation intrinsèque des équipes à se comparer au référentiel et à progresser (12). Un

encadrement présent et impliqué, qui reconnaît les efforts fournis dans la démarche qualité, joue un rôle central dans la mobilisation des équipes, ce qui va créer un cercle vertueux d'engagement.

En conclusion, les leviers de l'engagement professionnel, qu'ils relèvent de la satisfaction des besoins fondamentaux, des facteurs de motivation au travail ou de l'attachement organisationnel, sont intimement liés à la réussite de la démarche qualité dans les établissements (37).

Parmi les nombreux leviers à mobiliser, la qualité de vie au travail occupe une place particulière. Elle reflète à la fois le quotidien des équipes, leur manière de fonctionner ensemble et le sens qu'elles donnent à leur métier. Prendre le temps d'en saisir les enjeux, c'est aussi mieux cerner ce qui peut soutenir l'engagement des professionnels dans une démarche qualité sur le long terme.

3. Qualité de Vie au Travail (QVT) : un levier d'engagement dans la démarche qualité en EHPAD

La Qualité de Vie au Travail (QVT) désigne l'ensemble des conditions dans lesquelles les salariés exercent leur activité professionnelle, incluant à la fois l'environnement physique, les relations sociales, l'organisation du travail, les possibilités de développement personnel et professionnel, ainsi que la reconnaissance du travail accompli (38)(39). Elle s'inscrit dans une logique d'amélioration continue visant à concilier bien-être des professionnels et performance des établissements.

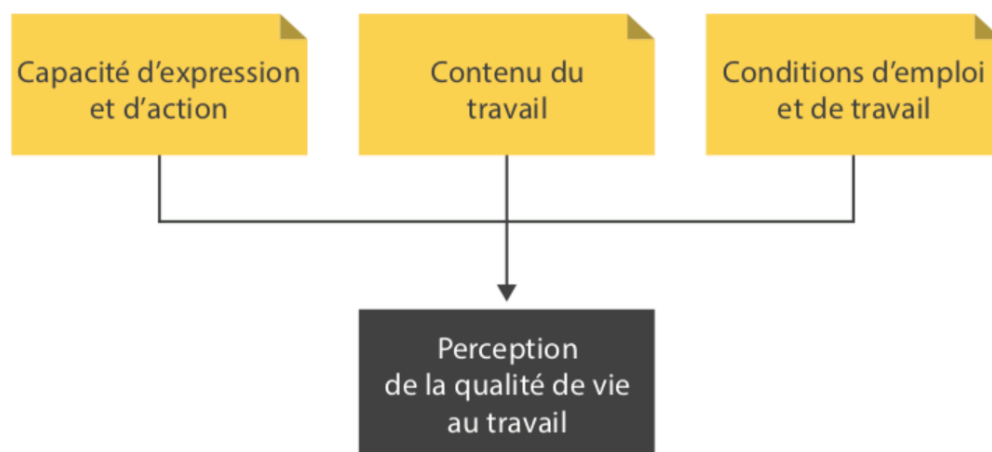


Figure 5 : Définition de la qualité de vie au travail selon l'ANACT

Dans la continuité des théories de l'engagement et des dynamiques motivationnelles présentées, la QVT apparaît comme un levier clé dans l'engagement durable des professionnels en EHPAD. Cette notion, initialement centrée sur la prévention des risques professionnels, a progressivement évolué vers une approche plus globale du bien-être au travail, incluant à la fois la sécurité, la reconnaissance, l'autonomie, l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle et la participation aux processus décisionnels (40).

L'Accord National Interprofessionnel (41) définit la QVT comme "*un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué*".

Or, les auteurs s'accordent à dire que (39)(44)(43) la QVT conditionne non seulement la santé mentale et physique des salariés, mais également la performance globale des établissements. Dans les EHPAD, où il y a une forte charge émotionnelle et physique, la QVT favorise l'engagement dans la qualité, surtout quand elle est construite avec les professionnels.

Selon les travaux de l'ANACT (42), les démarches les plus efficaces sont celles qui articulent qualité de vie au travail et qualité du service rendu. Cette approche considère que le bien-être des équipes et la performance vont de pair : l'engagement des professionnels devient à la fois un objectif et un levier. Ainsi, une meilleure QVT peut renforcer le sentiment d'utilité, favoriser l'appropriation des outils et limiter les effets d'usure professionnelle (39).

Parmi les approches théoriques qui permettent de mieux comprendre ce qui favorise l'engagement au travail, le modèle de Karasek (31) offre une vision intéressante, surtout dans des environnements exigeants comme les EHPAD. Connue sous le nom de "*Job Strain Model*", il met en lien trois éléments essentiels du quotidien professionnel :

- la demande psychologique (comme la charge de travail ou la complexité des tâches)

- le degré d'autonomie dont dispose le salarié pour organiser son travail
- le soutien social perçu de la part des collègues ou de la hiérarchie.

L'idée centrale de ce modèle, c'est que le travail peut être source d'engagement, même lorsqu'il est exigeant, à condition que le professionnel garde une certaine marge de manœuvre et puisse compter sur un soutien de confiance. À l'inverse, quand la pression est forte mais que l'autonomie est faible, cela crée une situation qui favorise le stress, l'usure professionnelle, voire le désengagement.

Ce modèle met donc en évidence l'importance d'un équilibre entre contraintes et ressources pour préserver la motivation et l'efficacité des équipes. Il permet aussi de mieux comprendre pourquoi certains professionnels tiennent bon et restent investis malgré les difficultés : parce qu'ils ne se sentent pas seuls, et qu'ils ont le sentiment d'avoir un vrai pouvoir d'agir dans leur quotidien.

En intégrant la QVT dans la démarche qualité, les EHPAD ne se contentent pas de répondre aux exigences réglementaires ou à la préparation de l'évaluation HAS : ils investissent dans la stabilité de leurs équipes, la prévention de l'absentéisme, et la création d'une véritable culture commune de la qualité. Il devient donc stratégique de croiser les politiques de QVT avec les dynamiques d'amélioration continue, en favorisant la participation des professionnels, la reconnaissance de leur expertise, et l'aménagement des conditions de travail au quotidien.

Si la QVT constitue un cadre global favorable à l'engagement, certaines structures vont plus loin en expérimentant des dispositifs concrets. Ces pratiques innovantes, sont souvent fondées sur la participation active et la reconnaissance du personnel, ce qui montrent qu'il est possible de traduire les intentions en actions durables.

4. Stratégies d'engagement validées par la recherche : l'exemple d'un modèle participatif intégré

Parmi les démarches concrètes favorisant l'engagement du personnel dans la qualité, certaines structures ont expérimenté des approches participatives articulant transversalité, reconnaissance et autonomie (45). C'est le cas de l'EHPAD Les 2 Clochers, dont la stratégie repose sur trois leviers complémentaires :

- Les groupes de co-développement, réunissant chaque mois des professionnels de métiers différents pour définir ensemble les priorités d'amélioration.
- La cartographie des compétences, permettant d'identifier les "experts qualité" internes, notamment parmi le personnel soignant.
- La rétroaction positive systématique, avec une valorisation explicite des contributions individuelles dans les comptes rendus et supports partagés.

Selon les données communiquées par l'établissement, 89 % des EHPAD ayant adopté ce modèle ont réussi à maintenir un plan d'action qualité actif sur une durée de 18 mois (45).

Cet exemple montre bien qu'une démarche qualité a plus de chances de durer lorsqu'elle est pensée avec les équipes, et non simplement imposée d'en haut. En impliquant les professionnels dans des espaces d'échange, en reconnaissant leur expertise du terrain, et en valorisant régulièrement leurs apports, on crée un climat propice à l'engagement. Ce type d'approche ne garantit pas tout, mais il permet de poser les bases d'une culture de la qualité plus vivante, plus partagée, et donc plus durable. Finalement, ce n'est pas la procédure qui engage, mais la manière dont on donne du sens au quotidien.

5. Comparaisons internationales

A. Regards internationaux sur la mobilisation des professionnels dans la qualité en EHPAD

L'implication des professionnels dans les démarches qualité ne repose pas uniquement sur les outils utilisés ou les procédures mises en place. Elle est aussi fortement influencée par la culture de travail, la reconnaissance accordée aux équipes, et la manière dont la qualité est pensée dans chaque pays.

Pour mieux comprendre ces différences, j'ai croisé plusieurs sources (rapports institutionnels, articles, retours d'expérience) afin de comparer quatre contextes : la France, le Québec, la Belgique et la Scandinavie (Suède et Danemark). Ce tableau met en lumière la diversité des approches en matière de management de la qualité et ce qu'elles induisent sur l'engagement des équipes :

Pays	Modèle de management de la qualité	Implication des professionnels
France	Référentiel HAS, auto-évaluation externe tous les 4 ans.	Variable selon les établissements . Mobilisation ponctuelle, souvent limitée au moment des évaluations (46)
Québec	Approche intégrée : qualité perçue comme levier de bien-être. Mise en place de comités de pratiques professionnelles	Forte implication, formation continue, reconnaissance du rôle du terrain
Belgique	Système d'évaluation basé sur les inspections des services publics de la région. Ils mettent l'accent sur la qualité relationnelle et la participation des équipes (49)	Modérée mais renforcée par l'approche centrée sur la personne
Suède & Danemark	Culture du "care" et co-construction. Il y a une forte autonomie des professionnels, la démarche qualité est inscrite dans la QVT (47) (48).	très forte, la qualité est intégrée au quotidien, sentiment d'appartenance élevé

Tableau 1 : Comparaison internationale des modèles de management de la qualité en EHPAD et de l'implication des professionnels

On observe clairement que plus les professionnels sont autonomes, écoutés, et impliqués dans la construction des démarches, plus ils s'investissent durablement. À l'inverse, lorsque la qualité est vécue comme une contrainte administrative, leur engagement s'essouffle rapidement.

Chapitre II: Enquête réalisée

A. Méthode

Cadre méthodologique de la recherche

Cette recherche repose sur une approche qualitative, particulièrement adaptée pour explorer en profondeur les perceptions, les pratiques et les représentations des professionnels de terrain : aides-soignants, infirmiers (IDE) et cadres de santé (IDEC) concernant leur engagement dans la démarche qualité en EHPAD, notamment à la suite de l'évaluation par la Haute Autorité de Santé (HAS). L'objectif est de mieux comprendre comment ces acteurs vivent les démarches qualité dans leur quotidien professionnel, quels leviers facilitent leur adhésion, mais aussi quels freins structurels, relationnels ou organisationnels peuvent la compromettre. Comme l'indiquent Paillé et Mucchielli (2012), une approche qualitative permet de saisir le réel tel qu'il est perçu et construit par les individus, en tenant compte du contexte institutionnel dans lequel ils évoluent.

Les entretiens semi-directifs ont été choisis comme outil de collecte de données. Cette méthode permet de maintenir un cadre structuré, tout en offrant aux participants une liberté d'expression. Grâce à des questions ouvertes, les personnes interrogées ont pu partager leurs expériences, exprimer leurs ressentis, et expliquer les stratégies qu'ils mobilisent (ou non) pour favoriser l'engagement dans la démarche qualité.

L'approche qualitative se justifie pleinement dans le contexte spécifique des EHPAD, où les réalités vécues varient selon la taille de la structure, la composition des équipes, la culture interne et les moyens disponibles. Il ne s'agit pas ici de produire des résultats généralisables sous forme statistique, mais de rendre compte de logiques d'action et de représentations telles qu'elles sont formulées par les professionnels eux-mêmes.

Consciente des risques de biais liés à la position de l'enquêtrice, j'ai veillé à adopter une posture neutre, favorisant un climat de confiance et garantissant l'anonymat des échanges. L'analyse des données a été menée selon une démarche thématique, afin de dégager les récurrences, les écarts et les spécificités.

Techniques et instruments de collecte de données

Les entretiens ont été réalisés auprès de professionnels occupant trois fonctions principales en EHPAD : aides-soignants, infirmiers diplômés d'État (IDE) et cadres de santé (IDEC). Ce choix permet de croiser les regards entre personnels de terrain et responsables intermédiaires, tous directement impliqués dans la mise en œuvre de la qualité. Les entretiens durent en moyenne 45 minutes.

Les thématiques abordées portaient notamment sur :

- leur perception générale de la démarche qualité ;
- les moyens mis en place pour mobiliser les équipes ;
- les freins rencontrés dans l'application concrète des recommandations ;
- les leviers identifiés pour renforcer l'adhésion ;
- les évolutions observées ou espérées après l'évaluation de la HAS

Chaque entretien a été enregistré (avec accord préalable) puis retranscrit. L'analyse a été menée manuellement à l'aide d'un tableau thématique permettant de classer les verbatims. (Annexe 1)

Les entretiens ont été réalisés auprès de dix professionnels exerçant dans différents types d'EHPAD (publics, privés ou associatifs). L'échantillon comprend six aides-soignants, deux infirmiers diplômés d'État et deux cadres de santé. Ce panel a été construit de manière raisonnée pour permettre une diversité de points de vue.

Les participants ont été recrutés sur la base du volontariat, en fonction de leur disponibilité et de leur implication dans la démarche qualité. Ce plan d'échantillonnage m'a semblé le plus adapté pour recueillir des témoignages contrastés et représentatifs.

En parallèle, j'ai également pris en compte l'ancienneté des personnes interrogées. Je formulais l'hypothèse exploratoire que l'ancienneté des professionnels pouvait influencer leur engagement, dans un sens bloquant (en raison d'habitudes bien ancrées, parfois difficiles à remettre en question). Même si cette hypothèse ne constituait pas le cœur de la recherche, elle a nourri certaines réflexions dans l'analyse.

Cadre éthique et respect de la confidentialité

Conformément aux principes du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), l'ensemble des données a été recueilli dans le respect de la confidentialité et des droits des participants. Chaque professionnel interrogé a donné son consentement éclairé, après avoir été informé des objectifs de l'étude, de la manière dont les données seraient utilisées, et de son droit de se retirer à tout moment sans conséquence.

Les enregistrements ont été anonymisés dès la transcription, en supprimant toute information permettant d'identifier les personnes ou les établissements. Les fichiers se limitent strictement à ce mémoire, sans diffusion extérieure ni exploitation commerciale.

Limites méthodologiques

Comme toute recherche qualitative, ce travail présente certaines limites qu'il est important de souligner. Le nombre restreint de participants, tout comme la diversité des contextes dans lesquels ils évoluent, ne permettent pas de tirer des conclusions généralisables. Chaque EHPAD possède ses propres spécificités : taille, statut juridique (public, privé, associatif), ressources disponibles, culture interne, etc. Ces éléments influencent les discours recueillis.

En outre, le fait d'appartenir au secteur médico-social a certainement facilité la relation avec les participants, mais peut aussi introduire un biais de proximité. Certains professionnels ont pu être tentés de présenter leurs pratiques sous un angle valorisant. Pour limiter cet effet, j'ai veillé à instaurer un climat de confiance, en rappelant systématiquement l'anonymat des échanges et en adoptant une posture d'écoute neutre et bienveillante.

Par ailleurs, certaines variables ont été intégrées de manière exploratoire, comme l'ancienneté des répondants. L'idée sous-jacente était d'examiner si la durée d'expérience pouvait influencer le degré d'engagement dans la démarche qualité, notamment face aux évolutions récentes des référentiels. Cette hypothèse, qui ne constituait pas le cœur de l'enquête, sera abordée dans la partie consacrée à l'analyse des résultats (Annexe 2)

Le chapitre suivant présente une analyse transversale des entretiens menés auprès des professionnels. Afin de structurer l'interprétation des résultats, les données recueillies ont

été organisées autour des vingt questions du guide d'entretien, conçu pour interroger à la fois la compréhension de la démarche qualité, les effets perçus de l'évaluation HAS, les freins rencontrés, et les leviers identifiés par les soignants et les cadres. (Le guide en Annexe 3)

Cette structuration permet de suivre un fil conducteur tout en donnant la parole aux professionnels à travers des verbatims représentatifs.

Chapitre III – Analyse des résultats : perceptions et implications professionnelles autour de la démarche qualité en EHPAD

Compréhension de la “démarche qualité” par les professionnels

Il y a une diversité de représentations de la démarche qualité au sein des équipes. Pour certains professionnels, notamment les cadres, elle s’inscrit dans une dynamique d’amélioration continue. L’un d’eux évoque ainsi “notre manière d’améliorer continuellement nos pratiques pour offrir le meilleur aux résidents”.

À l’inverse, chez d’autres, notamment parmi les soignants, la qualité renvoie d’abord à des aspects formels et contraignants. Une aide-soignante souligne : “c’est surtout des papiers, des réunions, des contrôles”, exprimant un ressenti de surcharge et une difficulté à voir un impact concret sur les conditions de travail ou la qualité de vie des résidents.

Ces deux positions illustrent un écart de perception significatif : là où certains voient dans la qualité un levier d’amélioration au service du soin, d’autres y perçoivent une injonction administrative, peu adaptée au quotidien.

Comment ressentez-vous le passage ou l’évaluation faite par la HAS dans votre établissement ?

Le passage de la HAS suscite des réactions contrastées, mais le stress est un ressenti largement partagé. Pour certains professionnels, cette évaluation représente un moment de forte pression, où l’on doit “être au carré” et tout anticiper. Plusieurs soignants évoquent une préparation intense, qui mobilise l’équipe mais semble parfois déconnectée du quotidien. Une infirmière confie “qu’une fois qu’ils sont partis, la routine reprend son cours”. Ce type de ressenti traduit une forme de démotivation, où l’évaluation est perçue comme une simple formalité sans réel impact.

À l'inverse, d'autres témoignages, plus nuancés, soulignent que malgré le stress, ce moment permet de "prendre du recul" et d'identifier des axes d'amélioration. Une cadre note que "l'évaluation a mis en lumière nos points faibles".

Ces écarts de perception montrent que si l'évaluation HAS peut être vécue comme un levier de progression, elle est aussi, pour beaucoup, une charge supplémentaire. Le vécu dépend souvent du niveau de responsabilité et du degré d'implication dans la démarche.

Depuis le passage de la HAS, avez-vous remarqué des changements dans votre travail ?

Les professionnels interrogés confirment majoritairement que des changements ont suivi l'évaluation de la HAS, mais leurs perceptions de ces évolutions varient fortement selon leur rôle et leur expérience quotidienne.

Du côté des soignants de terrain, le discours met en avant une multiplication des protocoles et documents à remplir. Plusieurs évoquent l'apparition "d'affiches un peu partout", de "choses à remplir", mais pointent immédiatement les difficultés à appliquer tout cela dans un contexte déjà tendu. Comme le résume une aide-soignante : "on est déjà débordés". Le sentiment dominant est celui d'une charge de travail qui s'alourdit, sans moyens supplémentaires pour la soutenir.

À l'inverse, certains cadres et aides-soignants notent des effets positifs, en particulier sur des aspects comme "l'hygiène" ou "la traçabilité". Ils soulignent que même si cela a demandé "un effort au début", "l'équipe a fini par s'y habituer", et que cela a permis d'améliorer l'organisation.

Ainsi, les mêmes changements sont perçus soit comme une contrainte supplémentaire, soit comme une opportunité d'amélioration. Tout dépend du niveau d'implication et surtout de la possibilité concrète de les intégrer dans leur quotidien qui est déjà très chargé. Cette divergence illustre l'enjeu de cohérence entre les objectifs qualité et la réalité opérationnelle du terrain.

Comment ces changements apparaissent-ils dans votre quotidien ? Pouvez-vous donner un exemple ?

Quand on interroge les professionnels sur les effets concrets des changements liés à la qualité, les réponses traduisent une réalité en demi-teinte. Certains gestes ont bel et bien été intégrés au quotidien, mais leur application reste très dépendante du temps disponible et du contexte de travail.

Du côté des pratiques, une infirmière évoque par exemple le fait que la désinfection des mains avant chaque soin est un réflexe. Ce type de retour montre que, lorsqu'une nouvelle habitude est accompagnée dans la durée, elle peut s'installer durablement. Même si "au début ça demande un effort".

À l'inverse, d'autres professionnels se montrent plus fatalistes. Une aide-soignante explique que malgré les consignes ou les transmissions, "on fait comme on peut". Parfois, ces pratiques sont oubliées, non pas par négligence, mais parce qu'il faut faire face à une pression constante. "Le sous-effectif et le rythme des journées rendent difficile l'application des nouvelles règles".

Ce contraste met en lumière un point crucial : entre la volonté d'appliquer les changements et la capacité réelle à les mettre en œuvre, il y a souvent un écart.

Qu'est-ce qui vous paraît bien fonctionner dans ce qui a été mis en place ? Qu'est-ce qui vous paraît plus difficile ou moins adapté ?

Ce qui semble bien fonctionner, c'est ce qui est visible, concret, et directement utile au soin. "les protocoles qu'on applique c'est quand on voit tout de suite l'intérêt pour la sécurité des résidents". Lorsqu'une procédure est simple et concrète, elle est plus facilement adoptée. Une aide-soignante souligne : "ce qui marche, c'est quand c'est simple et qu'on comprend pourquoi on le fait".

À l'inverse, ce qui fonctionne moins bien, ce sont les outils trop complexes. Certains professionnels évoquent des documents "trop longs", "avec trop d'étapes", ou encore "trop

théoriques”. Plusieurs confient qu’ils appliquent ces démarches “parce qu’il faut” ou “parce que c’est une obligation”.

Est-ce qu’il y a des vérifications ou un suivi régulier de ce qui a été demandé ?
Comment cela se passe-t-il selon vous ?

Les retours à cette question montrent que le suivi des actions qualité est perçu de manière très variable selon les services et les équipes. Certains professionnels expliquent que des vérifications existent, mais de façon ponctuelle. “L’IDEC vient jeter un œil de temps en temps, mais c’est pas toujours régulier”, confie une aide-soignante. D’autres évoquent des temps d’échange plus structurés. “On fait des points avec notre cadre, ça permet de savoir où on en est”.

Dans certains établissements, un suivi hebdomadaire est bien identifié, avec des cadres qui “passent vérifier”, ou qui “regardent les cahiers”. Ce suivi est, pour une partie des soignants, perçu comme un appui : “Ça nous aide à rester vigilants, à ne pas relâcher”.

Mais pour d’autres, ces vérifications sont avant tout vécues comme un contrôle, parfois déconnecté du terrain. “ils vérifient, mais ils n’aident pas vraiment”, dit une aide-soignante, qui aurait préféré un accompagnement plus actif. Plusieurs expriment également une forme de découragement lorsque les efforts ne sont ni suivis ni partagés par tous : “Quand tout le monde ne le fait pas, tu te demandes pourquoi toi tu continues”, confie une autre.

Ce décalage dans les pratiques crée parfois un sentiment de flou. Finalement, ce qui fait la différence c’est la manière dont c’est fait. Lorsqu’il y a un vrai dialogue avec de l’écoute et du sens, cela est mieux accepté. Sinon, cela reste vécu comme un rappel descendant, ce qui peut renforcer la distance hiérarchique.

Avez-vous déjà déclaré un événement indésirable ? Si oui, comment cela s’est-il passé ?

La déclaration d’événements indésirables est bien ancrée dans les pratiques. Tous connaissent la procédure : remplir un “papier” ou “utiliser un logiciel”, et “prévenir un cadre

ou une infirmière”. Une aide-soignante évoque une situation classique : “j’ai signalé une chute”.

Cependant, ce qui distingue les réponses, c’est l’après. Dans la plupart des cas, la démarche s’arrête là. Mais une aide soignante évoque que c’est discuté en équipe, ce qui montre une approche plus participative. Cette étape de retour collectif reste rare, mais elle est perçue comme très utile, comme le souligne une aide soignante: “elle permet de comprendre et de ne pas répéter l’erreur”.

Autrement dit, déclarer est devenu une habitude, mais le retour d’expérience ne l’est pas encore, et cela dépend fortement de la dynamique d’équipe ou de l’impulsion de la direction.

Lorsque vous ou vos collègues déclarez des événements, recevez-vous un retour ou une information sur ce qui a été fait ensuite ?

Les réponses à cette question montrent une insatisfaction quasi générale. Le retour d’information après une déclaration d’incident est perçu comme rare, voire inexistant. Une infirmière indique que “sauf quand c’est vraiment grave”, il n’y a pas de retour, et une aide-soignante confie simplement : “on ne sait pas trop ce qu’il se passe après”.

Cette absence de feedback crée une frustration et un sentiment d’inutilité : si personne ne communique sur les suites données à un signalement, il devient difficile pour les professionnels de s’impliquer dans la démarche. Beaucoup disent que cela les démotive à déclarer, car “ça ne sert à rien” si rien n’est partagé ensuite.

Est-ce que vous avez déjà participé à un retour d’expérience collectif après un événement déclaré ? Si oui, comment avez-vous vécu cela ? Si non, aimeriez-vous y participer ?

La majorité des soignants interrogés n’ont jamais participé à un retour d’expérience (REX). Ce type de réunion semble peu répandu. Une aide-soignante explique : “on n’a pas le temps pour des réunions en plus”, bien qu’elle juge utile de “savoir ce qui a changé après”.

Un seul témoignage évoque une expérience positive. Une infirmière raconte avoir discuté en équipe après une erreur : “au début, j’étais stressé car c’est moi qui a fait l’erreur mais on a trouvé des solutions en transmission”. Ce retour collectif a été vécu comme constructif et rassurant.

Cette question révèle donc un besoin fort mais peu satisfait : pouvoir prendre du recul, comprendre les erreurs ensemble, et ne pas rester seul avec le sentiment d’avoir mal fait. Le retour d’expérience collectif apparaît comme un levier de progression et de cohésion.

Dans votre travail, vous sentez-vous impliqué(e) dans la démarche qualité ? Pourquoi ?

L’implication dans la démarche qualité varie énormément d’un professionnel à l’autre. Certains, comme une infirmière, déclarent “participer aux réunions et proposer des idées”.

À l’inverse, beaucoup disent ne pas se sentir concernés. “C’est une contrainte honnêtement”, déplore une aide-soignante, “mais on ne nous demande pas notre avis ce que je peux comprendre comme c’est une obligation”. Ce déséquilibre contribue au désengagement : on exécute sans adhérer.

L’implication repose sur deux éléments clés : la possibilité de participer et le sentiment que cette participation est prise en compte.

Pouvez-vous me raconter un moment où vous vous êtes senti(e) particulièrement concerné(e), ou au contraire mis(e) de côté ?

Cette question met en lumière un facteur souvent sous-estimé dans la mise en œuvre de la qualité : le sentiment de reconnaissance ou d’exclusion.

Certains professionnels évoquent des moments valorisants, comme cette infirmière à qui l’on a proposé de devenir référente qualité de l’équipe soignante : une démarche qui l’a fait se sentir “impliquée” et dont elle dit avoir retiré un vrai “sentiment de reconnaissance”.

À l’opposé, d’autres décrivent des situations où ils ont été “mis de côté”, comme lorsqu’un protocole change sans que les équipes soient informées. Une aide-soignante dit avoir “découvert les modifications de la procédure sur le tas”.

Ces témoignages soulignent une idée forte : ce n'est pas seulement le contenu de la démarche qui compte, mais la manière dont elle est conduite avec les équipes. Être consulté, informé, et reconnu c'est important.

Selon vous, comment vos collègues vivent-ils ces démarches et ces changements ?

Les réponses montrent une forme de lucidité collective sur l'état d'esprit général dans les équipes. Pour beaucoup, le vécu est mitigé. Une aide-soignante observe qu'il y a "des collègues très investis", mais aussi d'autres "éprouvés" ou "réticents". Une infirmière dit : "on fait ce qu'on peut, mais on est fatigués".

Ce qui se dégage, c'est une forme de résignation partagée. Même ceux qui sont motivés reconnaissent que l'adhésion n'est pas toujours là. La fatigue et la charge mentale expliquent ce désengagement progressif.

Cette question met en évidence un enjeu central : pour que l'équipe s'engage, il faut non seulement donner du sens aux actions, mais aussi tenir compte de l'usure du terrain.

D'après vous, qu'est-ce qui rend parfois difficile l'application des consignes ou des améliorations demandées dans le cadre de la démarche qualité ?

Ici, deux grands freins ressortent très clairement. Le premier est organisationnel : "le manque de temps", "le manque de personnel", "on court partout"... Ces expressions reviennent systématiquement.

Le second est humain : certaines habitudes sont ancrées depuis longtemps, et le changement est difficile à accepter. Une infirmière fait remarquer : "c'est plus compliqué pour moi", une aide soignante "On a toujours fait comme ça, depuis des années et ça marche donc tout changer je ne vois pas l'intérêt", ou encore "Honnêtement, parfois on ne voit pas ce que ça apporte en plus, on perd du temps".

Autrement dit, même quand les soignants sont de bonne volonté, ils se heurtent à deux freins majeurs : le contexte matériel contraint, et le manque de sens perçu.

À l'inverse, qu'est-ce qui pourrait vous aider, vous et vos collègues, à mieux appliquer les consignes qualité ?

Les pistes évoquées par les professionnels sont très concrètes et cohérentes avec les freins précédemment identifiés. Le manque de temps et d'effectifs est le premier point cité : "plus de temps", "plus de monde", revient dans plusieurs réponses.

Mais au-delà de ça, les soignants réclament de la clarté et de l'accompagnement. Une aide-soignante souligne qu'il faut "expliquer clairement les choses", une autre parle "d'exemples concrets". Une infirmière insiste sur l'intérêt d'être "impliqué en amont".

Ce besoin de pédagogie et de proximité traduit une attente forte : ne pas être laissés seuls face aux changements, mais accompagnés pas à pas.

Comment percevez-vous la façon dont on vous informe ou dont on communique sur les sujets liés à la qualité ?

Les professionnels interrogés reconnaissent que l'information circule, mais pas toujours de manière efficace. Ce qui revient le plus, c'est qu'il y a "des réunions", "des notes de service", "des affiches"...mais comme le résume une infirmière : "beaucoup d'infos passent à la trappe". Le temps pour lire ou suivre n'est pas toujours là.

Une aide-soignante propose une alternative : "ce serait mieux d'avoir toutes les nouvelles infos en transmission mais on n'a pas le temps de tout voir". Ce retour suggère un besoin de communication.

En résumé, le fond est là (les informations sont transmises), mais le canal et le format ne sont pas toujours adaptés.

Avez-vous un moyen pour partager vos idées ou vos problèmes ? Comment cela se passe-t-il ?

Des espaces de parole existent : cahiers de suggestions, réunions d'équipe. Une aide soignante parle d'un "espace de parole".

Ce qui revient le plus souvent, c'est la difficulté à faire remonter les idées, ou l'impression qu'elles "ne changent pas grand-chose". Une aide-soignante résume ce sentiment en disant : "L'IDEC recueille les idées en transmission, ou il y a une boîte à idées pour le personnel et les résidents, mais ça ne bouge pas vraiment".

Ce qui est attendu, ce n'est pas juste un espace pour s'exprimer, mais un retour.

Avez-vous le sentiment que votre implication ou vos efforts dans la démarche qualité sont reconnus ? Que pourrait-on faire pour améliorer cela ?

La question de la reconnaissance revient très fortement dans les entretiens. Le constat général, c'est que les efforts sont peu visibles. Une infirmière nuance en disant que "l'IDEC nous remercie", mais ajoute que "c'est surtout ce qui ne va pas qui revient le plus".

Plusieurs professionnels disent qu'on leur fait souvent remarquer ce qui ne va pas. Ce manque de reconnaissance au quotidien crée un déséquilibre dans les retours, souvent perçu comme décourageant.

Pour améliorer cela, les soignants demandent plus de reconnaissance quotidienne. Un simple "merci", ou une mise en avant d'une réussite peuvent avoir un effet important sur la motivation.

Qu'est-ce qui vous serait utile (formations, outils, soutien...) pour mieux suivre les demandes liées à la qualité ?

Les professionnels interrogés réclament avant tout du concret. Les formations théoriques sont souvent mal vécues. "Pas des formations où on reste assis à écouter", insiste une aide-soignante, qui demande plutôt des formats pratiques, "directement liés à notre travail".

Au-delà de la formation, il est aussi question de temps dédié. Une infirmière évoque l'importance d'avoir "du temps dans le planning pour échanger tous ensemble".

Cette question révèle des attentes : des formations pratiques, des outils faciles à utiliser, et du temps.

Que pourrait-on améliorer concrètement pour que les changements liés à la qualité durent dans le temps ?

Les professionnels interrogés partagent plusieurs idées concrètes. Ce qui revient en premier, c'est "le besoin de comprendre pourquoi on fait les choses". Comme le dit une soignante : " Pour que ça dure je pense qu'il faut recommencer à 0, se poser la question de pourquoi on le fait, pour qui, à quoi ça sert". Le manque de sens peut vite entraîner un désengagement.

Le deuxième point qui ressort, c'est la complexité de certains outils. Plusieurs professionnels disent qu'ils ne sont pas toujours adaptés à leur quotidien, voire décourageants. Autre difficulté souvent mentionnée : le manque de suivi après la mise en place. Beaucoup ont le sentiment que certaines actions sont lancées, puis rapidement oubliées : "Souvent, on commence quelque chose, et au bout de deux semaines, plus personne n'en parle." Pour que cela dure, plusieurs proposent de faire des points réguliers, même courts, pour garder le fil : "Si on faisait un petit point tous les mois ou même tous les deux mois, ça permettrait de garder le cap."

Enfin, la question de la reconnaissance revient très souvent. Beaucoup disent qu'on leur fait remarquer ce qui ne va pas, mais rarement ce qui fonctionne : "On entend souvent parler de ce qui ne va pas, mais rarement quand ça marche."

Plus largement, les professionnels aimeraient être davantage associés aux changements, et pas seulement mis devant le fait accompli. "Ce serait bien qu'on soit vraiment associés aux changements, pas juste informés."

Ces propos montrent que pour que la qualité devienne une habitude partagée, et pas seulement une obligation passagère, il faut avant tout du sens.

Avez-vous des suggestions pour mieux s'engager dans la démarche qualité ?

Les réponses à cette question font ressortir deux éléments clés : donner du sens à ce qu'on fait, et reconnaître les efforts du quotidien.

Une infirmière propose par exemple "d'impliquer les équipes dans des ateliers, de faire des jeux comme pour préparer l'évaluation mais régulièrement". Pour elle, rendre la démarche plus collective c'est la base. Une aide-soignante va dans le même sens : "ne pas ajouter plus de tâches".

Ce qui ressort, c'est un besoin de motivation. C'est-à-dire valoriser ce qui est fait, donner des retours positifs et associer les équipes dès le début dans la démarche qualité, ce sont des choses simples qui changent tout.

Certains proposent aussi de créer des temps d'échange plus réguliers : "Un petit temps une fois par mois où on échange".

Enfin, plusieurs rappellent l'importance de rester proche du terrain. Une infirmière le dit clairement : " Il faut arrêter de rajouter des documents qui ne servent pas."

Tendances générales émergentes

De l'ensemble des entretiens, il ressort un sentiment globalement réservé vis-à-vis de la démarche qualité en EHPAD, avec de la bonne volonté mais freiné par la réalité du terrain. La majorité des soignants reconnaissent le principe de vouloir améliorer la qualité, mais le vivent surtout comme une couche supplémentaire de travail (procédures, contrôles, documentation) dans un contexte où ils se sentent déjà surchargés. Néanmoins, on note aussi une volonté de bien faire : tous disent essayer de "faire de leur mieux" quand c'est possible.

Pour conclure, la démarche qualité n'est pas perçue de la même manière par tous : On constate également un manque de retour d'information : les professionnels reçoivent peu de retours après les évaluations ou les signalements d'événement indésirables, ce qui peut nourrir un certain désengagement. De façon plus large, le manque de moyens revient

constamment dans les échanges. Qu'il s'agisse du temps ou du manque de personnel il est difficile de maintenir les bonnes pratiques dans la durée. Même avec de la volonté.

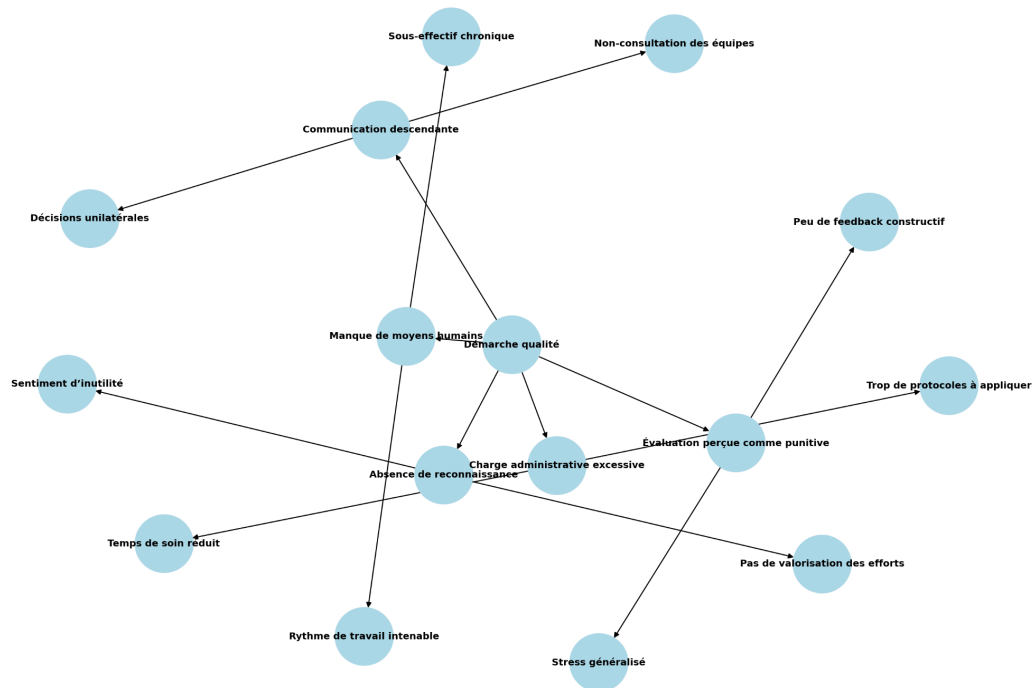


Figure 6 : Carte des effets ressentis lorsque la qualité est vécue comme contrainte

Pour conclure cette analyse, la carte mentale suivante offre une vision d'ensemble des tensions que peuvent ressentir les professionnels lorsque la démarche qualité est vécue non pas comme un soutien, mais comme une contrainte supplémentaire. Elle a été construite à partir des paroles recueillies lors des entretiens, en essayant de rendre visibles les liens entre les différents facteurs évoqués sur le terrain.

Chapitre IV Analyse croisée des résultats

A. Mise en perspective avec la revue de littérature

Les constats issus du terrain confirment largement les éléments théoriques identifiés dans la revue de littérature.

- Tout d'abord, les freins mis en lumière par Le Brun (surcharge cognitive, inadéquation des outils, dissonances hiérarchiques) sont omniprésents dans les témoignages. Ils se traduisent par une fatigue chronique, des attentes mal connues ou mal comprises et un vécu de la qualité comme une obligation imposée, plutôt qu'un projet partagé.
- Les grands modèles de l'engagement organisationnel sont également pertinents pour analyser les résultats :
 - L'engagement affectif, c'est lorsque les professionnels se sentent en phase avec les valeurs et le sens de leur travail que l'engagement est le plus fort. Cela se construit quand ils sont vraiment impliqués, soutenus dans leurs actions et reconnus pour ce qu'ils apportent.
 - À l'inverse, l'engagement normatif (on participe "par devoir") ou de continuité (on reste car on n'a pas le choix) tient moins bien dans la durée et a du mal à entraîner une vraie dynamique de changement.
- Du côté de la motivation intrinsèque, la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan) aide vraiment à comprendre ce qui se joue : quand les professionnels ne se sentent ni compétents, ni libres d'agir, ni pleinement intégrés à l'équipe, leur engagement s'affaiblit peu à peu.

Par ailleurs, les données montrent que l'implication ne doit pas reposer exclusivement sur les cadres ou les responsables qualité. Des aides-soignants peuvent devenir des moteurs de changement, à condition d'être reconnus et accompagnés. L'engagement ne dépend donc ni du statut ni de la fonction, mais bien du cadre relationnel et du climat de confiance

instauré au sein des équipes. Cela rejoint les travaux de Clot (2008) sur la coopération au travail.

B. Un engagement freiné par les réalités de terrain

Les professionnels interrogés ne rejettent pas la démarche qualité dans son principe. Bien au contraire, l'objectif d'amélioration continue est largement reconnu et partagé. Toutefois, leur engagement dans la durée semble compromis par des obstacles liés aux réalités du terrain. Le manque d'investissement observé ne relève donc pas d'un refus, mais plutôt d'un engagement empêché, fragilisé par un quotidien professionnel déjà contraint.

Le frein le plus fréquemment cité est celui du temps et des effectifs. L'expression "on court partout" revient dans plusieurs témoignages. Même lorsque les consignes sont jugées pertinentes, l'impossibilité de les appliquer pleinement faute de moyens crée une frustration. Ces éléments confirment les apports des modèles de Maslow et Herzberg : tant que les besoins fondamentaux (conditions matérielles, sécurité, reconnaissance de base) ne sont pas satisfaits, les besoins d'accomplissement ou de valorisation professionnelle sont difficilement atteignables.

L'analyse révèle également un lien direct entre engagement et reconnaissance. Les professionnels qui se sentent valorisés développent un sentiment d'appartenance et d'utilité. Ce phénomène illustre l'engagement affectif tel que défini par Meyer et Allen, basé sur une identification positive à l'organisation et à ses valeurs. À l'inverse, lorsque des décisions sont prises sans consultation, c'est le lien de confiance qui se détériore. Ce manque de reconnaissance fragilise l'engagement et alimente un sentiment d'exclusion.

L'absence de retour suite aux signalements ou efforts fournis, notamment dans la déclaration d'événements indésirables. De nombreux professionnels rapportent "ne pas savoir ce qu'il se passe ensuite", ce qui renforce une impression d'inutilité. Cette absence de feedback nuit à la motivation et rejoint les apports de la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan), qui insiste sur l'importance du sentiment de compétence, d'autonomie et d'utilité sociale pour soutenir l'engagement durable.

Pourtant, certains éléments apparaissent comme des leviers puissants de mobilisation. Certains changements, quand ils sont simples, concrets et accompagnés dans le temps, finissent par s'installer. C'est le cas par exemple de l'hygiène des mains ou les

transmissions sur Netsoins devenues un automatisme dans toutes les équipes. Ce type de retour montre que les professionnels ne sont pas réfractaires à la qualité, mais qu'ils ont besoin de sens, de soutien et de cohérence. Le problème ne vient pas d'un manque de bonne volonté, mais de la manière dont la démarche est pensée et portée.

Cela montre que l'adhésion ne dépend pas d'une prédisposition individuelle, mais bien de la manière dont les pratiques sont accompagnées, valorisées, et rendues compatibles avec les contraintes du terrain.

C. Implications théoriques et pratiques : vers une culture de la qualité incarnée

Ces résultats plaident en faveur d'une transformation en profondeur de la manière dont est pensée et mise en œuvre la qualité en EHPAD.

Sur le plan théorique :

Ils rappellent que l'engagement ne se décrète pas. Il ne peut être réduit à une simple application de référentiels. Il s'agit d'un processus complexe et relationnel qui se construit dans la durée et qui dépend fortement du style de management, du climat d'équipe et des marges de manœuvre laissées aux professionnels. En ce sens, la qualité ne peut être qu'un enjeu technique → elle est avant tout une dynamique collective.

Sur le plan pratique :

L'analyse met en évidence la nécessité de sortir d'une logique purement procédurale pour aller vers une qualité incarnée par les équipes elles-mêmes. Cela suppose plusieurs évolutions :

- Intégrer la qualité dans le temps de travail : elle ne peut plus être vécue comme un ajout, elle doit faire partie intégrante de l'organisation quotidienne.
- Former de manière active, avec des formats courts, pratiques et liés aux réalités du terrain.
- Créer des espaces de dialogue réguliers, où l'on peut partager des idées, évoquer les difficultés, et valoriser les réussites.
- Encourager les initiatives locales, portées par des professionnels de terrain.

- Redonner du sens à la démarche qualité en expliquant le pourquoi des actions, en valorisant les efforts fournis, et en donnant un retour systématique sur les contributions des professionnels.

En conclusion, ce n'est pas l'adhésion qui manque, mais les conditions pour la faire vivre. C'est en transformant les modes d'accompagnement, de reconnaissance et de dialogue que l'on pourra faire de la qualité non plus un fardeau, mais un levier de sens et de cohésion pour les équipes.

Chapitre V : Propositions d'amélioration : des leviers concrets pour renforcer l'engagement et assurer un suivi de qualité

Les résultats de l'enquête qualitative présentés au chapitre précédent ont mis en évidence plusieurs freins à l'implication du personnel dans la démarche qualité en EHPAD. Parmi ces obstacles figurent :

- Des freins structurels (surcharge de travail, glissement de tâches, manque de temps dédié).
- Un manque de reconnaissance ressenti par les soignants.
- L'absence de retour d'information suite à leurs initiatives.
- Une certaine démotivation liée à la répétition de formations peu attractives.

Fort de ce constat, je propose des solutions concrètes et réalistes pour lever ces obstacles et renforcer l'engagement des professionnels dans l'amélioration continue de la qualité en EHPAD. Ces propositions s'articulent autour de quatre axes complémentaires : pédagogie, organisation, reconnaissance et participation. Chaque axe correspond à un ensemble de mesures pouvant être mises en œuvre en pratique, illustrées par des cas concrets d'établissements ou de projets innovants dans le secteur médico-social.

A. Approches pédagogiques ludiques et innovantes

Un levier pédagogique essentiel pour renforcer l'implication des professionnels consiste à repenser les formats de formation, souvent perçus comme peu engageants ou monotones, en y intégrant des dimensions plus ludiques, participatives et concrètes. L'usage de serious games ou d'escape games adaptés au secteur médico-social permet de sensibiliser les équipes à des enjeux complexes (gestion des risques, hygiène, bientraitance) de manière plus dynamique et interactive.

Des initiatives telles que "*JASPER*", développé par le CPIAS Normandie sur la gestion des infections en EHPAD, ou "*Enquêt'EIGS*", conçu par la Fondation Léopold Bellan pour simuler l'analyse d'un événement indésirable, illustrent cette approche (CPIAS Normandie, 2023 ; Fondation Léopold Bellan, 2023).

Ces outils favorisent :

- L'apprentissage actif
- La coopération interprofessionnelle
- L'appropriation des bonnes pratiques en situation simulée.

Ils ont notamment été utilisés lors de la semaine de la sécurité des patients, avec un bon retour des équipes sur leur aspect concret et fédérateur (Ministère de la Santé, 2023).

De même, certains EHPAD expérimentent des escape games autour de la bientraitance, comme celui mis en place à Lou Castellas, qui a mobilisé les équipes autour d'un scénario collectif mêlant réflexion, cohésion et pédagogie (Mutualité Française Grand Sud, 2022). Ces formats créent un espace de dialogue moins formel que les formations classiques, favorisant ainsi une meilleure appropriation des enjeux qualité.

En complément, des formats plus simples comme des quiz interactifs, des jeux de rôle, et des briefings participatifs. L'objectif n'est pas de "jouer" pour distraire, mais bien de former autrement : de transmettre du sens, dans un format accessible, vivant, et compatible avec le rythme du travail en EHPAD.

B. Leviers organisationnels pour soutenir la démarche qualité

Des ajustements organisationnels sont indispensables pour lever les barrières structurelles à l'engagement du personnel. Les professionnels en EHPAD font face à une forte charge de travail et à des contraintes d'horaires spécifiques liées au rythme de vie des résidents. Les directions d'EHPAD ont donc un rôle clé pour créer un environnement organisationnel qui soutienne la démarche qualité au lieu de la freiner. Voici quelques leviers concrets à activer :

- Aménagement du temps de travail et effectifs adaptés : Il convient d'abord de s'attaquer à la question du temps disponible. Dédier des plages horaires spécifiques aux activités qualité (réunions d'amélioration, ateliers de retour d'expérience, formations courtes) dans le planning des équipes est une piste à envisager. Par exemple, certaines structures ont institué une réunion d'équipe qualité mensuelle, afin que chacun puisse échanger sur les problèmes rencontrés et proposer des idées d'amélioration.

- Clarification des rôles et soutien aux équipes : Les enquêtes montrent que le glissement de tâches pèse sur le personnel en EHPAD. Pour éviter que le travail perde peu à peu son sens et se disperse dans trop de petites tâches, il est recommandé de redéfinir clairement les fiches de poste et de pourvoir les postes de soutien nécessaires (agents de service logistique (ASL), personnel pour le linge etc.) afin que chacun puisse se concentrer sur son cœur de métier. Certaines fonctions support peuvent être mutualisées entre plusieurs établissements pour en garantir la présence (ex: partager un psychologue du travail ou un ergothérapeute référent entre deux EHPAD voisins).

En parallèle, la création de postes de référents qualité au sein de l'établissement peut être un atout majeur. Il peut s'agir de salariés volontaires (infirmier, cadre de santé, aide soignant, animateur...) se voyant confier en plus de leurs fonctions une mission d'animation de la démarche qualité, avec du temps alloué chaque semaine pour accompagner leurs collègues (formations flash, audits internes, suivi des plans d'action). Ce référent agit comme un relai de la culture qualité au plus près du terrain.

- Espaces d'échange et soutien psychologique : Sur le plan organisationnel, il importe également de mettre en place des espaces de discussion où les professionnels peuvent exprimer leurs difficultés, partager leurs ressentis et co-construire des solutions. En réponse à l'exigence émotionnelle du travail, certaines structures organisent par exemple des groupes de parole mensuels animés par un psychologue afin de libérer la parole sur les situations éprouvantes vécues et d'en tirer des enseignements (50).

De même, des sessions d'analyse de pratiques (analyse de cas a posteriori, retour d'expérience (RETEX) suite à un incident, etc.) offrent un cadre pour réfléchir en équipe aux améliorations à apporter. Ces temps d'échange réguliers, insérés dans le fonctionnement de l'établissement, ont un double intérêt : ils améliorent le soutien social entre collègues (l'esprit d'équipe et la solidarité sont reconnus comme des facteurs de protection face aux risques du métier et ils génèrent un apprentissage

collectif continu (50)). Les directions ont tout intérêt à inscrire ces temps d'échange dans les habitudes, car ils renforcent la cohésion d'équipe, gage d'une meilleure qualité des soins. En pratique, cela peut prendre la forme de briefings quotidiens en début de poste (en complément des temps de transmission habituels), de retours d'expérience après chaque incident significatif, ou encore de réunions de service participatives où les idées de chacun sont sollicitées sur un thème donné (par exemple "Comment améliorer le protocole d'accueil d'un nouveau résident ?").

En conclusion, agir sur l'organisation du travail revient à donner aux professionnels les moyens concrets de s'engager : du temps, des effectifs suffisants, des processus allégés. Comme le souligne l'accord national sur la Qualité de Vie au Travail, la capacité des salariés à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail est déterminante pour leur ressenti de qualité de vie au travail (51).

C. Valorisation et reconnaissance des professionnels

Le manque de reconnaissance est apparu comme un facteur de démotivation majeur chez les soignants en EHPAD. De nombreuses aides-soignantes expriment le sentiment que leurs efforts quotidiens et leur engagement dans la démarche qualité ne sont pas reconnus à leur juste valeur, que ce soit par l'encadrement ou les familles des résidents. Répondre à ce défi de la reconnaissance est crucial pour renforcer l'engagement : un salarié qui se sent considéré, écouté et récompensé pour son travail aura naturellement envie de s'impliquer davantage. Les pistes d'action dans ce domaine touchent à la fois à la reconnaissance intrinsèque (la satisfaction tirée du travail bien fait et d'un feedback positif) et extrinsèque (récompenses formelles, évolution de carrière, image sociale du métier).

Sur le plan managérial interne : il est recommandé de mettre en place une véritable culture de la reconnaissance au sein de l'EHPAD. Quelques EHPAD organisent par exemple une cérémonie annuelle ou un moment festif où sont mis à l'honneur les projets qualité menés dans l'année et les salariés qui les ont pilotés. D'autres publient une newsletter interne ou un affichage dans la salle de pause mettant en avant le projet du mois et les collègues impliqués. L'important est de rendre visible les améliorations

concrètes apportées par la démarche qualité et d'associer cette visibilité aux équipes pour qu'elles se sentent actrices reconnues du changement.

Enfin, la reconnaissance sociétale du travail en EHPAD ne doit pas être négligée, car elle influe sur le moral des équipes. Impliquer les proches des résidents dans la démarche qualité permet de montrer le professionnalisme des équipes et d'obtenir en retour plus de respect et de considération de la part des familles. Au niveau régional et national, la mise en place de prix et trophées vient également valoriser les initiatives de terrain et ceux qui les portent. En Hauts-de-France par exemple, l'ARS décerne depuis 2019 un Prix Qualité annuel qui "récompense l'engagement de professionnels [...] dans la mise en œuvre de démarches innovantes ou exemplaires en matière de qualité et de sécurité des soins", chaque projet lauréat recevant une dotation pour sa réalisation (52). Cette reconnaissance externe motive les équipes candidates et diffuse les bonnes pratiques.

En résumé, il s'agit de créer un cercle vertueux de reconnaissance qui redonne du sens au travail et renforce la motivation des professionnels. qui en retour s'engagent davantage et restent fidèles à l'établissement. Replacer la reconnaissance au cœur du management quotidien, et soutenir les soignants face aux difficultés du métier, est donc un investissement humain indispensable pour pérenniser la démarche qualité.

D. Vers un suivi durable : management participatif et communication au service de la qualité

Le dernier axe de renforcement de l'engagement concerne la gouvernance participative et la qualité de la communication interne. Il complète les précédents en instaurant un climat de confiance où chaque professionnel se sent partie prenante des décisions et libre de s'exprimer. Un management participatif se caractérise par la volonté de replacer les soignants au centre de l'écosystème de l'établissement, en les associant aux choix qui les concernent et en leur déléguant plus d'autonomie. L'objectif est que les professionnels deviennent acteurs de leur établissement, qu'ils puissent contribuer aux décisions organisationnelles et ainsi s'épanouir davantage dans leur travail (53).

Dans un EHPAD à management participatif, la circulation de l'information et la communication ascendante/descendante sont optimisées. Plutôt que de subir des directives imposées, les équipes sont consultées en amont des projets importants. Des

groupes de travail peuvent être constitués, incluant des volontaires de différents métiers. Par exemple, un groupe pluridisciplinaire d'aides-soignants, d'infirmiers et d'agents services logistiques peut être missionné pendant 2 mois pour améliorer le circuit du linge ou le plan de prévention des chutes, avec carte blanche pour expérimenter des idées. Ce mode "projet" favorise une gestion collaborative où chacun apporte son expertise métier, et débouche souvent sur des solutions. Associer les soignants aux prises de décision qui touchent à leur travail renforce leur adhésion aux changements (moins de résistance passive) et leur donne le sentiment valorisant de contribuer activement à la vie de l'établissement (53). Naturellement, tout ne peut pas être décidé de façon collective, et la direction garde la responsabilité finale. Les décisions prises collectivement peuvent parfois être plus longues à aboutir, mais elles sont mieux appliquées et génèrent un fort engagement.

La communication managériale doit évoluer vers plus de proximité et d'écoute. Il est primordial de casser les barrières hiérarchiques trop rigides et d'éviter le management invisible. La direction gagnerait à aller régulièrement sur le terrain, échanger de manière informelle avec les soignants, et surtout instaurer un véritable dialogue bilatéral. Par exemple, certains directeurs d'EHPAD organisent des cafés du personnel trimestriels : un rendez-vous où tous ceux qui le souhaite peuvent venir discuter librement avec la direction de ses idées ou préoccupations, dans un contexte détendu. D'autres mettent en place une courte enquête de satisfaction trimestrielle pour prendre le pouls du personnel sur différents aspects (charge de travail, relations d'équipe, suggestions d'amélioration). L'important est de décroiser la communication : que chacun se sente écouté et acteur.

En résumé, quand le management est participatif et que la communication est ouverte, cela crée un climat de confiance où les idées circulent et où l'envie d'améliorer les choses peut vraiment prendre racine. Les professionnels engagés deviennent force de proposition, n'hésitent plus à signaler un dysfonctionnement ni à expérimenter de nouvelles idées. Cette mobilisation collective se traduit par des soins de meilleure qualité et une réduction des événements indésirables, comme l'a montré "*la Semaine de la sécurité des patients 2022*" où de nombreux établissements ont mobilisé leurs équipes autour de ces enjeux via des ateliers participatifs et des campagnes de sensibilisation ludiques (54). Les soignants retrouvent du sens et du plaisir au travail en étant pleinement impliqués dans la mission de l'établissement. Engager les professionnels dans la

démarche qualité n'est donc pas seulement une affaire de méthodes, c'est avant tout construire ensemble une vision commune de la qualité des soins en EHPAD, où chaque acteur compte et contribue.

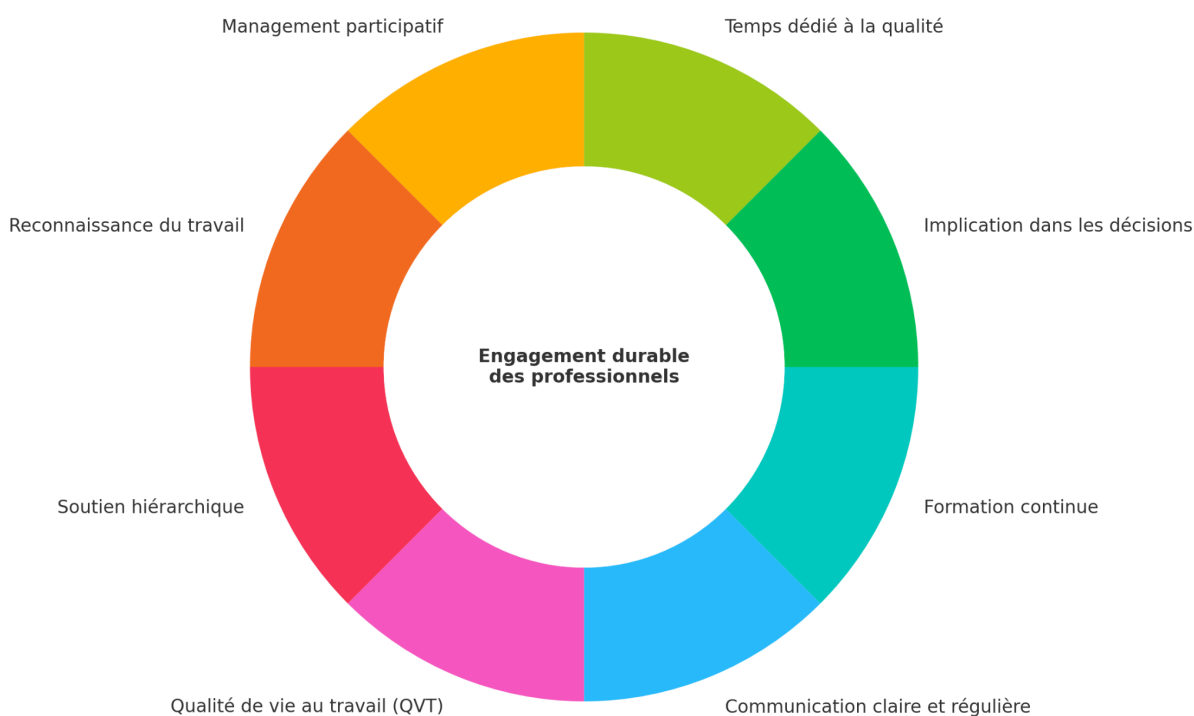


Figure 7 : Les conditions pour un engagement durable dans la démarche qualité

Le schéma illustre les principaux leviers favorisant un engagement durable des professionnels dans la démarche qualité. Parmi eux : un management participatif, du temps dédié à la qualité, une implication dans les décisions, ainsi qu'un accès à la formation continue. À cela s'ajoutent une communication claire, une QVT renforcée, un soutien hiérarchique et la reconnaissance du travail accompli. Ensemble, ces conditions créent un environnement propice à l'implication active et durable des équipes.

Conclusion

La question centrale ayant guidé ce mémoire était la suivante : *Comment engager durablement le personnel des EHPAD dans la démarche qualité afin de garantir un suivi efficace après l'évaluation par la HAS ?*

À travers une approche qualitative, ce travail a permis d'explorer finement les perceptions et les pratiques des professionnels de terrain, tout en les croisant avec les apports théoriques sur l'engagement, la motivation au travail et la qualité de vie professionnelle.

Les résultats mettent en évidence un écart persistant entre les intentions de la démarche qualité et sa réception par les équipes. Si certains cadres y voient un levier d'amélioration continue, de nombreux soignants perçoivent encore la qualité comme une charge administrative supplémentaire, parfois déconnectée de la réalité du soin. Ce décalage s'explique en partie par une surcharge de travail, un manque de reconnaissance, et une participation souvent restreinte des professionnels aux étapes-clés des démarches qualité.

Cependant, ce mémoire montre également que l'engagement n'est pas inaccessible. Il se construit, progressivement, lorsque les équipes sont intégrées aux projets, que leur expertise est reconnue, et que les outils qualité sont pensés de manière concrète, simple et utile. Les leviers identifiés sont multiples : un management participatif, des espaces de dialogue ouverts, une culture de la qualité valorisante, et des démarches QVT intégrées à la stratégie d'établissement.

Ces enseignements invitent à repenser la qualité non comme une succession de protocoles à appliquer, mais comme une dynamique vivante, portée collectivement par les équipes. C'est en transformant les pratiques managériales et en donnant davantage de sens aux actions entreprises que les établissements pourront pérenniser les effets des évaluations HAS après le passage des auditeurs.

Au regard des résultats obtenus, plusieurs pistes d'action peuvent être envisagées afin de renforcer l'engagement des professionnels :

- Favoriser l'implication active des professionnels dès les phases d'auto-évaluation, en les faisant participer à la réflexion sur leurs pratiques, à l'identification des points à améliorer et à la construction des actions à mettre en place. Cette implication

renforce leur sentiment de faire partie du projet et leur permet de mieux comprendre les enjeux de la qualité.

- Proposer des formations ciblées sur les enjeux et les outils de la qualité, en tenant compte des spécificités des fonctions et des contraintes du terrain.
- Instaurer des retours d'expérience collectifs (REX) réguliers, à la suite d'événements indésirables.
- Simplifier et adapter les outils qualité aux réalités de terrain, en veillant à leur utilité directe pour les professionnels.
- Renforcer la reconnaissance des engagements dans la qualité, en valorisant les initiatives individuelles et collectives.
- Articuler étroitement la démarche qualité avec les politiques de qualité de vie au travail (QVT), en s'assurant que chaque action qualité contribue à améliorer le bien-être.

Pour résumer, l'engagement durable des professionnels ne se décrète pas : il se cultive, à travers une reconnaissance sincère, une écoute active, et une co-construction de la démarche qualité. Donner du sens, favoriser la coopération, et inscrire la qualité dans le quotidien des équipes sont autant de conditions nécessaires pour transformer les obligations réglementaires en leviers d'amélioration concrets, durables et porteurs de sens pour les résidents comme pour les soignants.

Limites du travail et perspectives

Comme tout travail de recherche, ce mémoire comporte certaines limites qu'il est important de reconnaître.

J'ai choisi une approche qualitative, qui me semblait la plus adaptée pour comprendre le ressenti des professionnels. Ce choix m'a amenée à rencontrer dix personnes travaillant dans différents EHPAD. Leurs témoignages ont été particulièrement riches et précieux, car ils reflètent la réalité du terrain. Mais le fait que ce soit centré sur la qualité des échanges plus que sur la quantité, limite forcément la portée des résultats. Chaque établissement a ses spécificités donc ce qui a été dit ici ne peut pas être généralisé à l'ensemble du secteur.

Ensuite, les personnes interrogées ont été recrutées sur la base du volontariat, ce qui a potentiellement influencé le profil des participants. Il est possible que celles et ceux qui ont accepté de participer soient déjà sensibles aux enjeux qualité, ou du moins intéressés par la thématique. Cela dit, certaines paroles plus critiques ont aussi émergé au fil des échanges.

De plus, ce travail repose uniquement sur des entretiens individuels, sans confrontation avec d'autres regards, comme ceux des familles ou des résidents. Or, la démarche qualité implique l'ensemble des acteurs. Le point de vue des équipes reste néanmoins central et permet de mieux comprendre les ressorts concrets de leur engagement (ou de leur désengagement).

Malgré ces limites, plusieurs perspectives s'ouvrent à la suite de ce travail. Il serait intéressant de prolonger cette recherche en observant par exemple comment la cohésion d'équipe, la confiance envers l'encadrement ou la reconnaissance au quotidien influencent les pratiques autour de la qualité. De la même manière, le lien entre engagement et qualité de vie au travail mérite d'être approfondi, notamment en analysant comment certaines organisations parviennent à articuler bien-être et exigence de qualité.

Une autre piste à explorer serait celle du suivi : Quels rôles jouent les indicateurs, les tableaux de bord, les retours d'expérience collectifs dans la consolidation de la démarche qualité ? Cette dimension du pilotage post-évaluation apparaît aujourd'hui comme un

enjeu majeur pour garantir que la qualité ne soit pas une parenthèse autour de l'audit, mais bien un processus vivant et durable.

Enfin, les modèles internationaux évoqués brièvement dans ce mémoire (les exemples scandinaves ou québécois) offrent des pistes inspirantes pour repenser les approches managériales dans les EHPAD français. Leurs expériences montrent qu'une autre façon de faire est possible, en mettant davantage l'accent sur la confiance, l'autonomie et le travail d'équipe.

Tout compte fait, ce mémoire souhaite contribuer, à son échelle, à une meilleure compréhension des conditions d'un engagement durable des professionnels au service d'une qualité réellement vécue et partagée.

Références bibliographiques

1. Cahiers des CEMÉA. (2012). *Besoins fondamentaux et vie quotidienne en collectivité* (No 260). Association suisse des Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active (CEMÉA).
<https://www.ficemea.org/wp-content/uploads/2017/02/besoins-fondamentaux-et-vie-quotidienne.pdf>
2. Glodmann, M. O., & Glodmann, M. O. (2024b, avril 8). *La théorie des deux facteurs : la satisfaction et l'insatisfaction au travail selon Frederick Herzberg*. ORIENTATION.
<https://www.orientation-groupe.com/theorie-deux-facteurs-satisfaction-insatisfaction-travail-frederick-herzberg-hygiene-motivation-plaisir-bien-etre-epanouissement-professionnel-developpement-personnel/>
3. Thériault, P. (2008). *Savoirs et interventions éducatives d'enseignantes de la maternelle quatre ans en milieux défavorisés concernant le développement de la conscience de l'écrit* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/1234/1/M10404.pdf>
4. *Mettre en œuvre l'évaluation des ESSMS*. (s. d.). Haute Autorité de Santé.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3323069/fr/mettre-en-oeuvre-l-evaluation-des-essms
5. Le Brun, T. (2018). *Améliorer la qualité et le bien-être en EHPAD*. Toulouse : Éditions érès.
6. *Comprendre la nouvelle évaluation des ESSMS*. (s. d.). Haute Autorité de Santé.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2838131/fr/comprendre-la-nouvelle-evaluation-des-essms#:~:text=Depuis%20la%20loi%20du%202022,accueillies%20par%20des%20organismes%20habilit%C3%A9s
7. *Réforme des évaluations externes en établissements et services médico-sociaux*. (2025, 13 janvier). Agence Régionale de Santé Normandie.
<https://www.normandie.ars.sante.fr/reforme-des-evaluations-externes-en-etablissements-et-services-medico-sociaux#:~:text=Image>
8. *Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux*. (2017, 7 novembre). Igas.
<https://igas.gouv.fr/Le-dispositif-d-evaluation-interne-et-externe-des-etablissements-et-services#:~:text=Parmi%20les%20leviers%20d%E2%80%99am%C3%A9lioration%20de,2002%2C%20joue%20un%20r%C3%B4le%20important>

9. Uniopss. (2022). *L'évolution du cadre légal et réglementaire des ESSMS : La réforme de l'évaluation de la qualité du service rendu aux usagers*.
https://crdla.uniopss.asso.fr/GED_DBB/191082491926/L_evolution_du_cadre_legal_et_reglementaire_des_ESSMS_-_La_reforme_de_l_evaluation.pdf

10. Gérard, B. (s. d.). II - Le scandale Orpea : la financiarisation des EHPAD par les politiques publiques ? Dauphine-PSL Paris.
<https://dauphine.psl.eu/eclairages/article/ii-le-scandale-orpea-la-financiarisation-des-ehpad-par-les-politiques-publiques#:~:text=Toutefois%2C%20la%20d%C3%A9gradation%20de%20l%27accompagnement,Par%20exemple%2C%20il%20n%E2%80%99existe>

11. Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA). (2023, juin). *Pour une stratégie ambitieuse de prévention et de lutte contre les maltraitements envers les personnes et personnes âgées vulnérables* (Avis du Conseil de l'âge).
https://hcfca.fr/IMG/pdf/hcfca_avis_contribution_egm-2.pdf

12. Pasquelin, A. (s. d.). *Évaluation de la qualité de l'accompagnement dans les ESSMS : la HAS publie un premier point d'étape*. Ehpadia, le Magazine des Dirigeants D'EHPAD.
https://www.ehpadia.fr/Evaluation-de-la-qualite-de-l-accompagnement-dans-les-ESSMS-la-HAS-publie-un-premier-point-d-etape_a1362.html#:~:text=Il%20est%20%C3%A0%20noter%20qu%20au,des%20%C3%A9quipes%20dans%20la%20d%C3%A9marche

13. Bertillot, H. (2020b). Comment les indicateurs de qualité s'imposent à l'hôpital : les mécanismes d'une institutionnalisation en douceur. *SociologieS*.
<https://doi.org/10.4000/sociologies.13499>

14. *Évaluation des ESSMS : référentiel et manuel*. (s. d.-b). Haute Autorité de Santé.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3324490/fr/evaluation-des-essms-referentiel-et-manuel

15. *L'essentiel sur les inspections-contrôles menées par l'ARS dans les Ehpads*. (2024, 14 mars). Agence Régionale de Santé Hauts-de-France.
<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/l'essentiel-sur-les-inspections-contrôles-menées-par-lars-dans-les-ehpad>

16. Alaoui, R. E. (2025, 6 janvier). *Rappel du cadre des contrôles en EHPAD - Synerpa*. Synerpa. <https://synerpa.fr/rappel-du-cadre-des-contrôles-en-ehpad/>

17. Le Brun, T. (2018). *Améliorer la qualité et le bien-être en EHPAD*. Éditions érès.

18. Lecoq, Y. (2021, 2 novembre). *La Motivation au Travail : Que Nous Disent Maslow et Herzberg ?*
<https://www.prometheis.fr/2021/04/01/la-motivation-au-travail-que-nous-disent-maslow-et-herzberg-pyramide-qvt-motivation-conseil-management/#:~:text=Les%20parties%20sup%C3%A9rieures%20se%20r%C3%A9f%C3%A9rent,d%C3%A9velopper%20en%20autonomie%20est%20n%C3%A9cessaire>
19. Fanjo. (2024, 6 mars). *La pyramide de Maslow*. Mister Fanjo.
<https://misterfanjo.com/index.php/2020/12/15/la-pyramide-de-maslow/>
20. Asana, T. (2025, 8 février). Comment appliquer la pyramide de Maslow au travail ? Voici 5 mesures clés [2025] • Asana. Asana.
<https://asana.com/fr/resources/how-to-improve-employee-satisfaction>
21. Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The Motivation to Work*. New York: John Wiley & Sons.
22. Contributeurs aux projets Wikimedia. (2024b, avril 11). *Théorie des deux facteurs*.
https://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9orie_des_deux_facteurs
23. Vandenberghe, C. (2001). Les pratiques pour la santé des employés et l'engagement organisationnel : le cas d'un programme de santé et mieux-être. *Interactions*, 2(1), 35–53.
https://www.usherbrooke.ca/psychologie/fileadmin/sites/psychologie/espace-etudiant/Revue_Interactions/Volume_2_no_1/V2N1_VANDENBERGHE_Christian_p35-53.pdf
24. Charles-Pauvers, B., & Peyrat-Guillard, D. (2012). L'engagement au travail : une revue de la littérature. Dans *Actes du 23e Congrès de l'AGRH* (pp. 1–22). Association francophone de GRH.
<https://www.agrh.fr/assets/actes/2012-charlespauvers-peyratguillard.pdf>
25. *Engagement organisationnel : Meyer et Allen* | StudySmarter. (s. d.). StudySmarter FR. [Engagement Organisationnel: Meyer et Allen | StudySmarter](#)
26. *Besoins et motivations : une nouvelle pyramide de Maslow* (2023, 2 octobre). Revue Gestion HEC Montréal.
<https://www.revuegestion.ca/besoins-et-motivations-une-nouvelle-pyramide-de-maslow>
27. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Psychologie canadienne*, 49(1), 24–34.
https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2008_DeciRyan_CanPsy_French.pdf

28. *Motivation et leadership : Herzberg & Maslow* | StudySmarter. (s. d.). StudySmarter FR.
<https://www.studysmarter.fr/resumes/economie-et-gestion/theorie-de-la-gestion/motivation-et-leadership/#:~:text=La%20th%C3%A9orie%20de%20l%27autod%C3%A9termination%20est,des%20approches%20personnalis%C3%A9es%20de%20gestion>
29. Louche, C., & Gosselin, A. (2019). *La gestion des ressources humaines : enjeux, pratiques et perspectives* (3e éd.) [Extrait en ligne]. De Boeck Supérieur.
<https://www.furet.com/media/pdf/feuilleter/9/7/8/2/8/0/4/1/9782804189006.pdf>
30. Hennion, C. (2019). *La qualité de vie au travail des aides-soignants en EHPAD : un levier de la performance organisationnelle ?* [Mémoire de master, Université de Lille]. Pépite - Dépôt numérique de l'Université de Lille.
https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Mem_ILIS/2019/LILU-SMIS-2019-044.pdf
31. Pommier, J. (2011). L'éducation pour la santé, entre rupture et continuité. *Recherche en soins infirmiers*, (104), 23–31.
<https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-1-page-23?lang=fr>
32. Caroly, S., & Coutarel, F. (2014). Concevoir des situations de travail soutenables : une approche ergonomique des capacités. *Communication présentée au 49e congrès de la SELF (Société d'Ergonomie de Langue Française), La Rochelle, France*. <https://hal.science/hal-01311908/document>
33. Oliveira, A. (2023, 6 février). *Théorie de l'autodétermination et motivation des employés*. Proaction International.
<https://blog.proactioninternational.com/fr/theorie-de-lautodetermination-et-motivation-des-employes>
34. Langevin, P., & Mendoza, C. (2014). Impliquer les managers à atteindre leurs objectifs : participation, feedback et confiance. *Comptabilité - Contrôle - Audit*, 20(3), 43–71.
<https://shs.cairn.info/revue-comptabilite-contrrole-audit-2014-3-page-43?lang=fr>
35. *Engagement organisationnel : Meyer et Allen* | StudySmarter. (s. d.-b). StudySmarter FR.
<https://www.studysmarter.fr/resumes/economie-et-gestion/ressources-humaines/engagement-organisationnel/#:~:text=L'engagement%20organisationnel%20se%20r%C3%A9f%C3%A8re,performances%20globales%20de%20l'entreprise>
36. Espace de Réflexion Éthique de Bretagne. (2021, décembre). *Repères éthiques en EHPAD & Covid-19* [Fiche repères]. Conférence Nationale des Espaces de Réflexion Éthique Régionaux (CNERER).

https://www.ethique-hdf.fr/fileadmin/user_upload/aa_CoVid19/Fiche_Reperes_CNE_RER_EHPAD_Dec2021.pdf

37. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2008). *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente ?* Éditions OCDE.
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/fr/publications/reports/2008/09/the-looming-crisis-in-the-health-workforce_g1gh97e7/9789264050792-fr.pdf
38. Contributeurs aux projets Wikimedia. (2025, 8 mai). *Qualité de vie au travail*.
https://fr.wikipedia.org/wiki/Qualit%C3%A9_de_vie_au_travail
39. Clot, Y. (2014, 22 octobre). *Bien-faire son travail : une condition au bien-être au travail et à la santé*. Communication présentée au colloque "Management et bien-être au travail", Cité du Design, Saint-Étienne, France.
https://tof-ms.cnam.fr/medias/fichier/actes-clot-1_1426690022457-pdf?INLINE=FALSE
40. Union Régionale Interprofessionnelle CFDT Provence-Alpes-Côte d'Azur, UDES PACA, & ACT Méditerranée. (2017). *Agir sur la qualité de vie au travail et l'égalité professionnelle : guide d'action collective dans le secteur de l'économie sociale et solidaire*. Anact.
https://www.anact.fr/sites/default/files/2023-12/2017_PAC_ACT0010_GUIDE_AGIR_SUR_CFDT_QVT_EP.pdf
41. Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 relatif à une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle. (2013). *Légifrance*. https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALITEXT000028216997
42. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact). (2022). *Contrat d'objectifs et de performance 2022–2025*.
https://www.anact.fr/sites/default/files/2023-09/cop_version_ca_16_mars_2022_17032022.pdf
43. Debie, G. (2019). *La qualité de vie au travail en EHPAD : Comment améliorer et pérenniser la démarche qualité de vie au travail en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ?* [Mémoire de master, Université de Lille]. Pépite - Dépôt numérique de l'Université de Lille.
https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Mem_ILIS/2019/LILU-SMIS-2019-057.pdf
44. Salman, S. (2022). Des usages managériaux de la science ? Le devenir en entreprise des modèles de mesure des risques psychosociaux au travail. *Travail et Emploi*, (169-170-171), 71–93.

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/f5b21c848480f51554bbff42c7c4b7b0/TetE-169-170-171-Art-3-Salman-BAT2.pdf>

45. *Démarche qualité – EHPAD Les 2 Clochers*. (s. d.).
<https://www.les2clochers.fr/demarche-qualite/>
46. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap). (2022). *Implication des professionnels dans la démarche qualité en EHPAD*. <https://ressources.anap.fr/ressource/2812>
47. *Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. (s. d.).
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-systemes-de-sante-danois-suedois-et-finlandais>
48. *Le système de santé suédois*. (s. d.).
<https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/suede.html>
49. Agence pour une Vie de Qualité (AViQ). (2022). *Rapport bisannuel 2017 des établissements pour aînés*.
https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2022-09/rapport-bisannuel-2017-etablissements-aines.pdf
50. Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté. (2022). *Qualité de vie au travail : les enjeux spécifiques du secteur médico-social. Enquête qualitative par entretiens individuels ou collectifs*.
[https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/99564/download?inline:contentReference\[oaicite:4\]{index=4}](https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/99564/download?inline:contentReference[oaicite:4]{index=4})
51. Vythisi. (2020). *Mettre en place une démarche QVT rapidement dans le cadre de mon EHPAD*. <https://vythisi.com/qvt-en-ehpad>
52. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. (2025, 19 février). *Prix qualité 2024 : 6 projets récompensés*.
<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/prix-qualite-6-projets-recompenses>
53. Martin, L. (2024, août 22). *Le management participatif, un enjeu d'attractivité pour les établissements de santé*. ActuSoins.
<https://www.actusoins.com/le-management-participatif-un-enjeu-dattractivite-pour-les-etablissements-de-sante.html>
54. Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022, 30 novembre). *SSP 2022 : une mobilisation de tous pour une culture partagée de la qualité et de la sécurité des soins*.
<https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/ssp-2022-une-mobilisation-de-tous-pour-une-culture-partagee-de-la-qualite-et-de>

Annexe I

Freins identifiés par thématique	Leviers identifiés par thématique	Verbatims
<p>Surcharge de travail : Manque de temps pour s'investir dans la démarche qualité en raison de la charge de travail quotidienne.</p>	<p>Aménagement du temps : Dégager du temps spécifique pour les actions qualité (ajustement des plannings, renfort de personnel dédié)</p>	<p>“on est déjà débordés”, “le manque de temps”, “on court partout”, “pas de temps pour ça”, “sans moyens supplémentaires”, “trop de travail”, “surcharge de travail”, “on fait comme on peut”, “au début ça demande un effort”, “sous effectifs”, “rythmes des journées rendent difficile d’application des nouvelles règles”, “épuisés”</p>
<p>Communication : Communication interne insuffisante sur les objectifs, les plans d’actions et les résultats de la démarche qualité.</p>	<p>Communication transparente : Partage régulier avec l’équipe des objectifs, des évolutions et des résultats liés à la qualité.</p>	<p>“on fait des EI mais ça s’arrête là”, “retour de temps en temps, pour les plus graves”, “pas de retour”, “on ne comprend pas toujours ce qu’on attend de nous”, “beaucoup d’infos passent à la trappe”, “ce serait mieux d’avoir des explications sur le terrain”, “on ne sait pas trop ce qu’il se passe après”,</p>
<p>Reconnaissance : Absence de valorisation des efforts et du travail accompli dans le cadre de la démarche qualité.</p>	<p>Valorisation : Reconnaissance régulière et encouragements de la part de la hiérarchie pour les initiatives et améliorations qualité réalisées.</p>	<p>“la cadre nous félicite mais on entend plus ce qui ne va pas”, “quand on fait bien les choses, c’est rarement mentionné”, “un simple merci ça motive”</p>
<p>Participation : Faible implication des soignants dans les décisions et projets liés à la qualité (décisions principalement descendantes).</p>	<p>Approche participative : Inclusion active des professionnels de terrain dans l’élaboration des actions qualité (groupes de travail, consultations).</p>	<p>“on doit juste suivre”, “on fait juste ce qu’on peut, mais on est fatigués”, “sauf quand c’est vraiment grave”, “on ne sait pas trop ce qu’il se passe après”, “quand tout le monde ne le fait pas, tu te demandes pourquoi toi tu continues”,</p>

<p>Formation : Manque de formation spécifique des équipes aux outils et méthodes d'amélioration de la qualité.</p>	<p>Renforcement des compétences : Organisation de sessions de formation et d'accompagnement pour maîtriser la démarche qualité et ses outils.</p>	<p>"pas de formation, formation sur le tas", "on a découvert la qualité pour préparer l'évaluation HAS", "pas des formations où on reste assis à écouter"</p>
<p>Soutien hiérarchique : Encadrement perçu comme peu investi ou encore peu disponible pour accompagner la démarche qualité au quotidien.</p>	<p>Engagement du management : Implication visible de la direction et des encadrants (soutien actif, suivi des actions qualité, etc.)</p>	<p>"ils vérifient mais ils n'aident pas vraiment", "c'est du contrôle", "vient jeter un coup d'oeil mais ce n'est pas toujours régulier", "on fait des points", passent vérifier", "regardent les cahiers",</p>
<p>Sens de la démarche qualité : Démarche perçue par le personnel comme une contrainte administrative en plus</p>	<p>Outil d'amélioration : Insister sur l'utilité concrète de la démarche qualité comme un outil pour améliorer les pratiques de soins et la prise en charge des résidents.</p>	<p>"c'est surtout des papiers, des réunions, des contrôles", "c'est de la paperasse", "on ne voit pas l'intérêt", "trop administratif", " trop de procédures, trop théorique", "ce n'est pas adapté à notre réalité", "trop long", "parce qu'il faut", "parce que c'est une obligation", "contrainte", "obligation", "réticents"</p>

Annexe II

Profession	Âge des interrogés	Ancienneté
IDE	35 ans	10 ans
AS	50 ans	25 ans
AS	23 ans	1 an
AS	44 ans	15 ans
IDE	24 ans	2 ans
AS	48 ans	22 ans
AS	38 ans	13 ans
AS	34 ans	9 ans
IDEC	47 ans	ide au début
Cadre de santé	55 ans	ide au début

Guide d'entretien

“Bonjour, je vous remercie d’avoir accepté de participer à cet entretien. Je réalise un mémoire dans le cadre de mon Master 2 Management Sectoriel de l’Institut Lillois d’Ingénierie et Management de la Santé sur la façon dont les professionnels perçoivent et vivent la démarche qualité en EHPAD, notamment suite à l’évaluation de la HAS.

Cet entretien est anonyme et vos réponses resteront confidentielles. Les verbatims issus de cet entretien seront diffusés dans le mémoire, qui sera lui-même mis à disposition au centre de documentation de l’Université de Lille, en version papier et numérique. Il n’y a pas de bonne ou de mauvaise réponse : je m’intéresse à votre point de vue, vos expériences, vos ressentis. L’entretien durera environ 30 à 45 minutes. Vous pouvez à tout moment choisir de ne pas répondre à une question ou de mettre fin à l’entretien.”

I. Compréhension et perception de la démarche qualité

1. Pour vous, qu’est-ce que représente la “démarche qualité” dans votre travail ?
2. Comment avez-vous vécu le passage ou l’évaluation HAS dans votre établissement ?
3. Depuis cette évaluation, avez-vous remarqué des changements dans votre pratique professionnelle ?

4. Pouvez-vous me donner un exemple concret de changement qui a modifié (ou non) votre quotidien ?

II. Évaluation des changements et appropriation des outils

5. Qu'est-ce qui vous semble avoir bien fonctionné dans les actions mises en place ? Et au contraire, qu'est-ce qui vous a paru difficile ou inadapté ?
6. Y a-t-il un suivi régulier de ce qui est demandé dans la démarche qualité ? Comment cela se passe-t-il selon vous ?
7. Avez-vous déjà déclaré un événement indésirable ? Si oui, comment cela s'est-il passé ?
8. Recevez-vous des retours après une déclaration d'incident ou d'événement indésirable ?
9. Avez-vous déjà participé à un retour d'expérience collectif ? Si non, aimeriez-vous pouvoir le faire ?

III. Implication personnelle et collective

10. Est-ce que vous vous sentez personnellement impliqué(e) dans la démarche qualité ? Pourquoi ?
11. Pouvez-vous me raconter un moment où vous vous êtes senti(e) particulièrement concerné(e), ou au contraire mis(e) à l'écart ?
12. Comment pensez-vous que vos collègues vivent ces démarches ? Voyez-vous des différences d'engagement entre les membres de l'équipe ?

13. Qu'est-ce qui rend parfois difficile l'application des consignes qualité dans votre travail ?

14. Et à l'inverse, qu'est-ce qui pourrait vous aider, vous et vos collègues, à mieux les appliquer ?

IV. Communication, reconnaissance et suggestions

15. Comment percevez-vous la façon dont on communique sur les sujets liés à la qualité dans votre établissement ?

16. Avez-vous un espace pour faire remonter vos idées ou difficultés ? Est-ce que cela est pris en compte ?

17. Pensez-vous que vos efforts en matière de qualité sont reconnus ? Que pourrait-on faire pour améliorer cette reconnaissance ?

18. Qu'est-ce qui vous serait utile pour mieux suivre et mettre en œuvre les démarches qualité (formations, outils, accompagnement...) ?

19. Selon vous, que faudrait-il améliorer pour que les changements liés à la qualité soient durables ?

20. Enfin, auriez-vous des idées ou suggestions pour encourager davantage l'implication des équipes dans la qualité ?

Avez-vous des remarques ou un dernier point que vous aimeriez ajouter ?

Nesrine SERIR

**ENGAGER DURABLEMENT LE PERSONNEL DES EHPAD DANS LA DÉMARCHE QUALITÉ :
QUELS LEVIERS POUR UN SUIVI EFFICACE APRÈS L'ÉVALUATION HAS ?**

Dans un contexte de transformation du secteur médico-social, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) doivent s'adapter aux exigences du nouveau référentiel d'évaluation conduit par la **Haute Autorité de Santé (HAS)**. Ce mémoire interroge les conditions nécessaires pour renforcer l'**engagement** du personnel dans la **démarche qualité**, et garantir ainsi un suivi effectif après l'évaluation externe. À partir d'une revue de littérature mobilisant notamment les théories de Maslow, Herzberg, Meyer & Allen et Deci & Ryan, et d'une enquête de terrain menée auprès de professionnels en EHPAD, plusieurs freins et leviers ont été identifiés. Les résultats montrent que la reconnaissance, la participation, un **management** participatif et la prise en compte du **bien-être** des équipes sont au cœur d'une dynamique qualité durable. L'analyse débouche sur des propositions concrètes visant à faire de la qualité un projet collectif et incarné.

mots-clés : démarche qualité, ehpad, engagement, has, management, bien-être

**SUSTAINABLY ENGAGING NURSING HOME STAFF IN THE QUALITY APPROACH: WHAT
LEVERS FOR EFFECTIVE FOLLOW-UP AFTER HAS EVALUATION?**

In a context of reform in the social and healthcare sector, **nursing homes** are now required to comply with the new evaluation framework led by the **Haute Autorité de Santé (HAS)**. This thesis explores the conditions needed to reinforce staff **engagement** in the **quality process** and ensure meaningful follow-up after external assessments. Combining a literature review (Maslow, Herzberg, Meyer & Allen, Deci & Ryan) and qualitative interviews conducted with professionals working in nursing homes, the study identifies key challenges and levers. Results highlight that recognition, participation, **management** style and staff **well-being** are central to fostering lasting involvement. The thesis concludes with practical recommendations to anchor the quality approach in a shared and human-centered culture.

key-words : quality process, nursing home, engagement, has, management, well-being