

UFR3S - Université de Lille

Faculté D'Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)

Master Management Sectoriel

Wigneron – Guillaume

Management de la gestion des Risques, de la Qualité et des Flux

Année universitaire 2024-2025

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master

Quels sont les leviers permettant l'implication pérenne du personnel soignant dans la démarche de certification HAS, afin de garantir une appropriation durable des pratiques de qualité et de sécurité des soins en SMR polyvalents et gériatriques ?

Sous la direction de Mme Dumont Cyrielle

Date de la soutenance : Lundi 23 juin 2025

Composition du jury :

- **Présidence de jury** : Pr Hubert Hervé, *Professeur des universités*
- **1^{er} membre de jury** : Mme Dumont Cyrielle, *Maître de conférences*
- **2^{ème} membre de jury** : Mme Mesnage Delphine, *Responsable qualité*

UFR3S- Département Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à exprimer ma profonde gratitude à Madame Dumont Cyrielle, directrice de ce mémoire. C'est avec beaucoup de spontanéité et de gentillesse que vous m'avez accueilli et aidé dans la réalisation de ce travail. Votre disponibilité, votre écoute et vos conseils avisés m'ont permis de mener à bien cette étude. Je vous remercie pour votre confiance.

Je remercie également le professeur Hubert. Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ce mémoire. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

Ma reconnaissance s'adresse tout particulièrement à Mme Delphine Mesnage, responsable qualité. Ces deux années d'accompagnement professionnel ont été extrêmement enrichissantes et inspirantes. Merci pour votre dynamisme, votre bienveillance, vos remarques constructives pour la réalisation de ce travail et pour avoir accepté ma demande de faire partie du jury de ce mémoire.

Mes remerciements s'adressent ensuite à l'ensemble du personnel du groupe FILIERIS NORD. Votre accueil chaleureux, votre réactivité et le soutien apporté durant la collecte des données ont été une aide précieuse. Sans votre concours, ce travail n'aurait pas pu se réaliser.

Je souhaite témoigner ma sincère reconnaissance à l'ensemble du corps enseignant de l'université, dont la rigueur et l'inspiration ont nourri ma réflexion tout au long de ce mémoire.

Un grand merci à mes collègues de promotion et amis : Camille, Aghilas, Nicolas et Alyssa. Votre camaraderie, vos échanges stimulants et votre appui indéfectible ont rythmé et enrichi chaque étape de cette aventure académique.

Enfin, je dédie cette étude à ma famille, à Hugo et à Léonie, et particulièrement à Uranie : ton soutien sans faille, ta patience et l'affection que tu m'avais déjà témoignée durant ma thèse ont été essentiels à l'aboutissement de ce mémoire.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
TABLE DES MATIERES.....	2
LISTE DES ABREVIATIONS	5
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES FIGURES	6
GLOSSAIRE	7
INTRODUCTION.....	8
1 MODERNISATION DES SOINS, CERTIFICATION ET ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS.....	11
1.1 Présentation des SMR.....	11
1.1.1 A l'origine, les Soins de Suite et de Réadaptation.....	11
1.1.2 Puis, les Soins Médicaux et de Réadaptation	12
1.2 L'adaptation de la démarche qualité au fil des référentiels	14
1.2.1 Évolution des référentiels de certification	14
1.2.2 Les axes d'amélioration de l'évaluation des établissements de santé.....	17
1.3 Les réticences à l'implication durable des soignants	19
1.3.1 Les écueils de l'accréditation	19
1.3.2 Les retours de la certification	19
1.3.3 L'impact d'un manque de soutien institutionnel.....	21
1.3.4 Le manque de structuration organisationnelle et de moyens	21
1.4 Les leviers pour encourager un engagement continu	21
1.4.1 Quelques définitions	22
1.4.2 Les leviers d'une implication pérenne issus de l'adaptation des méthodes d'évaluation.....	22
1.4.3 Les leviers stratégiques	25
1.4.4 Un levier relevant des fonctions support : le système d'information	27

2	<i>PRESENTATION DE LA METHODE D'ENQUETE</i>	28
2.1	Méthode de recueil de données	28
2.1.1	Cadre général de l'enquête	28
2.1.2	Objectifs de l'enquête et choix des participants	28
2.1.3	Le guide d'entretien	29
2.2	Organisation du recueil et de l'analyse des données	30
2.3	Limites de l'enquête	30
3	<i>ANALYSE DES ENTRETIENS</i>	32
3.1	La conception de la démarche qualité	33
3.2	Ce qui amène à s'impliquer	34
3.3	Motivations et freins à la participation	35
3.4	Appropriation des outils de la qualité	36
3.5	Perception de la communication	37
3.6	L'approche de la formation	39
3.7	Une implication partielle et contrastée	40
3.8	Le vécu de la dernière visite de certification	41
4	<i>DISCUSSION</i>	43
4.1	L'explication avant l'implication	43
4.2	Qu'en est-il de la formation universitaire ?	44
4.3	L'impact de l'évolution des méthodes d'évaluation	44
4.4	Les axes d'amélioration suggérés par les soignants	46
4.4.1	Préserver une continuité, au-delà de la certification	46
4.4.2	Organiser des temps d'échange réguliers et adaptés	46
4.4.3	Diversification des formats de sensibilisation	47
4.4.4	Supports pédagogiques pratiques et réguliers	47
4.4.5	Intégrer des évaluations et audits de terrain réguliers	47

4.4.6	S'appuyer sur le rôle structurant des cadres	48
4.4.7	Un planning clair et modulable pour structurer la démarche.....	48
4.4.8	Renforcer les ressources humaines pour soutenir la démarche	48
4.4.9	Instaurer une culture qualité vivante, partagée et accessible	48
4.5	Les leviers d'une implication pérenne des soignants.....	49
4.5.1	L'adaptation continue des méthodes d'évaluation.....	49
4.5.2	L'engagement de la gouvernance et le leadership.....	49
4.5.3	L'explication de la démarche et la formation aux méthodes et aux outils	50
4.5.4	Développer une communication avenante.....	51
4.5.5	La disposition d'outils numériques performants et intuitifs.....	51
4.5.6	La reconnaissance de conditions de travail et de l'investissement.	52
CONCLUSION		54
BIBLIOGRAPHIE.....		56
ANNEXES		60
Annexe I : Guide d'entretien		60
Annexe II : Retranscription de l'entretien avec MG 1		63

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditations et d'Évaluation de la Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CME : Commission Médicale d'Établissement

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière diplômée d'état

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SMR : Soins Médicaux de Réadaptation

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Typologie des répondants	32
--	-----------

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Évolution du référentiel de l'HAS au fil du temps	17
Figure 2 : Implantation des établissements FILIERIS [31]	29
Figure 3 : Leviers d'une implication pérenne des soignants	53

GLOSSAIRE

BlueKanGo : plateforme logicielle conçue pour digitaliser et optimiser les processus de gestion de la qualité, de l'hygiène, de la sécurité, de l'environnement ainsi que la responsabilité sociétale des entreprises et la gestion des risques. Ce logiciel permet de centraliser et d'automatiser les audits, les analyses de risques, la gestion des non-conformités et les documents réglementaires pour améliorer la conformité et l'efficacité des organisations [1].

Calista : plateforme collaborative sécurisée qui permet d'accéder à toutes les informations concernant la procédure de certification et de dématérialiser l'ensemble des échanges entre les établissements et la Haute Autorité de Santé. Elle est mise à la disposition de tous les établissements de santé, par la HAS, engagés dans la procédure de certification [2].

La certification des établissements de santé : procédure d'évaluation du niveau de qualité et de sécurité des soins des établissements de santé publics et privés. Elle est effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la Haute Autorité de Santé, les experts-visiteurs. Cette procédure, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Celui-ci est évalué au décours d'une visite de l'établissement par référence à des objectifs collectivement définis au niveau national par les professionnels et les usagers [3].

La Haute Autorité de Santé : autorité publique indépendante à caractère scientifique, la Haute Autorité de Santé vise à développer la qualité dans les champs sanitaire, social et médico-social, au bénéfice des personnes. Elle travaille aux côtés des pouvoirs publics dont elle éclaire la décision, avec les professionnels pour optimiser leurs pratiques et leurs organisations, et au bénéfice des usagers dont elle renforce la capacité à faire leurs choix. Elle a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie [4].

L'ISQua : organisation internationale dont la mission est d'inspirer et de stimuler l'amélioration de la qualité et de la sécurité en santé dans le monde entier. Outre les différentes manifestations et mises en réseau des structures de santé pour le développement de la qualité, elle accrédite les organismes qui réalisent des évaluations externes dans les établissements de santé [5].

INTRODUCTION

Au-delà des évolutions réglementaires, la qualité et la sécurité des soins demeurent au cœur des attentes de la société. Elles constituent aujourd'hui un marqueur incontournable de la performance des établissements de santé. La transformation des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), mise en place en juin 2023 pour donner suite au nouveau régime d'autorisation, illustre cette dynamique : en redéfinissant les mentions « polyvalent » et « gériatrie » et en imposant des exigences techniques accrues. La réforme place l'amélioration continue au centre des organisations. Parallèlement, la Haute Autorité de Santé (HAS)¹ fait évoluer son dispositif de certification² vers une sixième version plus clinique, plus centrée sur le patient et davantage ancrée dans les territoires.

Dans ce contexte mouvant, l'implication durable du personnel soignant représente un défi stratégique. Sans leur adhésion, les référentiels restent théoriques et les pratiques de qualité peinent à s'enraciner.

Après plus de vingt ans de pratique soignante, mon premier contact formel avec la démarche qualité remonte à quatre ans. J'exerçais alors comme médecin intérimaire dans un service de SSR polyvalent lorsqu'un appel du Président de la Commission Médicale des Établissements (CME) m'a proposé de participer à une auto-évaluation. Ignorant ce que cela impliquait, je lui ai demandé des précisions. Il s'agissait de présenter quelques-uns des patients dont j'assurais la prise en soin. Presque aussitôt, le cadre de santé m'a remis le référentiel de certification. À l'époque, les notions de gestion documentaire et la fonction de responsable qualité m'étaient encore très floues.

En 2024, en tant que stagiaire qualité, j'ai contribué à la préparation puis au déroulement de la visite de certification du pôle Établissements du groupe FILIERIS, organisée en juin. Cette période intense pour l'ensemble des professionnels a exigé de rapides apprentissages, de nombreux ajustements et parfois même une réorganisation des pratiques. Ce travail, certes chronophage et exigeant, a porté ses fruits. En effet, lors de la publication des résultats, la HAS a décerné au pôle la certification « avec mention ».

¹ Cf Glossaire

² Cf Glossaire

Plusieurs études montrent qu'après l'enthousiasme initial, l'engagement tend à s'éroder. Notamment sous l'effet d'un soutien institutionnel inconstant, d'une charge de travail perçue comme croissante et d'outils jugés parfois trop administratifs. À l'inverse, lorsque les soignants trouvent du sens à la démarche, disposent d'un leadership éclairé et de ressources adaptées, ils deviennent de véritables acteurs capables de diffuser une culture qualité vivante et partagée.

C'est à cette tension entre contrainte et levier que répond le présent mémoire, dont la problématique est formulée ainsi : *quels sont les leviers permettant l'implication pérenne du personnel soignant dans la démarche de certification HAS, afin de garantir une appropriation durable des pratiques de qualité et de sécurité des soins en SMR polyvalents et gériatriques ?* À travers cette question, il s'agit d'identifier les facteurs susceptibles de transformer l'obligation réglementaire en moteur continu d'amélioration.

Afin de dépasser un discours purement normatif, la recherche repose sur une étude qualitative conduite auprès de onze professionnels (médecins, infirmiers et aides-soignants) exerçant dans des SMR polyvalents et gériatriques du groupe FILIERIS, répartis sur les départements du Nord et du Pas-de-Calais. Les entretiens semi-directifs ont permis de recueillir la perception, la motivation et les obstacles vécus au quotidien. Le choix de cette approche répond à un double objectif : croiser le regard des acteurs de terrain avec les enseignements de la littérature et repérer des leviers opérationnels transférables à d'autres établissements.

Les résultats attendus présentent un triple intérêt :

- Scientifique, en enrichissant les travaux sur l'engagement des professionnels de santé face aux dispositifs d'évaluation externe ;
- Managérial, en proposant des pistes concrètes pour inscrire la démarche qualité dans la durée ;
- Sociétal, en contribuant à la sécurisation des parcours patients dans un secteur de santé stratégique pour l'accompagnement au vieillissement et à la réadaptation.

Pour répondre à la problématique, l'argumentation se décline en quatre chapitres :

- **Modernisation des soins, certification et engagement des professionnels** : ce premier chapitre dresse le panorama des mutations du secteur SMR, retrace l'évolution des référentiels HAS et examine les réticences comme les atouts de l'implication soignante.
- **Présentation de la méthode de l'enquête** : ce chapitre explicite la démarche qualitative retenue, précise le cadre de l'enquête, le profil des participants et les modalités d'analyse des données.
- **Analyse des entretiens** : ce chapitre met en lumière la représentation de la qualité par les soignants, leurs motivations, les freins rencontrés, l'appropriation des outils et l'impact vécu lors de la dernière visite de certification.
- **Discussion** : les résultats sont mis en perspective avec la littérature pour dégager les six leviers d'implication pérenne. Des recommandations opérationnelles concluent la réflexion.

1 MODERNISATION DES SOINS, CERTIFICATION ET ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS

1.1 Présentation des SMR

1.1.1 A l'origine, les Soins de Suite et de Réadaptation

Les SSR, définis juridiquement en 1991 [6], jouaient un rôle clé dans les parcours de santé en améliorant les capacités fonctionnelles des patients, en réduisant les séquelles ou limitations et en soutenant leur réinsertion sociale ou professionnelle. Ce secteur, récemment transformé grâce à des réformes visant à moderniser son financement et son organisation, offrait des services pluridisciplinaires adaptés aux besoins variés des patients [7].

Les missions des SSR

Les missions des soins de suite s'articulaient autour de trois axes complémentaires : la rééducation qui vise à restaurer un organe ou une fonction lésée, la réadaptation dont l'objectif est d'aider les patients à s'adapter à des limitations irréversibles et la réinsertion qui consiste à permettre un retour à une vie familiale et professionnelle aussi autonome que possible.

Leur organisation

Les 1 600 structures SSR [7] se répartissaient en :

- Établissements polyvalents : soins de proximité.
- Établissements spécialisés : prise en charge de pathologies complexes (neurologiques, cardiovasculaires, onco-hématologiques, etc.).
- Établissements experts : soins intensifs pour des cas spécifiques ou complexes.

Une fonction de coordination

Les SSR collaboraient avec les hôpitaux, les professionnels libéraux (kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.), les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) pour assurer la continuité et la qualité des soins. Ils participaient aussi aux plans de santé publique (Accident Vasculaire Cérébral (AVC), cancer, maladie type Alzheimer, etc.).

Place des SSR dans le parcours de soins

Les SSR intervenaient principalement après un court séjour hospitalier, mais aussi directement depuis le domicile ou les structures médico-sociales, offrant une flexibilité adaptée aux besoins des patients, notamment ceux atteints de maladies chroniques.

1.1.2 Puis, les Soins Médicaux et de Réadaptation

Principales évolutions liées au nouveau régime d'autorisations

Le nouveau régime d'autorisations de l'activité des SSR du premier juin 2023 [8] [9] a pour objectif de clarifier et mieux identifier les différentes activités. En premier lieu, il modifie la dénomination de l'activité, désormais appelée "Soins médicaux et de réadaptation". Cette évolution vise à refléter plus fidèlement l'activité réelle des établissements, en mettant en avant les transformations dans les modalités de prise en charge et les profils des patients accueillis. Les établissements de SMR publics sont traditionnellement tournés vers les prises en charge gériatriques et polyvalentes, tandis que le secteur privé s'oriente vers les SMR spécialisés. [10]

Le nouveau régime d'autorisations introduit plusieurs mentions spécifiques parmi lesquelles on peut citer :

- **Mention « Polyvalent »** : désormais créée officiellement, cette mention vise à normaliser les conditions techniques de fonctionnement et homogénéiser les pratiques entre régions et établissements. Elle remplace une attribution par défaut qui manquait de mise en œuvre réelle.
- **Mention « Enfants et adolescents »** : cette nouvelle modalité est dédiée à la prise en charge des enfants, avec des conditions techniques spécifiques, pour mieux répondre à leurs besoins et structurer la filière pédiatrique.
- **Mention « Oncologie »** : elle est conçue pour améliorer l'accès des patients atteints de cancer à la réadaptation à chaque étape de leur parcours.

En parallèle, les exigences techniques de fonctionnement ont été ajustées pour d'autres mentions : « Gériatrie », « Locomoteur », « Système nerveux », « Cardiovasculaire » et « Conduites addictives » afin de mieux répondre aux besoins spécifiques de chaque population prise en charge.

Renforcement de la place des SMR dans les filières de soins

Le SMR s'inscrit dans des filières de prise en charge intégrées, notamment gériatriques, pour garantir un suivi continu des patients tout au long de leur parcours en évitant les ruptures. Le SMR doit assurer les fonctions suivantes :

- **Coordination et expertise** : collaboration avec les structures de court et long séjour ainsi que d'autres établissements SMR pour organiser les soins associés à un rôle d'expertise et de recours auprès des autres établissements de santé et médico-sociaux.
- **Articulation avec les partenaires de ville** : faciliter l'accès aux SMR et le retour des patients à domicile, notamment via les CPTS et le développement des admissions directes depuis le domicile grâce aux médecins traitants.
- **Projet thérapeutique individualisé** : en hospitalisation, il repose sur une équipe pluridisciplinaire et est régulièrement réévalué selon les dimensions du handicap définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (déficiences, activités, participation). En dehors de l'établissement SMR, ce projet se poursuit par des collaborations avec les professionnels de ville et les services médico-sociaux.
- **Implication du patient et de ses proches** : essentielle, surtout pour les maladies chroniques, afin d'assurer une prise en charge efficace et adaptée.

Les modalités de la nouvelle structuration de l'activité qui intéressent le sujet de cette étude

Concernant la mention « Polyvalent », ce service intervient à tout moment du parcours du patient afin de favoriser la récupération des capacités psychiques et physiques. Il se concentre principalement sur les pathologies chroniques et l'allongement de la durée de vie. Il vise à développer les admissions directes depuis le domicile pour répondre aux besoins de proximité. La prise en charge concerne les patients ne nécessitant pas de rééducation complexe et intensive, avec des soins assurés par une équipe pluridisciplinaire où les bilans jouent un rôle clé.

La mention « Gériatrie » vise une réadaptation intensive destinée à réduire la perte d'autonomie des personnes âgées, notamment en cas de polytraumatismes, AVC ou dénutrition. L'orientation repose sur l'âge, la complexité de l'état de santé et le besoin d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée. Les compétences médicales obligatoires incluent un gériatre ou un médecin spécialisé, tandis que des compétences recommandées concernent la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), la neurologie, la psychiatrie ou la cardiologie. L'équipe non médicale comprend un infirmier, un aide-soignant, un

psychologue, un ergothérapeute et un diététicien, tous formés à la prise en charge gériatrique, au dépistage et à la gestion de la douleur. Le plateau technique doit inclure des espaces adaptés, un plateau neurocognitif et des zones de réadaptation limitant les transferts, avec en complément des chambres adaptées, des équipements spécifiques, des outils d'évaluation de la dénutrition, la rééducation de l'incontinence et des technologies comme la réalité augmentée par exemple. La sécurité est assurée par des locaux adaptés aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer, équipés d'un digicode à l'entrée.

La modernisation des soins, marquée par la transformation progressive des SSR en SMR a introduit de nouvelles exigences tant au niveau organisationnel que clinique. Cette évolution s'accompagne d'une attention croissante portée à la qualité et à la sécurité des soins. Pour accompagner efficacement ces évolutions et en garantir l'appropriation durable par les équipes, la démarche qualité a dû s'adapter de façon continue au niveau local. Cette dynamique d'adaptation s'inscrit également à l'échelle nationale, sous l'impulsion de la HAS. La partie suivante abordera l'évolution progressive des référentiels.

1.2 L'adaptation de la démarche qualité au fil des référentiels

En France, la certification des établissements de santé est une procédure obligatoire et indépendante, ayant pour objectif d'évaluer la qualité et la sécurité des soins offerts par les hôpitaux et cliniques, qu'ils soient publics ou privés. Cette démarche a évolué au fil des années, passant de l'accréditation à la certification telle qu'elle existe aujourd'hui. Les adaptations du référentiel de la HAS visent à centrer l'évaluation des établissements de santé sur les résultats pour les patients, simplifiant la certification et l'intégrant mieux dans les pratiques des soignants. Elles renforcent l'implication des patients et favorisent la coordination territoriale et le travail en équipe pour améliorer la qualité des soins.

1.2.1 Évolution des référentiels de certification

L'évolution de l'évaluation des établissements de santé et par la même occasion celle des référentiels peut se présenter de la manière suivante [11].

1999, une vision bureaucratique de la qualité

L'accréditation, qui était l'ancienne version de la certification, avait pour objectif d'inciter les établissements de santé à mettre en œuvre des démarches de qualité. Cette démarche se focalisait sur les moyens et les processus adoptés par les établissements. Au cours d'une visite réalisée par des experts-visiteurs, un rapport détaillant les points forts et les axes d'amélioration était rédigé, servant de fondement aux autorités de contrôle pour évaluer la qualité des soins et déterminer la poursuite des activités de l'établissement [12].

2005, évaluation des pratiques professionnelles

Une nouvelle version apparaît et porte désormais le nom de certification. Elle couvrait plusieurs aspects, notamment la gouvernance, la gestion des ressources humaines, les services hôteliers et logistiques, la sécurité environnementale ainsi que la prise en charge des patients. Elle s'inscrivait dans une logique d'« assurance-qualité », offrant aux pouvoirs publics un outil de régulation basé sur l'évaluation de l'efficacité médico-économique des ressources allouées. Cette procédure a évolué sous la responsabilité de la HAS, qui a succédé à l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé). La certification est ainsi devenue une évaluation externe obligatoire, appliquée à l'ensemble des établissements de santé par des experts mandatés par la HAS. Son objectif principal est d'apporter une évaluation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins, ainsi que sur l'ensemble des services fournis par les hôpitaux et cliniques en France [13].

2010, information des usagers sur des indicateurs de performance

Le référentiel a mis en évidence l'impact du management de la qualité et de la gestion des risques sur le quotidien des équipes de soins. Ainsi, la démarche qualité vise à évaluer les pratiques professionnelles et à instaurer des indicateurs de performance, publiés par la HAS pour informer le grand public. Cette approche favorise une régulation en s'appuyant sur la transparence et l'influence de l'opinion publique [14].

2014, la notion de qualité perçue (patient traceur)

La quatrième version intègre la notion de satisfaction des patients en introduisant une nouvelle méthode d'évaluation, le « patient traceur ». Cet audit de processus offre aux experts visiteurs un outil d'analyse permettant d'apprécier la qualité des soins de manière plus approfondie [15].

2020, Patient et territoire de santé (Patient-Système)

La HAS a instauré une nouvelle procédure de certification des soins plus simple et centrée sur le patient. Cette approche met en avant l'analyse du patient dans son environnement de santé, en tenant compte des interactions entre les différents acteurs du système de soins et met l'accent sur le travail en équipe. Elle vise à mieux évaluer les résultats de la prise en charge, à simplifier le processus pour qu'il soit plus en phase avec les pratiques des professionnels et à s'adapter aux évolutions du système de santé. En valorisant l'intégration territoriale des établissements et la coordination des parcours de soins, elle encourage la coopération entre les secteurs public et privé, le développement de l'ambulatoire et l'optimisation des ressources par la mutualisation des moyens [16].

2024, Axée sur la qualité et l'expérience patient

Dans cette nouvelle version, on aspire à médicaliser l'évaluation en se concentrant sur les pratiques des soignants et les résultats pour le patient en termes de sécurité, efficacité et satisfaction. Il s'agit cette fois de simplifier la démarche de certification en renforçant l'autonomie des établissements et en mettant l'accent sur les résultats plutôt que sur les processus. L'insertion territoriale et la coordination des parcours de soins sont valorisées en tenant compte des besoins et des choix des patients. Cette approche recentrée sur l'expérience patient et l'amélioration continue des pratiques intègre également la gestion des risques, notamment numériques et organisationnels, pour offrir des soins de qualité et mieux répondre aux attentes des usagers et des professionnels [17] [18].

Perspectives à venir

Le dispositif actuel de certification des établissements de santé, validé par l'ISQua³(The International Society for Quality in Health Care) en février 2023 et bénéficiant d'un retour positif par les professionnels, a prouvé son efficacité. Le 21 janvier 2025, la HAS a lancé le 6^e cycle de certification, dont le référentiel, applicable dès septembre 2025, s'inscrit dans la continuité du précédent avec plusieurs évolutions. Ce nouveau cadre met l'accent sur l'évaluation en psychiatrie, soins critiques et urgences, en renforçant les critères liés à l'accueil, l'orientation et la sécurité des soins. Il intègre également les avancées des pratiques médicales et paramédicales, notamment en matière de dispositifs médicaux numériques, télésanté et soins éco-responsables. Par ailleurs, l'expérience patient devient

³ Cf Glossaire

centrale : la satisfaction (e-Satis) devient un critère impératif et l'engagement des patients dans les instances collectives est désormais pris en compte [19].

Une vue synthétique des différentes étapes de l'évolution des référentiels de certification est représentée en figure 1.

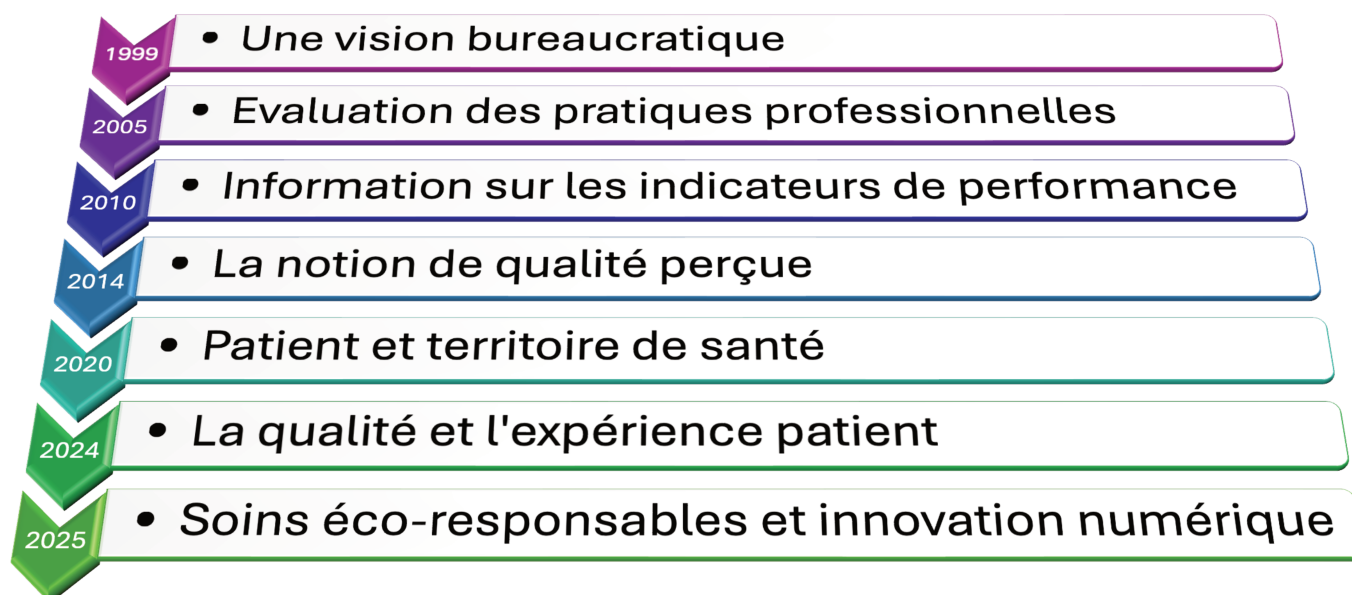


Figure 1: Évolution du référentiel de l'HAS au fil du temps

1.2.2 Les axes d'amélioration de l'évaluation des établissements de santé

Les principales adaptations du référentiel HAS pour l'évaluation des établissements de santé reposent sur plusieurs axes d'amélioration qui impactent le travail des soignants.

Recentrage sur les résultats pour le patient

L'évaluation des établissements de santé évolue en se concentrant davantage sur la qualité des soins et les bénéfices pour le patient, plutôt que sur les seuls moyens et processus. Dans cette perspective, la méthode du patient traceur est renforcée afin d'analyser plus précisément le parcours de soins et l'expérience vécue par le patient.

Simplification de la démarche de certification

Le nombre de critères évalués est réduit afin d'alléger la charge des établissements, tandis que les exigences sont clarifiées et harmonisées pour faciliter leur appropriation par les équipes médicales.

Une évaluation plus ancrée dans les pratiques des soignants

Le référentiel est intégré au quotidien des professionnels de santé afin de faciliter son application, tandis que les auto-évaluations et les démarches d'amélioration continue sont développées pour impliquer directement les équipes dans l'optimisation des pratiques.

Renforcement de l'engagement des patients

L'évaluation de la qualité des soins intègre désormais l'expérience et le ressenti des patients, avec la mise en place d'outils destinés à les impliquer davantage dans leur parcours de soins et à recueillir leurs retours.

Adaptation aux évolutions du système de santé

L'ancrage territorial des établissements est valorisé afin d'améliorer la coordination des parcours de soins, tandis que l'articulation entre la certification et les autres démarches d'évaluation est renforcée pour éviter les doublons et assurer une meilleure cohérence des évaluations.

Promotion du travail en équipe

Les pratiques collaboratives et le partage d'expériences entre soignants sont encouragés, tandis que l'évaluation prend en compte le fonctionnement collectif des équipes, en plus des compétences individuelles, afin d'améliorer la coordination et l'efficacité des soins.

Ces évolutions permettent de rendre la certification plus pertinente, plus efficace et mieux adaptée aux réalités du terrain, tout en renforçant la qualité et la sécurité des soins pour les patients.

1.3 Les réticences à l'implication durable des soignants

1.3.1 Les écueils de l'accréditation

Bien que l'objectif de l'accréditation fut d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en s'appuyant sur des protocoles et des outils de contrôle, elle est perçue négativement par de nombreux soignants, suscitant des réticences. Son effet varie selon les services : certains estiment son impact limité, tandis que d'autres l'associent à une surcharge de travail et à une détérioration de la coopération. Si une minorité reconnaît des bénéfices, notamment en ce qui concerne la relation avec les patients, le décalage entre la vision de la qualité des soignants et celle imposée par l'accréditation entraîne de l'insatisfaction [20].

En effet, les soignants sont fréquemment confrontés à une charge de travail élevée, ce qui les amène à privilégier les soins quotidiens aux patients. Cette situation limite leur disponibilité pour s'investir pleinement dans les processus de certification, perçus parfois comme secondaires par rapport aux urgences cliniques.

De plus, si l'évaluation de la qualité et la sécurité des soins est vue comme une formalité administrative imposée plutôt que comme une opportunité d'amélioration des pratiques, la motivation des soignants à s'y investir durablement s'en trouve réduite. Cette perception peut être renforcée par un manque de communication sur les bénéfices concrets de la démarche pour la qualité des soins et le bien-être au travail.

1.3.2 Les retours de la certification

En 2018, la HAS a évalué la version 2014 de la certification auprès de 561 établissements, révélant une satisfaction globale de 6,4/10. Les points forts incluent la méthode du patient traceur (7,9/10) et l'audit de processus (7/10), tandis que les échanges avec la HAS (6,6/10) et le format du rapport de visite (5,9/10) nécessitent des améliorations. Les établissements interrogés estiment que la certification V2014 a renforcé l'approche centrée sur le patient, l'identification des risques et la culture qualité et sécurité des soins. Elle a également amélioré le fonctionnement des secteurs à risques, la gestion du circuit du médicament et la déclaration des événements indésirables. En revanche, son impact reste limité sur la pertinence des soins, la valorisation des prises en charge, l'implication du patient, la régulation territoriale, ainsi que sur la gestion de la douleur, du risque infectieux et de la qualité de vie au travail [21].

En 2022, la HAS a étudié l'impact de la 5^{ème} version de la certification avec 290 établissements et la satisfaction globale a atteint 7,4/10, une amélioration par rapport à la version 2014. Les établissements considèrent cette version plus réaliste, simple et adaptée à la pratique quotidienne. Les points forts confirmés incluent le patient traceur (7,9/10), la restitution des constats par les experts (8,3/10) et les visites (7,8/10). La qualité des échanges avec la HAS et le format du rapport de visite ont également progressé. Cependant, des axes d'amélioration subsistent : la plateforme CALISTA⁴(6,8/10), les délais d'obtention des rapports (7,1/10) et la personnalisation du référentiel nécessitent encore des ajustements. La certification reste aussi perçue comme stressante et chronophage. Les établissements estiment que la 5e version de la certification améliore plusieurs aspects, notamment la culture de la qualité, la gestion des risques, l'engagement du patient, la coordination des soins, l'esprit d'équipe et l'implantation locale des établissements. Cependant, concernant la qualité de vie au travail et les relations avec les institutions, les avis sont plus mitigés. De plus, le macaron de certification reste encore insuffisamment connu pour influencer les patients et les professionnels de santé [21].

En complément de l'information issue de ces rapports, dans l'une de ses publications le Haut Conseil de la Santé Publique précise que les obstacles à l'amélioration continue de la qualité émergent principalement lors de la phase de pérennisation, plutôt qu'à son initiation. Cette démarche repose sur une approche externe visant à maîtriser des processus complexes impliquant de nombreux acteurs. Elle nécessite l'adoption de nouvelles références et valeurs, pouvant perturber les habitudes profondément ancrées dans les cultures de service des hôpitaux.

Si l'adhésion est souvent forte au sein des comités de pilotage, composés de personnes attirées par la nouveauté, l'enthousiasme initial peut rapidement s'essouffler en raison des résistances aux nouvelles pratiques et du manque de soutien des dirigeants.

⁴ Cf Glossaire

1.3.3 L'impact d'un manque de soutien institutionnel

Le manque d'engagement visible des dirigeants et des responsables hiérarchiques peut décourager les soignants de s'impliquer activement dans les démarches de certification. Une faiblesse du leadership en matière de qualité des soins entraîne souvent une démobilisation des équipes, qui ne se sentent ni soutenues ni reconnues dans leurs efforts.

Un pilotage ponctuel, limité aux échéances liées à la venue des experts visiteurs, conduit également à un déficit de management intermédiaire opérationnel, indispensable pour ancrer et développer la démarche qualité au sein des services. Par ailleurs, un frein culturel, lié à la crainte de surcharger les équipes, limite l'essor de la culture qualité. Cela provoque un désengagement initial des professionnels, qui peut évoluer vers une résistance active au changement [22].

1.3.4 Le manque de structuration organisationnelle et de moyens

Un obstacle technique réside dans l'absence d'outils de partage des informations essentielles à la qualité de la prise en charge du patient et à la gestion des données nécessaires à l'amélioration continue (défaut de gestion documentaire). De plus, le manque de ressources humaines et matérielles complique la mise en œuvre des actions requises pour l'adoption de la démarche qualité. L'insuffisance de temps, de personnel formé et d'outils adaptés peut entraîner une surcharge de travail pour les soignants générant de la frustration et de la démotivation.

Par ailleurs, une organisation interne défaillante, marquée par une traçabilité insuffisante des indicateurs de qualité, constitue un frein majeur à la certification. L'absence de protocoles clairs et de documentation accessible peut dissuader les soignants de s'impliquer dans une démarche qualité perçue comme complexe et chronophage.

1.4 Les leviers pour encourager un engagement continu

L'amélioration de la qualité des prestations repose sur l'engagement actif de l'établissement et de l'ensemble des professionnels dans une démarche concrète d'optimisation des processus et des pratiques de soins. Leur implication est essentielle pour mettre en œuvre les actions, évaluer les résultats, valoriser les progrès réalisés et poursuivre cette dynamique en continu.

1.4.1 Quelques définitions

L'implication est un terme qui revêt plusieurs définitions. En psychologie, comme en sociologie l'implication peut être définie comme le degré d'engagement ou d'identification d'un individu envers une organisation, reflétant son adhésion aux valeurs et objectifs de celle-ci, ainsi que sa volonté de contribuer à sa réussite [23].

L'adjectif pérenne désigne ce qui dure dans le temps, de manière stable et continue. Il vient du latin *perennis*, signifiant « qui dure toute l'année » ou « qui perdure au-delà d'un an » [24].

Concernant un projet d'établissement ou une démarche, la pérennité désigne la durabilité d'un projet au-delà de sa durée initiale qui doit être justifiée. La durabilité du projet repose sur la capacité d'adaptation de l'établissement, ce qui nécessite certaines conditions [25] :

- Une évaluation positive justifie sa poursuite et peut nécessiter des ajustements.
- Le soutien institutionnel est essentiel : ce soutien implique son intégration aux axes de travail et l'attribution de ressources.
- La cohésion de l'équipe doit être accompagnée d'une répartition équilibrée des tâches pour assurer la continuité du projet sans dépendre de quelques individus.

1.4.2 Les leviers d'une implication pérenne issus de l'adaptation des méthodes d'évaluation

L'évolution progressive des référentiels de certification en lien avec les politiques publiques témoigne d'une recherche constante de performance du système de santé. La HAS adapte ses référentiels pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, s'aligner sur les évolutions réglementaires, intégrer les innovations technologiques et répondre aux changements sanitaires. Ainsi qu'indiqué dans la partie 1.2, la HAS a également fait évoluer ses méthodes d'évaluation afin de favoriser, dans un premier temps, l'adhésion des professionnels, puis leur engagement durable dans la démarche qualité.

Faciliter l'adhésion en utilisant des méthodes et outils adaptés à la pratique des soignants

Depuis l'accréditation, la HAS a cherché à simplifier ses méthodes d'évaluation et à développer des outils plus adaptés à la pratique des soignants. Cette démarche accueillie favorablement par les professionnels les implique davantage dans le processus, les rendant acteurs plutôt que porteurs.

Cette approche contribue également à améliorer l'image de la gestion de la qualité, souvent perçue comme bureaucratique dans les services hospitaliers, et à redonner du sens à cette démarche pour les professionnels de santé [26].

Par ailleurs, l'implication de l'ensemble des professionnels favorise la mobilisation des compétences internes, une meilleure appropriation des objectifs et l'instauration d'une culture commune axée sur l'amélioration continue.

La pratique d'une auto-évaluation régulière

La pratique d'une auto-évaluation régulière constitue un levier essentiel pour renforcer l'engagement des professionnels de santé. En les familiarisant avec les méthodes et outils d'évaluation de la HAS, elle leur permet de mieux comprendre les critères de qualité et de sécurité des soins. En étant directement impliqués dans l'analyse de leurs pratiques, les soignants prennent conscience des enjeux et deviennent des acteurs clés de l'amélioration continue.

Cette démarche favorise également l'appropriation des bonnes pratiques. En évaluant régulièrement leur propre travail, les équipes intègrent progressivement les standards de certification dans leur routine quotidienne. Ces exigences deviennent ainsi plus naturelles et moins perçues comme des contraintes externes, facilitant leur adoption et leur application.

Par ailleurs, l'auto-évaluation contribue à une amélioration continue et à une meilleure réactivité. Elle permet d'identifier rapidement les points faibles et de mettre en place des actions correctives bien avant la visite de certification. Cette approche proactive renforce une culture de la qualité dynamique et ancrée dans la pratique quotidienne.

En outre, comme abordé dans la partie 1.2.2, elle valorise le travail des équipes en leur conférant un rôle actif dans l'amélioration des soins. Cette implication renforce leur motivation et leur sentiment d'appartenance à un projet collectif, ce qui favorise leur engagement durable.

Enfin, une auto-évaluation régulière constitue une préparation efficace à la certification. En l'instaurant régulièrement, l'établissement évite une préparation précipitée en amont de la certification et favorise une amélioration continue qui s'inscrit dans la durée. Ainsi, elle transforme la certification en un processus évolutif et engageant, plutôt qu'en une simple contrainte administrative.

Placer le patient au cœur de la démarche

La prise en compte des besoins et de la satisfaction du patient constitue le fondement de la démarche qualité. Dans l'adaptation de ses méthodes d'évaluation, la HAS s'efforce de placer le patient au cœur du dispositif et d'intégrer ses attentes dans l'organisation des établissements de santé. Ces éléments sont essentiels pour assurer la cohérence de la démarche et favoriser l'adhésion durable des professionnels de santé, dont l'activité repose avant tout sur la prise en charge du patient.

Toutefois, la complexité des processus de soins et la nécessité de maîtriser des résultats intermédiaires conduisent à la mise en œuvre de nombreux projets, dont certains, spécialisés, peuvent s'éloigner des objectifs initiaux d'amélioration centrés sur le patient. Pour éviter cela, il est essentiel que le pilotage de la démarche qualité veille en permanence à sa cohérence avec l'objectif principal : répondre aux besoins du patient. Il s'agit notamment de prévenir toute dérive où un aspect spécifique du dispositif prendrait le pas sur l'objectif global d'amélioration.

Par ailleurs, le patient doit être directement impliqué dans cette démarche afin de devenir un acteur à part entière de l'évolution de l'établissement de santé. Cette intégration doit s'inscrire dans une relation authentique et constructive, et non se limiter à une participation symbolique. De manière plus générale, le rôle du patient dans les dispositifs d'amélioration de la qualité est appelé à s'étendre. Plusieurs évolutions récentes en témoignent, comme la présence de représentants des patients au sein des conseils d'administration des établissements publics ou encore leur participation aux comités de lutte contre les infections associées aux soins.

1.4.3 Les leviers stratégiques

Engagement de la direction et leadership

Le soutien actif de la direction est crucial pour impulser et maintenir une démarche qualité. Un leadership fort favorise la participation des équipes et la mise en œuvre effective des processus de certification.

Le succès d'une démarche qualité en établissement de santé repose sur plusieurs facteurs clés, notamment l'engagement explicite des responsables. Cet engagement doit être clair, concret et durable, se traduisant par une cohérence entre les décisions stratégiques et la politique qualité, une communication forte, ainsi qu'une transparence des informations et des décisions. Il implique également la disponibilité des dirigeants, leur exemplarité, ainsi que la mise en place de mesures incitatives pour encourager la participation du personnel. Enfin, cet engagement permet de surmonter les résistances au changement et de favoriser une amélioration continue de la qualité des soins [27].

Formation et sensibilisation à la qualité et sécurité des soins

La mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité repose sur un développement progressif des compétences des professionnels. Initialement portée par la motivation de quelques-uns, cette démarche doit s'étendre à l'ensemble des équipes grâce à une formation adaptée.

Cette formation a plusieurs objectifs : aider les professionnels à comprendre les enjeux de la qualité, leur permettre d'acquérir et d'expérimenter les méthodes, puis les appliquer concrètement dans leur pratique. À terme, ceux ayant acquis de l'expérience pourront guider et conseiller leurs collègues dans la mise en œuvre de ces méthodes.

Pour être efficace, la stratégie de formation doit :

- **S'adapter au contexte et aux besoins** de chaque catégorie de professionnels selon leur rôle et leur fonction dans l'établissement.
- **Privilégier des approches pratiques**, avec des mises en situation et des cas concrets directement liés aux problématiques rencontrées sur le terrain (formation-action).
- **Garantir une application rapide des connaissances acquises**, car l'impact de la formation diminue si elle n'est pas mise en pratique dans un délai court.

De ce fait, une formation bien structurée et opérationnelle contribue à la diffusion et à l'ancrage des démarches qualité au sein des établissements de santé.

Encourager et favoriser la communication

Une communication interne efficace est essentielle à la réussite et à la pérennisation de la démarche qualité. Elle permet de partager le sens de la démarche, de diffuser les idées, de valoriser les actions menées et de sensibiliser les professionnels aux enjeux et aux résultats obtenus. En favorisant leur implication, elle encourage le développement d'initiatives. Pour être crédible et efficace, la stratégie de communication doit adapter le niveau d'information aux besoins de chaque acteur afin de faciliter leur appropriation de la démarche.

Une communication externe performante, intégrée à la coordination territoriale, est indispensable pour favoriser la collaboration avec les autres acteurs du territoire, tels que les structures médico-sociales et les professionnels libéraux. Elle permet d'assurer une prise en charge globale et cohérente des patients, en particulier dans le cadre des parcours de soins. Cette approche s'inscrit pleinement dans la mission du SMR, comme évoqué dans la partie 1.1.2. Elle garantit une préparation optimale à la sortie du patient et limite les risques de réhospitalisation précoce. Cela vient renforcer et valoriser le travail des soignants.

Une démarche structurée

L'instauration de structures de pilotage et de coordination, ainsi que la répartition claire des responsabilités en matière de qualité, constituent des éléments essentiels pour assurer la réussite et la pérennité de la démarche. Il est crucial de veiller à la diversité des professionnels impliqués et de privilégier une animation participative favorisant l'engagement de tous [28].

1.4.4 Un levier relevant des fonctions support : le système d'information

Le système d'information numérique joue un rôle clé en facilitant plusieurs aspects essentiels [29] :

- **Suivi et traçabilité des actions** : les outils numériques permettent d'enregistrer les pratiques, de collecter efficacement les informations et d'assurer un suivi précis des indicateurs de qualité. Cela facilite les audits et aide à identifier les axes d'amélioration.
- **Simplification de la gestion documentaire** : la mise à jour des protocoles, des instructions, des plans d'action et des retours d'expérience doit être optimisée, pour garantir un accès rapide et sécurisé aux documents normatifs.
- **Amélioration des échanges et de la communication** : les plateformes collaboratives et les outils de messagerie sécurisés renforcent la communication entre les équipes et assurent une diffusion efficace des informations.

Grâce à ces fonctionnalités, le système d'information numérique, associé à l'adaptation des organisations professionnelles à son usage, favorise une mobilisation à long terme des soignants. Il rend la démarche de certification plus accessible, fluide et engageante au quotidien.

2 PRESENTATION DE LA METHODE D'ENQUETE

2.1 Méthode de recueil de données

2.1.1 Cadre général de l'enquête

L'étude qualitative est une enquête permettant de « *développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants* » [30]. Ainsi, une étude qualitative a été retenue afin de mieux comprendre les perceptions, les ressentis et les dynamiques d'implication des professionnels face aux évolutions organisationnelles et à la démarche qualité en SMR.

2.1.2 Objectifs de l'enquête et choix des participants

Cette étude vise à identifier les facteurs qui favorisent ou freinent la participation continue des soignants dans la démarche qualité. Pour atteindre cet objectif, il convient d'explorer leur perception de cette démarche, les motivations qui les encouragent à s'y engager, ainsi que les réticences ou les obstacles qu'ils rencontrent, tout en comprenant précisément pourquoi ces éléments influencent leur engagement. La recherche bibliographique réalisée a permis de recenser plusieurs leviers et freins, qui seront ensuite confrontés aux données recueillies directement auprès des professionnels interrogés sur le terrain. Un objectif secondaire de ce travail est d'analyser comment les soignants perçoivent l'évolution des méthodes d'évaluation mises en place par la HAS, afin de déterminer si ces approches sont davantage en corrélation avec leur travail et leur pratique.

Les professionnels interrogés sont des soignants exerçant les fonctions de médecin, infirmier et aide-soignant. Ils travaillent tous au sein d'établissements de santé de type SMR, de modalité polyvalente ou gériatrique. Ces structures sont organisées en un pôle établissements au sein du groupe FILIERIS NORD. Afin de diversifier les profils et de limiter les biais de sélection, le choix s'est porté sur l'audition de professionnels exerçant diverses fonctions et issus de différents établissements répartis dans la région Hauts-de-France.

La figure 2 représente les établissements choisis pour les entretiens (cerclés de rouge).



Figure 2 : Implantation des établissements FILIERIS [31]

2.1.3 Le guide d'entretien

Afin d'explorer les différents aspects de la problématique, un guide d'entretien semi-directif a été élaboré (Annexe I). Celui-ci vise à structurer les échanges autour de différentes thématiques préalablement analysées lors de la revue de la littérature et répondant aux objectifs fixés.

Ce guide vise à explorer leur niveau de connaissance, leur expérience, leurs motivations, ainsi que les freins rencontrés concernant la démarche qualité et la visite de certification HAS. Il comprend treize questions principales, réparties autour de plusieurs thématiques : l'expérience des visites de certification, la compréhension et l'appropriation de la démarche d'amélioration continue, l'implication personnelle et collective, la formation, les outils utilisés, la communication interne, ainsi que les perspectives d'amélioration.

La structure semi-directive permet d'assurer un cadre commun d'interrogation, tout en laissant aux professionnels la liberté de développer leurs réponses, de partager leur vécu et d'exprimer des éléments subjectifs difficiles à saisir par une méthode quantitative. Les réponses recueillies sont anonymes et strictement utilisées dans le cadre de ce mémoire.

2.2 Organisation du recueil et de l'analyse des données

Tous les entretiens ont été réalisés en présentiel, au sein de l'établissement où exerçait chaque professionnel. Leur durée moyenne variait entre quarante-cinq minutes et une heure.

L'ensemble des entretiens a été intégralement retranscrit à partir d'enregistrements audio, effectués avec le consentement des personnes interrogées. Ces retranscriptions constituent un corpus de témoignages qui a ensuite fait l'objet d'une analyse. L'intégralité de la retranscription d'un entretien avec un médecin gériatre est présentée en annexe II.

L'idée première pour répondre à l'objectif de cette étude était de présenter une analyse verticale de chaque entretien puis une analyse transversale et d'identifier les points de convergence et de divergence relatifs à chaque fonction. Toutefois en raison de contraintes temporelles mais aussi de format (limitation à 60 pages), une autre stratégie a été adoptée. Celle-ci consistait à réaliser une analyse transversale par thème suivant peu ou prou ceux déclinés dans mon guide d'entretien.

L'analyse des retranscriptions a permis d'extraire des données significatives (mots-clés, idées fortes, verbatims) puis de les organiser selon des thématiques précises. Ces thèmes retracent le parcours d'un professionnel dans son rapport à la culture qualité. L'étude s'ouvre sur la représentation globale que les soignants ont de cette démarche avant d'aborder les éléments qui les amènent à s'y engager : motivations, freins, et leviers d'implication. Elle explore ensuite leur appropriation des outils qualité, leur perception de la communication autour de la démarche, ainsi que leur ressenti concernant la formation. La dynamique collective de l'équipe est également questionnée, avant de conclure par le vécu de la dernière visite de certification, réalisée en juin 2024.

2.3 Limites de l'enquête

La principale limite de cette étude réside dans le fait que les entretiens ont été réalisés auprès de professionnels exerçant dans des établissements appartenant au même groupe. En effet, le pôle établissements FILIERIS NORD dispose d'une cellule qualité commune à l'ensemble de ses structures de santé. Par conséquent, tous ces établissements partagent une culture qualité similaire, ce qui constitue un biais dans l'interprétation des résultats de l'analyse.

Une autre limite tient au fait que l'enquête porte uniquement sur le personnel soignant exerçant dans des services de SMR polyvalents et gériatriques. J'ai délibérément retenu cette restriction afin d'étudier la problématique au plus près de mon cadre professionnel et de respecter les délais impartis. Dans une perspective d'approfondissement, il serait pertinent d'étendre ce travail à d'autres types de services de soins.

Ainsi, après cette présentation de la méthodologie, nous allons aborder la restitution des résultats.

3 ANALYSE DES ENTRETIENS

Mes demandes d'entretien ont été bien accueillies par les professionnels, qui ont manifesté un réel enthousiasme et un vif intérêt à participer à cette étude. Le recueil des données s'est déroulé sur une période de trois mois, de février à avril 2025. Une phase de test de mon premier guide d'entretien a été menée au cours du mois de février, auprès de trois participants. Cette étape m'a permis de constater que certaines questions étaient trop larges ou mal comprises. Cela m'a conduit à ajuster le guide afin de le rendre plus clair et pertinent. Les enquêtes réalisées durant cette phase n'ont pas été intégrées à l'analyse finale.

Le tableau 1 présente la typologie des répondants selon leur profession, leur âge, leur ancienneté dans le groupe, le type d'établissement dans lequel ils travaillent et la localisation de la structure.

Pseudonyme	Age	Ancienneté	Profession	Établissement	Département
MG 1	62	11	Médecin Gériatre	SMR gériatrique	59
MG 2	56	3	Médecin Gériatre	SMR gériatrique	59
M 1	53	7	Médecin généraliste	SMR polyvalent	62
IDE 1	36	16	Infirmière	SMR polyvalent	62
IDE 2	44	19	Infirmier	SMR polyvalent	62
IDE 3	31	11	Infirmier	SMR gériatrique	59
IDE 4	50	25	Infirmière	SMR polyvalent	59
AS 1	39	5	Aide-soignante	SMR polyvalent	62
AS 2	27	7	Aide-soignante	SMR polyvalent	62
AS 3	64	30	Aide-soignante	SMR gériatrique	59
AS 4	51	25	Aide-soignant	SMR gériatrique	59

Tableau 1: Typologie des répondants

3.1 La conception de la démarche qualité

A travers l'analyse de ces entretiens, la démarche qualité est perçue par les soignants comme un levier d'amélioration des pratiques, mais aussi comme une contrainte parfois mal comprise ou inégalement portée. Ce paradoxe traverse l'ensemble des entretiens, révélant des perceptions humaines et contrastées de ce processus institutionnel.

Pour beaucoup, la qualité rime avant tout avec le soin au patient. C'est « *tout le travail qu'on fait autour du résident et du patient* » affirme AS 3, qui y voit un moyen de valoriser l'image de l'établissement et de garantir une continuité et une traçabilité des soins. IDE 2 partage cette vision globale : « *c'est ce qu'on fait pour que la prise en charge soit la plus optimale possible* ». IDE 4 parle d'une « *base de bonnes pratiques* », d'un cadre permettant de travailler en sécurité. C'est donc un repère commun, qui donne du sens au soin.

Chez les médecins également, cette idée est forte. MG 2 explique que pour lui, la démarche aide à « *réfléchir où on a des manques* », à identifier des « *axes d'amélioration* ». MG 1 va dans le même sens, mais exprime aussi une crainte : « *mon premier sentiment, c'est la peur. La peur face à un vocabulaire que je ne comprends pas* », ou encore « *la crainte quand on ouvre sa boîte mail de trouver encore d'autres documents à lire* ». Ce témoignage souligne une dimension plus anxiogène, ressentie par plusieurs soignants : la surcharge cognitive et administrative que peut représenter la qualité.

Cependant, l'engagement existe, souvent fort et sincère. Nombreux sont ceux qui s'investissent dans les groupes de travail : hygiène, nutrition, douleur, chute, etc. Pour certains, c'est une volonté personnelle : « *j'ai toujours eu envie d'y participer* » (AS 4). Pour d'autres, c'est d'abord une injonction qui devient ensuite une adhésion : « *à la base, ça m'a été imposé [...] je ne regrette pas du tout* » (IDE 4). Certains s'y retrouvent pour échanger et se sentir utiles : « *ça permet d'échanger, de chercher des idées* » (AS 2). Pour AS 3, la démarche qualité est même « *formidable* », car elle permet de voir l'établissement évoluer et de ressentir de la fierté dans son travail. Comme l'exprime AS 4 : « *la qualité, c'est aussi s'auto-évaluer, se remettre en question, et cela doit se faire en continu* ».

La démarche qualité est également perçue comme une finalité éthique. IDE 4 y voit « *un socle sur lequel se référer* », permettant d'éviter les dérives et d'instaurer un cadre protecteur. Pour AS 4, elle offre l'occasion de « *se remettre en question* », « *on peut penser faire bien et, avec la qualité, se rendre compte qu'on n'était pas exactement dans les bonnes pratiques* ». La démarche devient ainsi un espace d'apprentissage et de vigilance professionnelle.

Ce que tous souhaitent, c'est une qualité traduite dans les pratiques, collective et cohérente. Un processus qui ne soit pas réservé aux quelques mois précédant la visite de la HAS, mais inscrit dans le quotidien. « *On devrait avoir une réunion par mois, dire ce qui est attendu, vérifier ensemble si ça avance* », propose AS 3.

3.2 Ce qui amène à s'impliquer

La participation des soignants à la démarche qualité s'inscrit souvent dans un équilibre entre incitation, devoir professionnel, et parfois contrainte douce.

La première modalité d'entrée dans la démarche qualité est l'invitation ou la désignation. IDE 4 confie : « *À la base, participer aux instances ça m'a été imposé par la directrice des soins* », avant d'ajouter qu'elle a finalement choisi de rester car « *ça [lui] convient très bien* ». MG 1 explique également qu'elle a été sollicitée pour intégrer certains comités par la diététicienne et a accepté en considérant cela comme une manière concrète de participer à l'amélioration des soins.

Chez d'autres, l'adhésion repose sur un engagement personnel plus volontaire. IDE 2 affirme : « *On nous y invite, on nous sollicite, mais c'est normal, ça fait partie du rôle* », précisant qu'il choisit les groupes qui lui parlent le plus, comme l'hygiène ou les soins infirmiers. AS 3 dit simplement : « *Je suis curieux et j'aime mon établissement* », soulignant une volonté d'implication naturelle.

Les cadres de proximité jouent un rôle clé. Plusieurs agents les citent comme vecteurs directs d'information et de mobilisation. « *C'est notre cadre de service qui nous l'explique* » déclare AS 3 à propos de la démarche qualité. AS 2 évoque « *des petits groupes de cinq à six soignants* » réunis par les cadres pour parler de la certification, même si ces échanges restent parfois trop courts ou ponctuels. La qualité du lien entre l'encadrement et les équipes influence donc fortement le niveau d'engagement.

Le responsable qualité, bien qu'un peu plus en retrait au quotidien, est aussi perçu comme un moteur structurant. MG 2 souligne que « *l'ingénieur qualité nous indique un chemin, un schéma* », tandis qu'IDE 3 rappelle que c'est cette personne qui leur a expliqué la démarche en réunion. En parallèle, certains évoquent une transmission plus informelle, par « *des documents à lire dans l'office* » ou via le logiciel BlueKanGo⁵, ce qu'AS 2 juge insuffisant : « *Ce sont des choses pas régulières, souvent vagues* ».

⁵ Cf Glossaire

La participation passe ensuite par des groupes de travail, des audits, des commissions. IDE 1 raconte : « *Je me suis mise dans des groupes quand je suis arrivée, pour m'investir dans l'établissement* », tandis qu'IDE 3 admet : « *Au début, c'était pour montrer mon investissement, aujourd'hui c'est pour faire évoluer les choses* ». Le sens de cette implication peut donc évoluer avec le temps.

Pour conclure, il apparaît que les professionnels sont amenés à participer à la démarche qualité via plusieurs canaux : les cadres en première ligne, l'ingénieur qualité en soutien, mais aussi parfois par désignation ou par engagement personnel.

3.3 Motivations et freins à la participation

Les soignants interrogés témoignent d'une participation souvent sincère dans la démarche qualité, à condition qu'elle soit concrète, partagée et qu'elle produise des résultats visibles.

L'envie de contribuer utilement au fonctionnement de l'établissement motive plusieurs professionnels. IDE 4 explique que dans les groupes auxquels elle participe, « *tout le monde prend la parole et donne ses idées* ». Elle y voit un cadre motivant, où chacun peut s'exprimer et construire collectivement. MG 2, de son côté, apprécie les échanges dans les groupes pluridisciplinaires : « *On participe bien sûr [...] pour la réalisation ou la rédaction de certains protocoles* », ajoutant qu'il est « important d'apporter notre expertise ».

Pour d'autres, ce sont les effets concrets qui renforcent l'intérêt de s'impliquer. IDE 4 cite un exemple au sujet de la déclaration des événements indésirables : après plusieurs signalements concernant un chariot d'urgence non scellé, « *des choses ont été mises en place derrière* » pour assurer la traçabilité. Cette réactivité valorise l'action du personnel et renforce leur confiance dans la démarche qualité.

Mais l'engagement se heurte aussi à des freins importants. Le manque de disponibilité est une contrainte largement partagée. AS 4, engagé dans plusieurs commissions, précise que « *on ne fait que voir si on peut l'appliquer* », sans vraiment participer à la construction des protocoles. Le manque de temps empêche souvent un investissement actif et régulier, même chez les volontaires.

La préparation à la visite de certification, quant à elle, est parfois ressentie comme concentrée et accélérée. IDE 2 observe que « *du jour au lendemain, réunion, réunion...* », avec des rappels ou des outils transmis trop tard pour les assimiler pleinement. Cette organisation de dernière minute est source de surcharge et limite l'efficacité de la transmission et de l'appropriation.

D'autres soignants regrettent que les groupes de travail s'essouffent une fois la certification passée. IDE 1 évoque la disparition de plusieurs commissions après la crise sanitaire du COVID-19 : « *Il y avait des ETP, un groupe Escarre... et puis plus rien.* » Cette discontinuité laisse penser que la qualité est un objectif ponctuel plutôt qu'un fil rouge permanent.

Enfin, certains expriment un besoin de meilleure communication sur les raisons des changements. AS 3 souligne : « *Tout le temps maintenant on nous signale que les protocoles sont sur BlueKanGo, ça défile, ça défile, alors on est noyé* », sans toujours expliquer les ajustements apportés ni intégrer les retours du terrain. Le sentiment d'éloignement entre les décisions et les réalités de service peut freiner l'adhésion.

Ces témoignages montrent que les agents de santé s'investissent dans la démarche qualité lorsqu'ils perçoivent son utilité, sa cohérence avec leur métier et la possibilité de faire évoluer concrètement les pratiques. Ce qui les freine, ce sont des contraintes de temps, un manque de continuité dans les actions et parfois une organisation trop descendante. Pour renforcer leur participation, il est essentiel de donner du sens, du temps et de la place à l'expression collective.

3.4 Appropriation des outils de la qualité

Il apparaît que les outils de la qualité sont bien installés dans les pratiques des agents interrogés. Le logiciel de gestion documentaire (BlueKanGo), les protocoles numériques, la déclaration des événements indésirables ou encore la gestion documentaire sont des éléments familiers pour la plupart.

Sur le plan de l'usage, plusieurs professionnels s'accordent à dire que les outils ne sont pas difficiles à prendre en main. MG 2 estime que « *la déclaration des FEI est beaucoup plus simplifiée sur l'ordinateur* » qu'auparavant, grâce à une meilleure ergonomie du système. IDE 3 partage cet avis, affirmant que les déclarations se font « *facilement* », même s'il reconnaît qu'il ne les utilise que dans les cas de « *gros soucis* », préférant pour les problèmes mineurs un échange direct avec l'encadrement.

Mais si l'outil technique est maîtrisé, son usage reste parfois limité par manque de retour sur investissement. IDE 4 nuance : « *Le retour, c'est un peu plus compliqué parce qu'il faut aller voir, et ça met un certain temps* ». Elle souligne que la motivation à déclarer est fortement liée à la visibilité des suites données. Lorsqu'un événement est traité et donne lieu à des mesures concrètes, l'adhésion augmente.

Concernant les supports documentaires, la critique porte davantage sur la forme que sur le fond. MG 1 est claire : « *Il me faudrait des supports pédagogiques, plus imagés... les tableurs Excel, c'est indigeste* ». Ce besoin de clarté et de synthèse revient fréquemment, en particulier face à des documents perçus comme trop denses ou techniques. IDE 4, quant à elle, recommande que les comptes rendus soient « *bien ciblés, avec une conclusion claire et un plan d'action synthétique* ».

La question du temps reste centrale. Tous s'accordent à dire que ce n'est pas tant la difficulté des outils qui limite leur usage, mais l'absence de temps dédié pour les consulter ou les exploiter. MG 2, tout en saluant l'organisation des documents, reconnaît que « *l'informatique prend beaucoup de temps* », notamment pour assurer la traçabilité. IDE 4 renchérit : « *Ce serait mieux si on avait régulièrement les informations affichées dans le service, mais ciblées* ».

Par ailleurs, certains regrettent une forme d'éloignement entre les procédures élaborées et les réalités du terrain. AS 4 constate que « *On voit passer plein de documents, de procédures, mais on ne participe plus à leur élaboration* ». Ce sentiment de ne plus être associé à la construction des outils nuit à leur appropriation et à leur application.

En somme, les soignants ne remettent pas en cause l'utilité ni même la fonctionnalité des outils qualité. Ce qui limite leur appropriation, c'est le manque de temps, la densité de certains supports, l'insuffisance de retours visibles sur les actions engagées, et le déficit d'implication en amont. Pour renforcer leur usage, les soignants demandent plus de clarté, des formats allégés, un meilleur ancrage dans le quotidien... et une écoute active de leurs réalités.

3.5 Perception de la communication

Les audités reconnaissent l'existence de multiples supports d'information autour de la qualité (les mails, les affichages et les bulletins internes comme le Flash Info Qualité), mais leur efficacité réelle à transmettre des messages clairs et mobilisateurs reste limitée.

AS 1 formule un avis tranché sur la communication : « *La communication est insuffisante, plus que suffisante* », soulignant que l'abondance de documents transmis ne garantit pas une meilleure compréhension. Cette surcharge sans ciblage nuit à la lisibilité et génère un sentiment de confusion.

Plusieurs professionnels expriment aussi leur frustration face au manque de constance dans les échanges. AS 2 remarque : « *On en parle pendant un an, puis plus rien* », dénonçant le

caractère irrégulier et trop dépendant de la visite de certification de la diffusion d'informations sur la qualité. Ce déséquilibre fragilise l'appropriation des messages et renforce l'idée d'un engagement de façade, limité aux périodes d'évaluation par la HAS. M1 partage un constat similaire concernant les mails, jugés impersonnels et peu engageants : « *La communication a été essentiellement faite par mail [...] mais pas sur des échanges entre personnes* ». Il regrette l'absence de rencontres en amont pour poser des questions, comprendre les enjeux et construire une compréhension partagée du dispositif qualité.

Certains supports, comme les bulletins internes, sont néanmoins reconnus pour leur utilité potentielle. IDE 4 évoque « *la Gazette de l'établissement* », un outil apprécié, mais dont le contenu reste difficile à exploiter sans mise en forme adaptée : « *Ce qu'on lit le plus, c'est le tableau à la fin* », admet-elle, soulignant la difficulté à s'approprier des messages noyés dans trop de texte. D'autres formats sont bien appréciés comme le signale IDE 1 : « *Moi j'aime bien les écrits et du coup les Flash Infos, tout ça, je trouve qu'au niveau de la qualité, c'est bien. Parce que par exemple le flash info est affiché dans nos salles de transmission et à tout moment, on peut le consulter. Et c'est bien* »

Les comptes rendus de réunions ne sont pas épargnés par les critiques. IDE 4 indique que parfois ils sont « *un peu trop longs* », et propose qu'ils soient mieux structurés et orientés vers l'action. Pour elle, l'important est de savoir « *ce qu'il faut mettre en place et pourquoi* », et non de lire des pages de « *commentaires techniques* ».

Les soignants formulent donc plusieurs axes d'amélioration : des supports plus courts, centrés sur l'essentiel, avec des informations mises en valeur visuellement. Mais surtout, ils réclament plus de contacts humains pour accompagner ces outils. Ils réclament des moments pour poser des questions, comprendre les consignes, échanger autour des pratiques. Comme le rappelle MG 2, « *on a forcément des questions à poser* », appelant à compléter les mails et affichages par des échanges directs.

En résumé, si les moyens de communication sont bien en place, leur impact reste limité par leur densité, leur manque d'interactivité et leur diffusion parfois trop ponctuelle. Pour renforcer leur efficacité, les audités souhaitent des supports plus clairs, plus concis, et accompagnés de temps d'échange concrets sur le terrain.

3.6 L'approche de la formation

La majorité des professionnels interrogés reconnaît l'utilité des formations autour de la qualité, qu'il s'agisse de réunions, de cafés qualité, de patients traceurs ou de formats plus ludiques comme l'escape game.

Certains formats sont particulièrement appréciés lorsqu'ils favorisent un climat de confiance et d'échange. IDE 1 évoque le « *café gourmand* » proposé dans son service : « *On parlait librement, on était à l'aise. Je l'ai fait une fois, honnêtement, c'était bien* ». Ce type de rendez-vous facilite une parole plus spontanée et une meilleure intégration des messages autour de la qualité. L'approche moins institutionnelle permet aux soignants de se sentir acteurs, plutôt que de subir une formation descendante.

D'autres formats originaux, perçus comme interactifs et concrets, sont salués. MG 2 cite plusieurs initiatives : « *On a fait un truc dans la chambre des erreurs, on a aussi la boîte à coucou. Cela me plaît plus que toujours des réunions. C'est beaucoup plus didactique et plus concret aussi* ». Ces méthodes permettent d'aborder la qualité par le jeu, la simulation ou l'observation, rendant l'apprentissage plus efficace. Il valorise également les quiz proposés lors des journées d'intégration : « *Il y avait une question, et on devait chercher dans les protocoles* », ce qui lui permettait de se familiariser avec les procédures en contexte.

Néanmoins, plusieurs agents dénoncent des limites fortes, notamment liées aux conditions dans lesquelles ces formations sont proposées. IDE 2 souligne une difficulté partagée par beaucoup : « *Quand on est en sous-effectif, vouloir aller à une réunion après la fin du poste ou sur un jour de repos, on n'a pas toujours envie* ». Le fait de devoir se former en dehors du temps de travail est mal vécu et limite l'implication, surtout dans un contexte de fatigue professionnelle.

Le temps imparti est aussi remis en question. AS 4 considère que « *les réunions durent 30 ou 45 minutes* », ce qui est insuffisant pour réellement comprendre ou intégrer les messages. Il suggère de « *faire des formations plus longues et plus fréquentes* », voire l'intervention de professionnels extérieurs pour apporter un regard différent.

Certains regrettent également un manque de continuité dans les actions de formation. AS 3 témoigne : « *Comme la certification est passée, c'est tout, on ne parle plus de rien* ». Elle propose de « *remettre à jour tout ce qu'on a vu* », afin de maintenir un fil rouge tout au long de l'année, et pas seulement à l'approche des évaluations officielles.

Enfin, des pistes d'adaptation concrètes émergent dans plusieurs entretiens. MG 1, par exemple, évoque des formats numériques accessibles à la demande : « *Peut-être sous forme de vidéo [...] des webinaires qu'on peut écouter en replay* ». Cette suggestion permettrait de contourner les contraintes horaires, en offrant aux soignants plus de souplesse et de liberté dans leur apprentissage.

Pour conclure, les soignants expriment une vraie volonté de s'impliquer dans les formations qualité, à condition qu'elles soient concrètes, interactives, régulières, intégrées au temps de travail, et diversifiées dans leurs supports. Pour renforcer leur efficacité, ces outils doivent s'adapter davantage aux contraintes de terrain, tout en gardant une approche vivante et incitante.

3.7 Une implication partielle et contrastée

À la question de l'implication de l'équipe soignante dans la démarche qualité, les réponses recueillies reflètent une réalité nuancée.

Pour IDE 2, l'engagement est bien présent : « *La plupart des soignants sont représentés dans des instances. Ils le font volontairement. À partir de là, c'est que la réponse est oui* ». De même, IDE 4 observe une dynamique forte, particulièrement lors de la préparation de la visite de certification : « *Durant la dernière certification, la cadre avait joué un grand rôle dans la motivation des équipes. Et du coup, toute l'équipe l'a suivie* ». Ce témoignage met en lumière le rôle décisif du management dans l'animation de la qualité.

Cependant, cette implication n'est pas homogène. IDE 3 nuance : « *Ce n'est pas une histoire de motivation, mais plutôt de temps. [...] On fait notre poste, nos soins. Et du coup, c'est annexe en fait* ». Le manque de temps, récurrent dans les discours, est aussi souligné par MG 2 : « *Pas assez de temps. Pas assez de personnel peut-être aussi, du coup* ». Il décrit aussi une implication à la visite de certification affectée par le stress : « *Certaines personnes, j'avais l'impression qu'elles étaient trop stressées et plutôt ravies de ne pas pouvoir y être* ».

AS 4 exprime une vision partagée par plusieurs soignants : « *Seulement une partie de l'équipe [est impliquée]* ». Il relie ce constat à la réduction des effectifs : « *Il y a des moments où on avait beaucoup de personnel. Le fait d'avoir réduit l'effectif, certaines démarches de soins ont été laissées tomber. [...] Pour eux, c'était du travail qu'ils avaient fait et ça ne servait à rien* ».

Certains témoignages pointent aussi une fracture générationnelle. AS 3 observe : « *Les jeunes maintenant ne veulent pas prendre sur leur temps personnel même s'ils sont rémunérés* », regrettant un manque d'implication dans les démarches qualité, sans pour autant remettre en question leur engagement dans les soins.

À l'inverse, AS 2 adopte une position critique : « *Pas du tout impliqué [...] Ce sont surtout les anciennes où elles sont fixées dans leur routine. [...] Elles ne sont pas dans la recherche d'évoluer* », illustrant une perception plus négative, voire fataliste, du fonctionnement d'équipe.

Finalement, si une partie des soignants sont impliqués dans la démarche qualité, cette participation reste inégale et dépend de multiples facteurs tels que le soutien de l'encadrement, la disponibilité réelle et la perception d'utilité des actions engagées. Pour aller vers une mobilisation plus large et durable, plusieurs professionnels appellent à un meilleur équilibre entre temps soignant et temps qualité, ainsi qu'à une reconnaissance plus concrète de leur engagement.

3.8 Le vécu de la dernière visite de certification

Pour beaucoup, la visite de certification a été un moment intense, parfois stressant, mais aussi porteur de reconnaissance et d'unité d'équipe.

IDE 3 résume bien ce ressenti en expliquant que « *ça a eu du mal à se mettre en route, mais plus on approchait, plus on était informé* ». Cette montée en pression progressive est partagée par IDE 1, qui note : « *La certification arrive dans six mois. Allez, on remet tout en route. [...] Et puis à un moment donné, la certif, c'est dans autant de temps. Là, on réentend le mot certification* ». Ces propos traduisent un sentiment de course contre la montre, souvent concentré sur les dernières semaines avant la venue des experts visiteurs.

Malgré la charge ressentie, certains ont trouvé un sens à l'exercice. AS 1 explique que cette évaluation a poussé l'équipe à faire plus attention à certaines règles : « *On se disait, ben mince, là il faut faire mieux, mais dans les règles* ». Cette dynamique d'ajustement rapide révèle une volonté de bien faire, même sous contrainte.

Du côté des outils d'accompagnement, les pense-bêtes ont été bien perçus dans leur principe, mais plusieurs remarques ont été formulées sur leur format. AS 3 déclare : « *Je suis quelqu'un qui aime lire [...]. C'était bien résumé. [...] Je pense que ça m'a servi en fait* ». En revanche, IDE 1 nuance cet avis, en soulignant une inadéquation pratique : « *Peut-être qu'il aurait fallu des petits flyers, un truc qu'on ait ou qui reste dans les offices [...]. Dans*

la poche, honnêtement, ce n'était pas possible ». M 1 suggère quant à lui de créer des versions spécifiques selon les fonctions : « *Un pense-bête pour la fonction de chacun [...] parce qu'il y avait des choses qui ne me concernaient pas* ».

Concernant les patients traceurs, les avis sont plus partagés. MG 1 met en doute la fiabilité du dispositif chez certaines populations : « *La difficulté chez les personnes âgées, c'est qu'elles ne sont pas vraiment capables de donner un avis objectif* ». De son côté, M 1 insiste sur un manque d'information : « *Il aurait fallu être plus clair sur la programmation [...], dire on va vous faire un patient traceur à telle date, mais aussi en quoi ça consiste* ». Ce flou a pu renforcer l'anxiété des équipes, soumises à une méthode d'évaluation mal expliquée.

L'annonce des résultats a néanmoins permis de relâcher la tension et de valoriser l'investissement collectif. MG 1 exprime une grande satisfaction : « *Honnêtement, je suis très fière qu'on ait eu ce résultat performant* ». Cette reconnaissance officielle a été vécue comme une récompense morale par les équipes. Toutefois, elle ajoute que certains dysfonctionnements n'ont pas été repérés, ce qui laisse un sentiment mitigé : « *Après, personnellement, pour mon établissement, je connais certains points faibles qui n'ont pas été décelés par la certification et qui... C'est là que je me dis, bah oui, une certification a ses limites, on peut parfois donner des critères qui sont suffisants pour qu'on juge que c'est bien alors que nous, on connaît nos propres faiblesses* ».

Ainsi, la visite de certification a provoqué une mobilisation intense entre tensions et reconnaissance, mais aussi a mis en lumière les limites d'une organisation trop centrée sur un moment. Les outils comme les pense-bêtes ont soutenu leur préparation, à condition d'être bien conçus. Les patients traceurs, quant à eux, gagneraient à être mieux expliqués et mieux ciblés. Le résultat final a été accueilli avec fierté, mais laisse entrevoir le besoin d'une dynamique qualité plus continue et moins focalisée sur une échéance unique.

4 DISCUSSION

4.1 L'explication avant l'implication

Le but de cette étude était de déterminer quels sont les leviers permettant une implication pérenne du personnel dans la démarche qualité ce qui amène à une appropriation durable des pratiques de qualité et de sécurité des soins par le personnel soignant.

Il n'est cependant pas évident de s'approprier une démarche si celle-ci n'est pas d'abord comprise. Cela suppose, en amont, qu'elle ait été clairement expliquée. Lors de mes entretiens avec les soignants, l'une des questions posées était la suivante : « *Vous a-t-on expliqué ce qu'est la démarche qualité ?* » Cette question a souvent provoqué un temps de réflexion plus ou moins long chez les personnes interrogées, traduisant une certaine difficulté à y répondre.

Seules deux personnes ont réagi de façon spontanée : l'une a mentionné le cadre de service, l'autre a cité l'ingénieur qualité. Deux autres agents ont répondu de manière immédiate et catégorique : « *Non* ». Pour les autres, la démarche qualité semble avoir été abordée, mais de manière vague ou peu marquante. Certains pensent en avoir déjà entendu parler, sans pouvoir en préciser le contenu, tandis que d'autres ne s'en souviennent pas ou estiment ne jamais avoir reçu d'explication, notamment à leur niveau.

Globalement, ces réponses révèlent un manque de clarté et de transmission structurée, ce qui limite l'appropriation du sujet. Une formation pédagogique adaptée aux différents publics et métiers représenterait une réelle opportunité d'amélioration, voire un levier pour renforcer une culture qualité partagée. Cela pourrait passer par la mise en place de supports concrets, de formations interactives ou de rappels réguliers.

Je reviendrai ici sur les propos formulés par MG 2 : « *J'ai bien aimé aussi la formation pour les nouveaux arrivants. C'était à l'occasion d'une journée d'intégration. Ils nous fournissent un petit livret. J'ai trouvé ça super intéressant [...] on parle justement de la démarche qualité pendant ces journées [...] c'est bien parce qu'il y a des petits ateliers aussi. On a le droit de poser nos questions et même, on fait un petit jeu avec un gagnant à la fin.* »

Il est important de préciser que l'audité faisait ici référence à une initiative mise en place dans un groupe d'établissements autre que FILIERIS. Ce concept de journée d'intégration, visant à sensibiliser et former les nouveaux arrivants à la démarche qualité par des séances

d'information et des ateliers, constitue un axe d'amélioration intéressant et pertinent. Il pourrait favoriser l'implication du personnel dans les établissements de santé.

4.2 Qu'en est-il de la formation universitaire ?

Il y a une vingtaine d'années, les études de médecine ne comprenaient aucun enseignement consacré à la démarche qualité, pas même une allusion. En interrogeant récemment des internes de médecine à ce sujet, certains me répondent par la négative, d'autres évoquent quelques heures de formation qu'ils ont trouvées « *ennuyeuses* », car trop techniques et peu engageantes.

À la question : « *Pendant vos études, vous a-t-on expliqué ce qu'est la démarche qualité ?* », IDE 3 me répond : « *Non, ce n'est jamais arrivé. Et même avec les étudiants que j'encadre parfois. Quand je leur demande : est-ce qu'ils ont une formation au sujet de la qualité ? Ils me répondent tous : non.* »

Ces propos méritent d'être nuancés. En effet, selon l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au référentiel de formation des infirmiers [32], ainsi que celui du 10 juin 2021 [33] concernant le diplôme d'État d'aide-soignant, les formations intègrent des enseignements spécifiques en lien avec la démarche qualité. Les thèmes abordés sont principalement traités à travers les notions de qualité et de sécurité des soins.

En m'alignant sur les propos d'IDE 3 : « *Je pense qu'il y a un travail au niveau de la formation infirmière à faire à ce niveau-là. Moi personnellement, je n'ai découvert la qualité qu'à partir de la première certification.* » Il semblerait pertinent d'intégrer plus clairement, dans les cursus universitaires de chaque fonction, des enseignements dédiés à la démarche qualité dans sa globalité. Cela inclurait notamment la compréhension de la visite de certification de la HAS, la méthode employée, les outils utilisés ainsi que la finalité de cette démarche.

4.3 L'impact de l'évolution des méthodes d'évaluation

Dans la première partie de ce mémoire, l'une des hypothèses que je souhaitais vérifier portait sur l'impact potentiel de l'évolution des méthodes d'évaluation de la HAS sur l'implication durable des soignants dans la démarche qualité. Qu'en est-il de la perception des professionnels interrogés, exerçant au sein d'établissements de santé de type SMR, gériatrique et polyvalent ? Il convient de préciser que, parmi l'ensemble des soignants audités, seuls six ont vécu à plusieurs reprises une visite de certification par la HAS. Cet échantillon restreint ne permet pas de généraliser les résultats, mais il offre néanmoins une première indication des tendances observées.

Pour AS 3, le changement est net : « *Avant, au départ, c'était du verbal avec la direction. Maintenant, les experts sont plus pointus. Ils nous questionnent directement* ». Elle ajoute : « *Même nous, il faut qu'on montre qu'on sait faire sur l'ordinateur [...], on est interrogé là-dessus, sur la traçabilité* », mettant en lumière un nouveau niveau d'exigence à son niveau de fonction.

IDE 2 confirme cette impression de rigueur accrue : « *Ils ont vu tout le personnel, les soignants, les médecins, ils ont interrogé tout le monde. Ils sont allés dans les chambres. C'était beaucoup plus complet* ». Il perçoit positivement cette approche plus globale : « *C'est plus conforme à ce qu'on fait au quotidien* ».

MG 2 exprime aussi une appréciation de la nouvelle méthode : « *Cette fois, c'était plus concret. Une évaluation globale sur le terrain, pas seulement dans les bureaux* », et ajoute que cela permet de « *comparer, revoir les méthodes de travail et surtout apprendre* ».

Pour IDE 4, cette évolution traduit un recentrage sur l'essentiel : « *Avant, c'était trop large. Là, on est sur des critères impératifs. C'est plus ciblé, et ça touche vraiment aux soins* ». Elle note également que les traceurs patients ont permis de « *se rendre compte si tout ce qu'on met en place fonctionne vraiment* », valorisant une logique d'évaluation plus utile.

Mais malgré cette reconnaissance de progrès, l'implication des soignants dans la démarche qualité n'a pas évolué de manière homogène. IDE 4 déclare simplement : « *L'implication a toujours été la même. Donc non, pas plus* ». AS 4 formule un avis similaire : « *Ce n'est pas ce qui me donne plus envie de le faire. Ça ne change pas forcément les choses sur les méthodes de travail* ». Ces propos traduisent une forme de détachement, même face à une approche plus réaliste.

À l'inverse, IDE 3 témoigne d'un effet mobilisateur : « *On est tous interrogés en équipe, pas en individuel. C'était plus fluide* ». Il apprécie le fait de ne pas être évalué seul, et de pouvoir échanger : « *Ça fait moins peur, on peut répondre ensemble* ».

En résumé, les soignants perçoivent une évolution nette vers des méthodes d'évaluation plus concrètes et plus pertinentes. Cette transformation est globalement bien accueillie, car elle reflète mieux la réalité du terrain. Cependant, elle n'a pas systématiquement renforcé l'implication des professionnels, qui reste dépendante de nombreux facteurs comme l'accompagnement, la charge de travail ou encore la reconnaissance perçue de leurs actions.

4.4 Les axes d'amélioration suggérés par les soignants

Pour conclure l'entretien, j'ai invité les personnes interrogées à identifier les actions les plus essentielles pour maintenir leur engagement dans la démarche qualité et préserver les acquis obtenus lors de la dernière visite de certification. Leurs différentes propositions ont été regroupées par thème pour une présentation plus structurée.

4.4.1 Préserver une continuité, au-delà de la certification

L'un des constats les plus récurrents est celui du relâchement des pratiques après la certification. Beaucoup de soignants évoquent une mobilisation concentrée dans les mois précédant la visite, suivie d'un retour à une certaine inertie. Pour éviter cette oscillation, il est recommandé d'instaurer une régularité dans les actions qualité, de manière à faire de cette démarche un réflexe quotidien, et non un objectif ponctuel à atteindre tous les quatre ans.

Plusieurs proposent de maintenir les habitudes acquises pendant la préparation et de les intégrer dans les routines professionnelles. Cela contribuerait à éviter le sentiment de précipitation, voire de panique, qui précède souvent la visite des experts de la HAS.

4.4.2 Organiser des temps d'échange réguliers et adaptés

Les réunions qualité régulières reviennent dans presque tous les entretiens. Beaucoup soulignent qu'il serait utile de programmer des réunions mensuelles ou trimestrielles, avec des formats courts, concrets, et à horaires accessibles (par exemple pendant l'inter pause, afin de réunir plusieurs équipes).

Ces temps d'échange auraient plusieurs objectifs :

- Faire circuler les informations (changements de pratiques, nouveaux outils, procédures)
- Revenir sur les écarts constatés pendant la certification ;
- Harmoniser les pratiques entre les étages ou services, pour limiter les disparités observées.

La demande est également forte concernant des formations abordant clairement les bases de la démarche qualité, afin de clarifier un vocabulaire parfois complexe et mal compris par les équipes. Les soignants réclament des explications simples, adaptées à leur quotidien et à leur niveau professionnel.

4.4.3 Diversification des formats de sensibilisation

Un souhait largement partagé est d'introduire des méthodes ludiques et interactives pour maintenir l'intérêt et la motivation des équipes. Plusieurs formats sont cités comme particulièrement efficaces et agréables ainsi que d'autres sont proposés :

- **Escape games** sur des thèmes spécifiques tels que l'hygiène, déjà expérimentés avec succès dans les établissements.
- **Quiz inter-étages**, permettant de stimuler les échanges et de valoriser la diversité des approches entre les équipes.
- **Cafés Qualité**, comme moments conviviaux et informels d'échange sur les bonnes pratiques.

4.4.4 Supports pédagogiques pratiques et réguliers

Les soignants ont apprécié les supports pédagogiques simples et concis tels que les « pense-bêtes » distribués lors de la dernière certification. Ils proposent désormais de les distribuer régulièrement et pas uniquement à l'approche de la visite des experts. Ces documents doivent être bien résumés, pratiques, et accessibles (format papier préféré par certains) afin de faciliter une consultation fréquente et spontanée.

Certains évoquent l'intérêt de développer des fiches techniques concernant la réalisation de tâches ou d'actes peu courants à déposer dans les offices de soins. Cela pourrait simplifier leur consultation et faciliter les pratiques des nouveaux arrivants.

4.4.5 Intégrer des évaluations et audits de terrain réguliers

Des soignants, notamment médicaux, insistent sur l'intérêt de petits audits ou réévaluations ponctuelles ciblés sur certains critères (ex. hygiène des mains, sécurité des locaux). Réalisées tous les trimestres, ces évaluations courtes organisées par l'encadrement et accompagnées par la cellule qualité permettraient d'identifier rapidement les dérives, d'ajuster les pratiques, tout en dédramatisant le processus d'audit.

Les retours d'observation devraient ensuite être partagés avec les équipes dans une optique d'amélioration collective, sans jugement. Cela renforcerait l'adhésion à la démarche tout en rendant visibles les progrès ou les points d'alerte.

4.4.6 S'appuyer sur le rôle structurant des cadres

Plusieurs professionnels soulignent que les cadres jouent un rôle central pour maintenir la dynamique qualité. Ils interviennent dans l'organisation des rappels, la gestion de l'affichage, l'animation des réunions et l'encouragement des initiatives. Une implication constante de l'encadrement est donc perçue comme un levier essentiel pour entretenir la mobilisation sur le long terme.

4.4.7 Un planning clair et modulable pour structurer la démarche

Plusieurs agents suggèrent la mise en place d'un planning annuel clair mais adaptable selon l'activité effective des services. Ce planning inclurait des temps de rappel, de formation, et des évaluations régulières. Cela permettrait d'éviter le sentiment de précipitation lors des préparations aux certifications et d'intégrer naturellement ces pratiques dans le fonctionnement quotidien.

4.4.8 Renforcer les ressources humaines pour soutenir la démarche

Enfin, certains évoquent explicitement le manque de personnel comme obstacle majeur à la mise en place d'une démarche qualité continue. Ils proposent d'augmenter les effectifs afin de garantir la participation régulière des équipes aux actions qualité sans surcharger davantage le personnel déjà éprouvé par leur quotidien. Cette augmentation des effectifs permettrait de réaliser davantage de formations et d'assurer un suivi effectif des démarches. Une mesure d'amélioration souvent proposée et mise en place au sein d'un établissement consiste à prévoir un renfort d'effectif ou un aménagement temporaire des postes lorsqu'un agent participe à une formation ou à une réunion. Cela permettrait à la personne concernée de se concentrer pleinement sur les échanges, sans interruption fréquente.

4.4.9 Instaurer une culture qualité vivante, partagée et accessible

Pour conclure, les propositions des professionnels révèlent un ensemble cohérent de mesures concrètes réclamées. Il s'agit de pérenniser l'engagement grâce à des actions régulières, variées et inscrites naturellement dans le quotidien, soutenues par une communication efficace, des évaluations constructives ainsi qu'un soutien humain adapté aux réalités de terrain.

4.5 Les leviers d'une implication pérenne des soignants

L'objectif de ce mémoire était d'identifier les leviers susceptibles de favoriser une implication durable du personnel soignant dans la démarche de certification HAS. À cette fin, une analyse de la littérature a été menée, permettant de recenser divers facteurs potentiellement mobilisables au sein des établissements de santé.

Dans un second temps, une enquête a été réalisée afin de vérifier si ces leviers, identifiés théoriquement, trouvent effectivement un écho dans l'expérience des soignants exerçant au sein d'établissements SMR polyvalents et gériatriques. Cette investigation visait également à identifier d'éventuels leviers supplémentaires, propres à ces contextes spécifiques, susceptibles de renforcer l'appropriation des pratiques de qualité et de sécurité des soins.

4.5.1 L'adaptation continue des méthodes d'évaluation

Comme nous l'avons vu dans la partie 4.3, l'adaptation des méthodes est bien accueillie et perçue positivement par les professionnels de santé. Cela étant, même si elle ne constitue pas un facteur déterminant de leur participation, cette évolution présente l'avantage de redonner du sens à la visite de certification. En effet, celle-ci apparaît désormais comme davantage en phase avec la réalité de leurs pratiques, plus centrée sur la prise en charge du patient, mais également sur celle de sa famille.

Comme le souligne MG 2 en évoquant la visite de certification de juin 2024, cette évolution reflète bien cette orientation : *« C'était plus une évaluation globale et plus pratique sur le terrain. Plus concrète sur le terrain. Et en plus ils ne prennent en compte pas que le patient et peu à peu aussi la famille. »* Ce témoignage illustre parfaitement ce qui a été évoqué dans la partie 1.1 de ce mémoire : la prise en soin en SMR repose sur une approche globale du patient, dans laquelle la place de la famille est essentielle.

4.5.2 L'engagement de la gouvernance et le leadership

Dans le pôle d'établissements dans lequel j'ai mené mes enquêtes, la politique qualité est bien établie et structurée de longue date. Un médecin assure la fonction de coordinateur de la gestion des risques associés aux soins et la cellule qualité est composée de deux responsables qualité : l'un dédié aux établissements sanitaires et l'autre aux structures médico-sociales. Cela témoigne d'une réelle volonté institutionnelle de développer une véritable culture qualité, considérée comme une dimension centrale et non accessoire.

Tous les professionnels rencontrés, quels que soient leurs fonctions ou leurs établissements d'exercice, participent à des instances ou à des groupes de travail. Cette intégration,

généralement bien perçue, a été largement facilitée par la participation active des cadres de service, de l'ingénieur qualité, de la directrice des soins et des référents qualité du secteur, fortement engagés sur le terrain.

Le rôle des cadres est d'ailleurs particulièrement souligné par les équipes, notamment en ce qui concerne les auto-évaluations. Celles-ci doivent être le fruit d'un véritable travail collaboratif, construit en concertation avec le responsable qualité, afin d'adapter les méthodes et les plannings aux évolutions des pratiques de soins, aux nouvelles exigences de la HAS et aux retours des professionnels.

4.5.3 L'explication de la démarche et la formation aux méthodes et aux outils

Lors des entretiens, les soignants ont souvent souligné l'importance de la présence de l'ingénieur qualité ou du référent qualité lors des formations spécifiques, en particulier pour accompagner les nouveaux présidents d'instance dans leur fonction.

Pour renforcer cette dynamique, des formations plus généralistes sur les principes de la qualité seraient également bénéfiques, notamment pour les nouveaux arrivants. Cela favoriserait une compréhension globale des enjeux et consoliderait l'engagement des équipes.

Pour être plus efficace, ces formations pourraient adopter des formats plus variés, interactifs et dynamiques, tout en restant courtes afin de mieux capter l'attention des participants. Elles devraient aussi inclure l'apprentissage des nouveaux outils et méthodes pour encourager leur utilisation. De plus, un point unanimement souligné par les agents : elles doivent être régulières et réparties sur le long terme.

Par ailleurs, une réponse institutionnelle à travers la mise en place d'un temps dédié à ces formations constituerait un levier essentiel pour le développement d'une culture qualité durable. Si certaines solutions ont été mises en œuvre en ce sens, leur efficacité reste toutefois limitée en raison du manque chronique de personnel soignant et de la charge de travail particulièrement variable au sein des unités de soins.

4.5.4 Développer une communication avenante

La communication constitue un élément fondamental puisqu'elle permet de diffuser les informations et de favoriser l'harmonisation des pratiques, en particulier lorsqu'il s'agit de coordonner six établissements distincts. Toutefois, au cours de cette enquête, elle est apparue comme l'un des leviers les plus contestés. Il faut en effet reconnaître qu'une communication efficace et adaptée demande du temps, des ressources, et qu'elle est souvent perçue de manière variable selon les habitudes et les préférences de chacun.

Dans ce contexte, la mise en place de canaux de communication diversifiés se révèle pertinente. Le contenu diffusé doit s'efforcer d'être clair, concis, utile, et présenté sous un format attrayant, afin de susciter l'intérêt et de renforcer son impact auprès des professionnels.

4.5.5 La disposition d'outils numériques performants et intuitifs

Dans le secteur de la santé, les outils numériques sont devenus à la fois indispensables et incontournables. Leur utilisation concerne aussi bien la prise en charge des patients que l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé, ainsi que les démarches liées à la qualité.

Selon la grande majorité du personnel audité, leur utilisation est jugée relativement simple. Beaucoup se réjouissent notamment de la récente mise à jour du système de déclaration des événements indésirables, pilotée par la cellule qualité.

Cependant, certains aspects suscitent encore des réserves. Les professionnels expriment des critiques concernant le temps nécessaire à l'encodage des données dans le dossier patient informatisé, ainsi que le temps parfois conséquent passé à rechercher des documents dans la gestion documentaire.

Globalement, les leviers identifiés sont conformes à ceux retrouvés dans la littérature. Toutefois, au fil des entretiens menés avec les professionnels, un autre levier est apparu : celui de la reconnaissance.

4.5.6 La reconnaissance de conditions de travail et de l'investissement.

Le travail des soignants présente un certain nombre de particularités. Ils doivent régulièrement faire face à des situations inattendues ou non programmées nécessitant une grande capacité d'adaptation au quotidien. De plus, avec une pratique ancrée dans l'opérationnel, ils sont plutôt habitués à travailler dans le court terme, voire dans l'immédiateté. En revanche, les démarches qualité s'inscrivent généralement dans une perspective à moyen ou à long terme. Ce décalage peut parfois engendrer des incompréhensions et des frustrations parmi les agents de santé.

En effet, les professionnels interrogés évoquent fréquemment un délai jugé trop long entre la déclaration d'un dysfonctionnement et sa résolution, ou le fait que leur charge de travail ne soient pas prise en compte. Ce ressenti est bien illustré par les propos d'IDE 3 : « *Mais quelquefois, ce qu'on nous demande de faire, on a envie d'inverser un peu les rôles. De dire, venez avec nous et on va recommencer en fait pour montrer aux qualitiens tout le temps que cela peut nous prendre pour réaliser ce qu'ils nous demandent. Je ne dis pas qu'ils ont des mauvaises idées mais, est-ce que c'est applicable ?* ».

Dans ce contexte, il est essentiel que la cellule qualité fasse preuve de flexibilité, particulièrement lors des périodes de certification, en intégrant pleinement le fait que les soins ne peuvent pas être suspendus.

Un élément clé que la direction ne doit pas négliger est le retour des résultats aux équipes, notamment ceux issus de la visite de certification. Un temps d'échange doit impérativement y être consacré, afin de valoriser les actions réalisées et de favoriser une implication durable.

La figure 3 représente de façon schématique les six leviers identifiés au cours de cette étude soutenant l'implication pérenne des soignants dans la démarche de certification HAS.



Figure 3 : Leviers d'une implication pérenne des soignants

CONCLUSION

Au terme de cette recherche, mon ambition était d'identifier les ressorts capables de maintenir la mobilisation quotidienne des équipes soignantes autour de la certification HAS, afin de faire de la qualité et de la sécurité des soins un réflexe professionnel dans les services de SMR polyvalents et gériatriques.

L'enquête de terrain, croisée avec la littérature, révèle que l'appropriation se développe avant tout dans la continuité. Lorsque les méthodes d'évaluation sont modifiées de manière progressive, au plus près des pratiques de soins, et que la gouvernance exerce un leadership concret, une dynamique s'installe presque naturellement. Les soignants s'engagent d'autant plus facilement qu'on leur explique clairement le sens de la démarche, qu'on leur propose des formations brèves mais récurrentes, qu'on varie les supports de communication et qu'on leur offre un outil numérique à la fois simple et intuitif, conçu pour alléger et non alourdir leur quotidien. Enfin, la juste reconnaissance de l'effort fourni, qu'elle soit symbolique (valorisation des initiatives) ou organisationnelle (ajustement des effectifs lors des réunions et formations), apparaît comme le ciment de cet édifice.

Ces enseignements invitent les directions à passer d'une logique d'échéance à une logique de routine. Il ne s'agit plus de courir avant la certification, mais d'instaurer un calendrier souple mêlant échanges, formations et audits courts. Le quotidien des équipes gagne à être allégé grâce à des ressources humaines dédiées, tandis que chaque initiative qualité, même modeste, devrait être reconnue avec le même respect qu'une innovation clinique. Adopter cette démarche transforme la certification en moteur d'apprentissage collectif continu, au lieu d'en faire un contrôle ponctuel générateur de stress.

Cette étude comporte certes des limites : elle repose sur un échantillon restreint, issu d'un même groupe hospitalier, ce qui invite à la prudence lorsqu'il s'agit de généraliser. Pour la prolonger, on pourrait élargir l'observation à d'autres spécialités ou mesurer quantitativement l'effet de chaque levier sur des indicateurs. Le rôle du patient partenaire mérite aussi d'être exploré, notamment dans la façon dont il peut soutenir durablement la culture qualité.

Au-delà du champ des SMR, ces conclusions résonnent avec les défis actuels de gouvernance clinique : comment maintenir un haut niveau d'exigence qualité dans un système en tension ? Demain, l'intégration des dimensions écologiques, la santé numérique et la participation citoyenne pourraient constituer de nouveaux territoires d'étude, invitant à repenser la certification comme un levier global de performances sociales et environnementales. Elle devient alors la colonne vertébrale d'une pratique soignante quotidienne où l'exigence de sécurité avance de pair avec le souci d'humanité.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Société BlueKanGo, «Présentation de la plateforme logicielle,» [En ligne]. Disponible sur : <https://www.bluekango.com/fr/la-societe-bluekango/>. [Accès le 27 février 2025].
- [2] Haute Autorité de Santé, «Calista, logiciel de gestion de la certification,» [En ligne]. Disponible sur : <https://calista.has-sante.fr>. [Accès le 30 décembre 2024].
- [3] Haute Autorité de Santé, «Comprendre la certification pour la qualité des soins,» 25 novembre 2020. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>. [Accès le 22 décembre 2024].
- [4] Haute Autorité de Santé, «La HAS en bref,» 29 octobre 2020. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>. [Accès le 22 décembre 2024].
- [5] Haute Autorité de Santé, «Accréditation ISQua,» 22 septembre 2022. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_968312/fr/accreditation-isqua. [Accès le 28 décembre 2024].
- [6] Légifrance, le service public de la diffusion du droit, «Section 1 : carte sanitaire et schéma d'organisation sanitaire. Article R712-2, code de la santé publique,» 4 janvier 1992. [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006174667/1992-01-04. [Accès le 20 mai 2025].
- [7] Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, «Tout savoir sur les soins de suite et de réadaptation,» 9 août 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-medicaux-et-de-readaptation-smr>. [Accès le 20 décembre 2024].
- [8] Légifrance, le service public de la diffusion du droit, «Décret n°2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation,» janvier 2022. [En ligne]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947210>. [Accès le 23 décembre 2025].

- [9] Légifrance, le service public de la diffusion du droit, «Décret n°20022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation,» janvier 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947234>. [Accès le 23 décembre 2024].
- [10] A. Sourdille, «La réforme des autorisations d'activité de soins Médicaux et de Réadaptation,» 2 juin 2023. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.fhf.fr>. [Accès le 15 décembre 2024].
- [11] A. Delteil, I. Claude et G. Farges, «CertiCAP : Le bon cap retrouvé pour la certification HAS,» *IRBM News*, p. 3, 2018.
- [12] Y. Matillon, «L'accréditation en France,» *Actualité et dossier en santé publique*, juin 2001.
- [13] Haute Autorité de Santé, Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation, 2007.
- [14] Légifrance, le service public de la diffusion du droit, «Décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins,» 30 décembre 2009. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>. [Accès le 23 décembre 2024].
- [15] Haute Autorité de Santé, «Certification des établissements de santé : la version 2014 à la loupe,» 12 juin 2019. [En ligne]. Disponible sur : https://has-sante.fr/jcms/pprd_2974922/fr/certification-des-etablissements-de-sante-la-version-2014-a-la-loupe. [Accès le 28 décembre 2024].
- [16] Haute Autorité de Santé, Dispositif de certification V2020,référentiel de certification, 2019.
- [17] Haute autorité de santé, Certification des établissements de santé pour la qualité des soins version 2024, 2023.

- [18] J. Poirot, «Les nouveautés de la certification HAS 2024,» [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ageval.fr>. [Accès le 23 décembre 2024].
- [19] Haute Autorité de Santé, «Où en est la qualité des soins en France en 2024 ? La HAS fait le point sur les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et la certification dans les établissements de santé,» 18 décembre 2024. [En ligne]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-12/dossier de presse conférence qualité des soins.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-12/dossier_de_presse_conf%C3%A9rence_qualit%C3%A9_des_soins.pdf). [Accès le 06 janvier 2025].
- [20] Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, ministère de la santé et des solidarités, «Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants,» juin 2005. [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>. [Accès le 20 décembre 2024].
- [21] Haute Autorité de Santé, «Bilan de la 4ème version de la certification des établissements de santé pour la qualité et la sécurité des soins V2014: 2015-2022,» avril 2023. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-04/bilan_v2014.pdf. [Accès le 5 janvier 2025].
- [22] A. Delteil, I. Claude et G. Farges, «CertiCAP : Le bon cap retrouvé pour la certification HAS,» *IRBM News*, p. 5, 2018.
- [23] P. Valeau, La gestion des volontaires dans les associations humanitaire : un passage par les contingences de l'implication, Université des sciences et technique de Lille, Insitut d'administration des Entreprises, 1997, pp. 48-52.
- [24] Dictionnaire Larousse, [En ligne]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr>. [Accès le 21 décembre 2024].
- [25] B. Moltrecht, N. Labaye-Prévoit et B. Weens, Vers une école promotrice de santé, guide du diagnostic à l'action, Presses de l'EHESP, 2022, pp. 61-63.
- [26] A. M. Roucayrol, «Management de la qualité en établissement de santé,» *La pensée N°381*, pp. 91-102, mars 2020.

- [27] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, 2002, p. 71.
- [28] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, 2002, p. 74.
- [29] Haute Autorité de Santé, «Rapport d'analyse prospective 2024, améliorer la qualité en santé,» octobre 2024. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has.sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-10/ameliorer_la_qualite_en_sante_rapport_danalyse_prospective_has_2024.pdf. [Accès le 5 janvier 2025].
- [30] C. Pope et N. Mays, Qualitative Research: Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research., 1995, p. 42–45.
- [31] Pôle établissements FILIERIS NORD, Le pôle établissements, 2024, p. 6.
- [32] Légifrance, le service public de la diffusion du droit, «Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, article 23,» 13 décembre 2018. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000037820913/2018-12-16/#LEGIARTI000037820913>. [Accès le 30 avril 2025].
- [33] Légifrance, le service public de la diffusion du droit, «Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux,Annexe I, II et III,» 12 juin 2021. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646160>. [Accès le 01 mai 2025].

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Introduction

Bonjour, étudiant en Master au département Ingénierie et Management de la Santé (ILIS) de l'université de Lille, je mène une enquête auprès des soignants dans le cadre de mon mémoire.

Merci de prendre le temps de répondre à ces questions. Cet entretien vise à mieux comprendre comment encourager une implication durable des soignants dans la démarche de certification HAS, pour améliorer durablement la qualité et la sécurité des soins dans les services de SMR gériatrique et polyvalent.

Vos réponses seront anonymes et utilisées uniquement dans le cadre de cette étude.

Je vais vous poser treize questions regroupées en neuf thèmes. N'hésitez pas à développer vos réponses ou à aborder des points que vous estimez importants.

Information générale

Ancienneté chez FILIERIS :

Age :

Fonction :

Votre expérience concernant la visite de certification

- 1) Avez-vous déjà eu plusieurs fois l'expérience d'une visite de certification ?**
- 2) Si oui, estimez-vous que la méthode d'évaluation ait évolué ?**
- 3) Cette évolution a-t-elle facilité votre implication dans la démarche ?**

Si oui, comment ?

Ressenti général

- 4) Que représente pour vous la démarche qualité (sécurité des soins, amélioration continue des pratiques professionnelles) ?**

Connaissance de la démarche qualité

- 5) Vous a-t-on expliqué ce qu'est la démarche qualité ?**

Si oui, qui vous l'a expliqué ?

Participation et implication dans la démarche qualité

- 6) Participez-vous à la démarche qualité au sein de votre établissement ?**

Si oui, comment et quelles sont vos motivations ?

Si non, pourquoi et quels sont vos freins ou vos difficultés ?

Formation et soutien

- 7) Selon vous les formations qualités et sécurité des soins organisées au sein de l'établissement sont-elles adaptées ? (Compréhension, points abordés et fréquences)**

Si oui, quels aspects appréciez-vous particulièrement ?

Si non, pourquoi ?

- 8) Quelles pourraient être les améliorations à mettre en place ?**

Communication

9) Comment évalueriez-vous la communication autour de la démarche qualité ?

☐ Suffisante ☐ Insuffisante ☐ Inexistante

Pour quelles raisons avez-vous choisi cette réponse ?

10) Quelles améliorations pourraient être envisagées pour faciliter une implication durable ?

Les outils de la démarche qualité

11) Utilisez-vous les outils de la démarche qualité ?

Si oui, lesquels et sont-ils faciles à utiliser ?

Si non, pourquoi ?

Engagement de l'équipe

12) Selon vous, l'équipe soignante est-elle impliquée dans cette démarche ?

Si oui, comment ?

Si non, pourquoi ?

Perspectives pour l'avenir

13) Selon vous quels seraient les éléments les plus importants à mettre en place pour maintenir cette implication dans la démarche et éviter de perdre les acquis de la dernière visite de certification ?

Conclusion

Merci beaucoup pour votre temps et vos réponses. Vos retours sont essentiels pour mieux comprendre comment améliorer l'implication des soignants dans la démarche de certification HAS. Si vous avez d'autres remarques ou suggestions, c'est le moment de les partager.

Annexe II : Retranscription de l'entretien avec MG 1

Quelle est votre ancienneté chez FILIERIS ?

Alors, je suis embauchée chez FILIERIS depuis à peu près 11 ans.

Quel est votre âge ?

62 ans.

Et votre fonction ?

Médecin-gériatre, en soins médicaux et de réadaptation

Avez-vous vécu plusieurs fois l'expérience d'une visite de certification ?

Une seule fois.

Que représente pour vous la démarche qualité ?

C'est identifier les points de faiblesse tout au long de la prise en charge du patient qui pourraient être à risque de conséquences délétères, qu'elles soient légères ou sévères par rapport au patient, que ça puisse toucher simplement la qualité de l'accueil ou que ça touche au niveau somatique le patient.

Vous a-t'on expliqué la démarche qualité ?

Oui, peut-être pas dans sa philosophie, mais sur l'ensemble de la procédure, oui, essentiellement expliquée par notre ingénieure qualité.

Et au fond, quels sentiments éprouvez-vous vis-à-vis de cette démarche qualité ?

Alors, mon premier sentiment, c'est la peur. La peur face à un vocabulaire que je ne comprends pas ou que je ne mémorise pas tellement il y a des étapes différentes, même pas des étapes, mais des façons d'évaluer différentes et puis la peur du temps que ça va prendre.

C'est-à-dire sur votre temps de travail ?

Oui, prendre du temps, sur le temps de travail, également sur la vie personnelle, parce qu'on reçoit à ce moment-là énormément de documents, beaucoup de mails, la crainte quand on ouvre sa boîte mail de trouver encore d'autres documents à lire.

Est-ce que vous participez à la démarche qualité au sein de votre établissement ?

Je ne sais pas sous quelle forme vous pensez à la démarche qualité, si c'est par rapport aux différentes instances.

Par exemple, oui.

Oui, j'essaie d'y participer par l'équipe d'hygiène, par l'équipe du Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition et Comité de lutte contre les infections nosocomiales.

Vous faites partie de quelle instance ?

Alors, l'équipe opérationnelle d'hygiène, le Comité de liaison en alimentation et nutrition et puis bien sûr le Comité d'éthique, de réflexion d'éthique.

Avez participé à la mise en place de protocoles, de procédures ?

Alors, au départ, oui, parce qu'il y avait un mélange entre comité d'éthique, soins palliatifs, bientraitance, la frontière n'était pas claire. Et du coup, on me demandait de rédiger certaines choses, certaines procédures, par exemple en soins palliatifs, alors qu'en réalité, maintenant, on a bien dissocié les trois et je n'ai pas rédigé de procédures qualité.

Est-ce que vous avez participé à l'évaluation des indicateurs qualité ou à des enquêtes ou même à la rédaction de ces enquêtes ?

Pas vraiment, je ne pense pas. Plus précisément, vous pouvez m'expliquer sous quelle forme j'aurais pu peut-être intervenir.

Alors par exemple, on a des indicateurs obligatoires, là en SMR on a eu le projet de soins. Donc, on devait répondre, on devait prendre les dossiers, évaluer les dossiers. Mais est-ce qu'on vous a demandé de participer à ce genre de travail ?

Jamais. Je sais qu'effectivement des analyses parfois qui sont faites, c'est un certain nombre de dossiers, mais je n'ai jamais participé à cette démarche et parfois on voit des résultats, effectivement on nous donne des résultats mais pour moi c'est un peu vague, en tout cas ce n'est pas systématique.

Comment êtes-vous venue à participer à ces instances ?

Alors j'ai été sollicitée par la diététicienne pour le Comité de liaison en alimentation et nutrition. Quant à l'Équipe opérationnelle d'hygiène, c'est parce que je trouve que c'est vraiment une démarche de l'ensemble de l'établissement. Ça concerne tout le monde. Et donc, c'est vrai que j'étais contente d'être informée des résultats et de ce qui était mis en place au niveau de l'Équipe opérationnelle d'hygiène. Après, également, de voir l'implication que ça comporte vis-à-vis des soignants, la difficulté de la mise en place, et ça, ça me marque, oui.

C'est-à-dire, quelle difficulté ?

Eh bien, l'acceptation de cette démarche, qui n'est pas évidente par rapport aux soignants. Parfois je les entends dire, si on me regarde, j'ai l'impression d'être jugée. Et du coup, moi ça me marque parce que je pense que ça c'est vraiment un frein à l'amélioration de nos pratiques. Il y a une crainte, un orgueil.

Ces participations sont-elles volontaires ou bien est-ce que parce qu'on vous a demandé de participer à une instance ?

Non, c'est volontaire. Je pense que la diététicienne, elle essaie également de faire en sorte que tout le monde soit concerné par la prise en charge diététique des patients. Donc c'est facile. En plus, au niveau du travail, il faut avouer que c'est quand même elle qui fait tout. On est là pour accompagner la mise en place de ce qu'elle souhaite, mais voilà.

Et votre participation à la dernière certification, qu'est-ce que ça représente pour vous ?

Alors, ça représente, comme je disais tout à l'heure, tout d'abord une peur. Peur parce que c'est difficile à comprendre, parce qu'on a l'impression que c'est tentaculaire, parce qu'on a l'impression que ça va prendre du temps. C'est essentiellement ça, après, oui, la démarche est intéressante parce qu'elle a du sens.

En quoi a-t-elle du sens ?

Elle a du sens parce qu'effectivement, les critères, les démarches qui sont proposées, elles concernent véritablement la santé du patient et la qualité des soins, bien entendu. Auxquels a droit. Pour moi, c'est un garde-fou sur les dérives qui pourraient vite se mettre en place si on n'a pas conscience de ces critères.

Et par rapport aux outils utilisés lors de cette certification, donc on a eu des traceurs, on a eu des patients traceurs, est-ce qu'ils vous paraissent adaptés ?

La difficulté chez les personnes âgées c'est qu'elles ne sont pas vraiment capables, pas toutes et pas entièrement, de donner un avis qui soit objectif ou qui soit précis. Je pense qu'il y a certaines évaluations qui ne révèlent peut-être pas tout à fait la réalité.

Donc là on parle des patients traceurs ?

Oui.

Et par exemple, tout ce qui était audits système, les entretiens professionnels...

Je pense que la démarche dans l'ensemble est bonne, mais aussi on peut toujours influencer les réponses selon l'image qu'on veut donner. C'est normal.

Alors maintenant, selon vous, les formations qualité, sécurité des soins qui sont organisées au sein de l'établissement, sont-elles adaptées ?

Alors moi je pense qu'elles devraient être plus fréquentes, peut-être moins lourdes pour essayer justement de faire en sorte qu'elles soient plus facilement acceptables et acceptées.

Moins lourdes, pouvez-vous préciser vos propos.

Ça veut dire plus simple, plus simple en quantité et plus facilement, plus facile à comprendre. Je trouve que ça, pour moi personnellement, il me faudrait des supports pédagogiques, peut-être plus, on va dire imagés, ou je ne sais pas, mais le support uniquement par des livrets, par des tableurs Excel, c'est indigeste. Et j'aimerais bien parfois qu'on ait plus de recul avec des supports vidéo ou des supports qui nous expliquent de façon plus concrète et plus facile à digérer.

Que vous pourriez par exemple visionner chez vous, en dehors du lieu et du temps de travail par exemple ?

Oui, personnellement j'apprécie les informations, comme vous le savez, les petites vidéos YouTube ou les webinaires qu'on peut écouter en replay. Ça permet de donner une information fragmentée, parfois qu'on retient un petit peu mieux, même si ça n'empêche pas qu'un bon support avec du texte et des tableurs soit nécessaire. Il faudrait plus de pédagogie, à mon sens plus de pédagogie.

Alors quel type de format avez-vous déjà eu pour ces formations ?

Alors, essentiellement des rencontres en réunion avec l'ingénieur qualité qui prépare des PowerPoint. Après, on me donne des livrets. Ça me fait peur quand je vois ces livrets parce qu'il y a trop de texte à lire. Oui, trop de choses à lire. Il faut que je les reprenne plusieurs fois pour saisir la différence entre telle et telle démarche.

Est-ce que vous voyez d'autres formats ou est-ce que vous avez eu d'autres formats que ces réunions ?

Je n'ai pas le souvenir d'avoir fait d'autres formats que ces réunions.

Par exemple, est-ce que vous avez déjà participé à des escape games ?

Alors, il y en a eu mais pas par rapport à la certification, tout au moins ça ne me dit rien. Il y en a un par an, il me semble, par l'infirmière hygiéniste qui cible un risque, c'est ludique.

Y avez-vous participé ?

Oui, elle souhaite faire participer le maximum de personnes, donc à deux reprises, il me semble qu'elle en a fait un, c'était intéressant.

Serait-il à refaire ?

Oui, alors ce serait bien qu'elle laisse un support après, mais il y a peut-être un auquel je n'ai pas prêté attention. Ce serait bien qu'il y ait un petit mémo après pour reprendre les points forts, les choses à retenir.

D'accord. Et je ne sais pas si vous avez déjà rencontré la chambre des erreurs ?

Oui, voilà, c'est à celui-là auquel je pense. Puis elle en avait fait un autre, il me semble après, sur la vaccination, si je me trompe ou je ne sais plus. Il y a eu de la vaccination, mais ce n'était pas un escape game. Elle en a fait un autre, mais je ne sais plus sur quoi.

La chambre des erreurs, cela vous a-t-il paru intéressant ou non ?

Oui, c'est intéressant, mais bon. J'aimerais bien peut-être aborder d'autres thèmes// existe aussi des cafés qualité c'est-à-dire des formats plus courts sans que ce soit une formation d'une heure. Y avez déjà participé ?

Alors, pas vraiment, mais c'est vrai que moi, je serais plutôt adepte de interventions courtes. Bref, vingt minutes avec des messages bien identifiés sur un domaine, quitte à justement entretenir cette démarche un petit peu, pourquoi pas, de façon mensuelle, et puis avec un petit mémo qu'on puisse conserver à chaque fois sur une thématique bien précise avec un support en fin de session. Je pense, à mon sens, que ça pourrait être fait en établissements pour concerner tout le monde, et puis comme ça, tout le monde a la même info. Et si quelqu'un n'a pas compris quelque chose, l'autre peut revenir dessus. Si on est absent, on peut demander aussi : « Tiens, qu'est-ce qui s'est dit ?

Concernant maintenant les auto-évaluations, réalisées dans le cadre de la certification HAS, Qu'en pensez-vous ?

Alors, c'était très intéressant. Après, ce que j'ai remarqué en tant que médecin, c'est que les critères sont très nombreux et je pense qu'on ne les a pas tous traités de la même manière. Même moi, je ne les ai jamais tous traités de la même manière. J'étais un peu perdue parce que comme c'est exhaustif, Je pense que je me suis un peu perdue parfois dans certains champs. Là-dessus, j'aurais aimé peut-être partager plus avec d'autres personnes, comment procéder pour le patient traceur.

Si je comprends bien, les grilles étaient trop longues ?

Il y a énormément de critères, ce qui fait que si on ne cible pas à l'avance, comment on va les enchaîner ou les organiser, mettre en évidence les plus importants. J'avais l'impression, tout compte fait, d'être vraiment très brouillon et peut-être d'être passée à côté de l'essentiel.

C'est-à-dire que le fait d'avoir toute la grille le même était peut-être un peu trop long pour le format ?

Il vaudrait peut-être mieux comprendre la grille en amont, avoir le temps d'organiser les critères, de les schématiser en tête pour que l'entretien avec le patient soit mieux ciblé, plus fluide, qu'on puisse avoir le moins de redondance possible dans nos questions.

Donc si je comprends bien, il faudrait une première réunion de préparation pour expliquer les critères, c'est bien ça ?

Oui.

Et une deuxième pour la mise en condition en quelque sorte, en prenant par exemple des séances plus courtes mais sur certains critères ?

Alors, oui, enfin, je pense, par exemple le patient traceur, moi, je souhaiterais, c'est vrai, une formation en amont pour mieux me préparer à l'entretien du patient. Après, quelles que soient les thématiques qui nous concernent pour la certification, je trouve que des formations courtes qui, sur un thème, c'est bien, puis surtout un support mémo. Parce que moi, j'avoue que je me suis un peu perdue parfois. J'étais obligée de reprendre les référentiels pour relire et réorganiser ma pensée.

Qu'est-ce qui vous a justement posé le plus de difficultés lorsque vous dites avoir dû relire le référentiel ?

C'était de comprendre la différence entre les différentes démarches qualité. Il y a l'audit qualité, l'audit système, l'audit..., je ne sais plus. J'ai eu du mal à discerner les différents outils, les différentes méthodes. En fait à la fin c'était très flou pour moi. J'ai eu du mal aussi à cerner qui fait quoi et pourquoi c'est différent.

Donc prévoir un mémo, sur par exemple les chapitres, les outils qu'on utilise ?

Oui, et puis harmoniser avec nos autres collègues, parce que, en tout cas pour le patient traceur, moi je me suis aperçue qu'on faisait tous différemment.

Alors, vous dites, les autres collègues, c'est qui exactement ?

Mais les autres médecins.

Ah d'accord, tous sur l'ensemble du pôle ?

Vous voyez, moi je pense que ce serait bien, oui. Alors, je ne veux pas embêter tout le monde. Ou alors que le responsable qualité, voilà, nous fasse une petite formation qui soit reproductible pour chacun. Pour les médecins, enfin, pour tous les médecins ensemble, à ce moment-là.

Et que pensez-vous des pense-bêtes qui avaient été distribués ?

Alors oui, bien, pour préparer la certification, c'est très bien. Là aussi, il y a des points à améliorer dans le contenu, mais je trouvais ça bien.

Le format était-il adapté ?

Oui, moi, j'ai bien aimé. J'ai bien aimé, je m'en suis beaucoup servie pour la certification. Maintenant, je l'avoue qu'il est rangé. Les notions étaient claires. La plupart du temps oui, certains mots peut-être parfois à préciser, pourquoi pas le faire sous un format un petit peu plus grand parce qu'il y avait certaines informations, je pense qu'elles ne seraient pas rentrées complètement sur le petit carton. C'est bien, je trouve que personnellement, ça m'a bien plu et j'aimerais bien qu'il y en ait un pour la prochaine certification.

A-t-il été distribué suffisamment à l'avance ou le délai vous a-t-il semblé correct ?

Je pense que le délai était à peu près bon. On peut peut-être l'allonger un petit peu mais le délai était à peu près correct. Si on le donne trop à l'avance, on va l'oublier.

Maintenant, concernant la communication autour de la démarche qualité. Comment évaluez-vous cette communication ? Alors, la façon où vous avez reçu les informations, les mises à jour, aussi l'utilisation, la lecture des comptes rendus...

Alors, c'est vrai que, je disais tout à l'heure, quand on ouvre sa boîte mail et qu'on voit... un document, deux documents, trois documents. On nous donne aussi le document papier. C'est beaucoup d'informations par rapport à notre quotidien de médecin, qui est déjà très prenant. Donc, je ne suis pas sûre d'y prêter vraiment attention. Je pense que la communication, elle nous est essentiellement donnée par notre ingénieur qualité et sécurité des soins. Parfois, au moment de la certification, on est intervenu sous forme de petites vidéos et je trouve que ce format-là, moi personnellement, une petite capsule vidéo qui nous explique la raison d'un nouveau document. Alors pas obligé d'être trop fréquentes, mais ça pourrait m'aider à comprendre pourquoi on m'a donné un document et qu'est-ce que je vais y trouver et pourquoi faut-il que je le lise ou je peux, peut-être attendre qu'on se réunisse pour en parler.

Par exemple, ce serait pour des nouveaux documents, pas forcément les mises à jour d'anciens mais vraiment les nouveaux documents qui pourraient arriver, apporter une petite explication en plus ?

Oui, pour toute nouvelle démarche, pour toute information importante qui concerne notre implication.

Et en dehors des mails, vous percevez la communication de quelle manière ?

Alors, comment vous dire ? Sur quel thème plus précisément ?

Tout ce qui est informations en relation avec la qualité. Donc effectivement, on peut avoir des mails qui concernent les nouvelles procédures à jour. Mais en dehors de ce moyen de communication, est-ce que vous en avez d'autres ? Disposez-vous d'autres canaux ?

En CME, effectivement, on va en reparler. Après, lors des visites éventuellement de l'ingénieur qualité dans l'établissement, mais on ne se voit pas systématiquement. Mais si elle vient dans l'établissement, je ne suis pas forcément avertie ou je ne m'en aperçois pas forcément. Donc oui, dans le fond, on a peu d'occasions de se rencontrer, mais quand il y en a une, en général, c'est vraiment très satisfaisant.

Est-ce qu'il y a un affichage qui vous renseigne sur le calendrier des réunions ?

Alors, les informations qui concernent les réunions, je ne les ai que par mail. Parfois, je le sais par oral, on me dit « tiens l'ingénieur qualité sera là mardi », et puis voilà. On ne s'en rend pas forcément compte. Donc les mails c'est parfois trop fastidieux. Alors, c'est nécessaire pour une information courte, comme le fait très bien notre ingénieur qualité. Je ne dis pas, mais c'est parfois quand on reçoit de gros documents, il faut comprendre. Et puis, parfois même, je ne comprends pas toujours le sens, parce que ce sont des mots qui ne m'évoquent pas de choses précises, trop techniques.

Disposez-vous avez d'un Flash info qualité au sein de l'établissement ?

Oui.

Vous paraît-il pertinent ?

Oui, oui, oui. Oui, parce que plus on entend parler des choses, mieux je pense, on les saisit, on les intègre, donc c'est bien. En plus, il ne revient pas de façon trop fréquente, donc on ne s'en lasse pas. Enfin, je ne m'en lasse pas, je le lis.

Les Flash-Infos sont-ils clairs, pas trop techniques ?

Alors, je n'ai pas le souvenir du dernier, mais ça ne m'a pas marquée. Je n'ai pas eu l'impression d'être en difficulté pour le savoir. Mais c'est vrai que celui qui parle d'un sujet tel que celui-là, qui semble très technique, parfois on peut oublier car c'est difficile à comprendre, saisir la différence entre telle ou telle démarche. Pas toujours spontanée pour moi, pas toujours facile.

Et la communication des résultats de la certification aux équipes, qu'en pensez-vous ?

Alors, au départ, personnellement j'ai reçu un mail, je ne sais pas, mais, je suppose que tout le monde l'a reçu, il était un peu ambigu. J'avais cru, comme d'autres personnes, qu'on était juste invité à regarder à distance sur vidéo. Après, on nous a rappelé que non, bien sûr, notre présence était souhaitée. Personnellement, c'était un peu tard, j'avais déjà d'autres engagements, je n'ai pas pu participer à cette remise de résultats. Je pense qu'il y a eu un petit cadeau, un gadget distribué, je ne sais pas comment il a été vécu par le personnel, je ne sais pas. Moi personnellement c'est vrai que j'aurais bien aimé être là à cette réunion mais j'ai compris un peu tard et du coup j'avais d'autres engagements je n'ai pas pu me libérer. Je regrette parce que je pense que c'est un moment important et l'avoir plutôt fait au niveau central c'était adapté. Pour moi, en tant que médecin, au niveau central, c'était adapté parce que c'est l'ensemble de la filière du pôle établissements qui était... Pour moi, en tant que médecin, oui, ça me convenait bien. Maintenant, au niveau des soignants, je ne peux pas répondre comment cela les a atteints, est-ce que ça les a déçus ? Je ne saurais pas répondre à leur place.

Est-ce que les résultats de la précédente certification vous ont motivé à poursuivre dans la démarche qualité ?

Alors, ce n'est pas le facteur le plus important. Clairement, pour moi, ce qui me motive, ce sont les axes de progrès sur des critères de qualité et de sécurité qui sont réels par rapport aux patients, qui sont argumentés. Après, oui, le fait que l'on ait une bonne certification, ça encourage clairement. C'est encourageant pour poursuivre la démarche. On se dit qu'on ne part pas de trop loin et qu'on peut voir du coup ce qui est à améliorer. Oui, c'est quand même encourageant.

Donc, finalement, concernant la communication, vous la jugeriez plutôt suffisante, insuffisante ou inexistante ?

Alors, je dirais bonne et perfectible.

Est-ce que vous utilisez les outils de la démarche qualité ?

Pouvez-vous me préciser.

Alors, par exemple, ça peut être le fait de signaler des événements indésirables, l'utilisation du logiciel BlueKanGo. Ou alors la recherche de procédures.

Je pense que je ne les utilise pas suffisamment, je le fais mais rarement. Concernant la déclaration des événements indésirables, bon, je vais le faire. Je vais avouer ma très grande faute : je n'ai jamais déclaré d'événements désirables, mais j'ai vu sur BlueKanGo, parce qu'à l'occasion, quand je peux, j'ai vu qu'ils avaient changé la présentation, je pense effectivement que c'est plus simple qu'avant.

Alors justement, cela m'intéresse. Quels ont été les freins qui vous ont empêchée de le faire ?

Eh bien, parce que je pense que je n'y pense pas suffisamment. J'ai tendance à régler le problème, peut-être directement sans penser à la démarche. J'y pense beaucoup plus facilement pour les autres que pour moi-même. Alors je pense que les dysfonctionnements que je constate concernent des choses inadaptées par rapport aux actes infirmiers. Je ne suis pas suffisamment éclairée sur les fiches d'événements indésirables qui concernent le médecin.

Par exemple, Avez-vous déjà constaté des dysfonctionnements concernant l'organisation de l'établissement ou, par exemple, des soucis avec nos partenaires, par exemple le laboratoire d'analyse biologique ?

Alors, c'est un fait, je n'ai pas fait de fiches d'événements indésirables, je me suis adressée directement à notre personne correspondante en interne, la directrice des soins infirmiers. C'est vrai que dans ma tête, j'ai encore l'impression que ça pourrait vexer certaines personnes, que ce soit considéré comme une démarche qui soit mal prise quand on veut évoquer un problème. Donc la crainte que quelqu'un ressente ça comme une culpabilité. Du coup, je préfère m'adresser directement à la personne et essayer de régler ça de façon plus spontanée, en équipe. Mais, c'est vrai que c'est par crainte dans le fond d'avoir l'impression que ça pourrait être une démarche excessive.

Concernant l'utilisation du logiciel de gestion documentaire pour consulter des documents, qu'en pensez-vous ?

Alors, le nouveau site, là, je ne l'ai pas testé. J'ai beaucoup de mal à trouver l'information. Oui, ça m'est arrivé de vouloir trouver des procédures pour les respecter. Et j'avais beau taper des mots-clés. Je tombais sur une liste de documents

à ouvrir qui n'avaient pas vraiment de rapport avec ce que je cherchais. Donc, j'ai essayé quelquefois et avec ces mauvaises expériences, je n'ai pas pris l'habitude de m'en servir. Donc je trouve difficile de trouver une information dans le logiciel de gestion documentaire. Parce que même en tapant des mots-clés qui me semblent adaptés, je tombe sur une liste de documents qui ne correspondent pas à ce que je cherche.

Les procédures ou protocoles eux-mêmes vous paraissent ils clairs, utiles, complets ?

Alors ça dépend des protocoles, pour certains oui, pour d'autres ils ne sont peut-être pas suffisamment succincts. Mais pour certains cas, ça m'a rendu service.

Et, concernant le logiciel de gestion documentaire, est-il facile d'accès ?

C'est très simple. Quelqu'un m'a mis une icône sur le bureau de mon ordinateur, donc c'est très simple. Ça s'ouvre, c'est très fluide quand on reçoit un mail, on clique, l'usage est facile.

Et quelles pourraient être les améliorations pour vous encourager davantage à utiliser ces outils et faciliter leur utilisation ?

Alors c'est vrai que pour moi le visuel compte beaucoup. Après, c'est vrai que le format des documents est à chaque fois un petit peu lourd. On reprend toute une bibliographie, on reprend tous les sites. C'est important, on est obligé, mais peut-être que j'aimerais bien des présentations plus attrayantes. Aujourd'hui, on en parle beaucoup. Ça me parle plus quand c'est bien présenté. Il faut que ce soit plus facile, plus rapide à intégrer.

Et concernant les comptes rendus de réunions, qu'en pensez-vous ?

Alors, j'avoue que je les lis quand je les reçois par mail. Ceux du CLAN, ceux de l'E.O.H., ceux du Comité d'éthique, oui, je les lis, ça m'intéresse d'être informée. Ça me parle plus parce que je suis intéressée par ces groupes de travail. Ils ne sont pas plus faciles à lire, mais ils m'intéressent.

Selon vous, l'équipe soignante est-elle impliquée dans la démarche qualité et dans la préparation de la prochaine certification ?

Alors, juste après la certification, oui, on a senti qu'on avait tous gagné au sens propre, au sens figuré. Il y avait même un certain enthousiasme à respecter des critères qualité. Et puis, ce n'est quand même pas évident de les maintenir. D'ailleurs,

que ce soit aussi me concernant moi et concernant mes collègues, il y a des critères qui sont difficiles parce qu'ils nous dérangent un peu. Donc, ils se sont perdus à la suite de la dernière certification. Après, par rapport aux soignants, je disais tout à l'heure que je suis surprise par leur peur d'être évalués. Donc il y a un gros travail de dédramatisation à mener, puis comprendre pourquoi la démarche qualité, c'est très intéressant. Moi, je les ai entendus, en fait. J'ai entendu une infirmière ou une aide-soignante dire « quand on me regarde faire, j'ai l'impression qu'on me juge et je ne mérite pas qu'on me juge ».

D'accord. Et après la certification qui vient d'être réalisée en juin, est-ce que vous sentez qu'il y a un élan plutôt général vers le maintien des bonnes pratiques ou finalement, on reprend nos habitudes ?

Personnellement, j'ai repris une certaine habitude qui n'est pas conforme à la certification pour ce qui est de l'habillement, par exemple, par confort. Après, les habitudes qui sont restées et qui sont bénéfiques, c'est de fermer la salle de soins, c'est l'utilisation de la solution hydroalcoolique à laquelle on est devenu quand même bien plus sensibilisé, la sécurité du parcours médicamenteux. Je pense que comme on a eu un événement indésirable grave à ce sujet, je pense que ça a secoué un petit peu tout le monde. Il y avait eu notamment une personne qui avait détourné des morphiniques à son bénéfice. Donc, je pense que l'on a tous pris conscience que le process médicamenteux était important.

Cela vous motive t il a poursuivre ? Cette amélioration de la sécurité, cette amélioration des bonnes pratiques...

Alors, moi, c'est vrai que, du coup, dans mon exercice de médecin, j'essaie de reprendre le maximum de critères qualité et un petit peu à la fois de les faire progresser dans mon dossier médical et bien sûr dans ma pratique. Certains critères, d'ailleurs, sont vraiment encore perfectibles, parce que je me dis, c'est ça de pris pour la prochaine certification. Et puis parce que ça répond, honnêtement, c'est vrai que ça répond à des points de qualité qui sont réels, qui sont importants. Il faut réussir à les intégrer en prenant le moins de temps possible. Donc essayer qu'ils soient pris en charge de façon un peu systématique, ça permet de progresser en fluidité, en temps de travail. Maintenant, je pense qu'il faut rester vigilant sur ce qu'on ne fait pas correctement.

J'ai une dernière question : selon vous, quels seraient les éléments les plus importants à mettre en place pour maintenir cette implication dans la démarche qualité et éviter de perdre les acquis de la dernière visite de certification ? Quels sont pour vous les éléments les plus importants pour rester dans cette dynamique ?

Moi je verrais bien ça, mais ce ne serait pas facile à faire accepter par l'ensemble des soignants. Peut-être faire des petits audits rapides dans notre établissement donc chacun dans le sien pour reprendre certains critères de la certification et voir là où on a lâché du lest, là où ça va moins bien. C'était par exemple la fermeture des portes. Je parle de la salle de soins, bah moi en fait assez fréquemment, je la retrouve ouverte et je la referme derrière moi. Après il y a peut-être d'autres critères auxquels moi je ne fais pas attention. On pourrait réévaluer les frictions hydroalcooliques parce qu'on n'est pas encore très bons. Moi je verrais ça plutôt sous forme de petites réévaluations quasi mensuelles mais brèves sur un certain nombre de critères et puis faire un retour aux équipes quand même, leur dire attention parce que là, on a vu qu'il y avait une dérive sur tel critère. Cela pourrait concerner la cuisine, les soignants, les médecins, l'accueil. Voilà, pourquoi pas faire une évaluation brève sur les critères indispensables à la certification pour ne pas perdre effectivement la main et puis les pratiques. Donc peut-être que je me trompe, moi j'aimerais bien une brève évaluation qui soit vraiment brève et avec un retour aux équipes, on pourrait dire au moins deux fois par trimestre pour ne pas perdre la main et puis dédramatiser du coup. Qu'on puisse accepter. Oui, pour maintenir les bonnes pratiques en fait. Et puis surtout aussi dans le but de dédramatiser cette démarche, que personne ne se sente épié, jugé, qu'on se dise bah oui, c'est une démarche d'entreprise, d'établissement. On revoit ce qu'on fait bien, ce qu'on ne fait pas bien.

Et enfin, quel est votre ressenti vis-à-vis des résultats de la dernière visite de certification ?

Alors, honnêtement, je suis très fière qu'on ait eu ce résultat performant. Après, personnellement, pour mon établissement, je connais certains points faibles qui n'ont pas été décelés par la certification et qui... C'est là que je me dis, bah oui, une certification a ses limites, on peut parfois donner des critères qui sont suffisants pour qu'on juge que c'est bien alors que nous, on connaît nos propres faiblesses.

Merci beaucoup d'avoir répondu à ces questions. Si vous avez d'autres remarques ou suggestions, n'hésitez pas à me les livrer maintenant concernant ce sujet.

C'est ce que j'ai déjà dit précédemment. Une fois que nous étions dans la procédure de certification, je savais qu'il y avait des points faibles. Ces points faibles n'ont pas été vus et ça apporte une certaine culpabilité. Et se dire, mais comment est-ce qu'on peut les corriger, vu que... Donc vous les prenez. Ça vous gêne quand même. Disons que ce n'est pas un sentiment de culpabilité, mais je me dis oui, à certains points qu'il faut que nous éclaircissions avec notre ingénieur qualité pour une prochaine certification, pour que ces zones d'ombre qui n'ont pas été décelées ne soient plus des zones d'ombre.

Merci Docteur d'avoir pris le temps de me répondre, l'entretien est terminé.

Quels sont les leviers permettant l'implication pérenne du personnel soignant dans la démarche de certification HAS, afin de garantir une appropriation durable des pratiques de qualité et de sécurité des soins en SMR polyvalents et gériatriques ?

L'étude interroge le défi suivant : quels **leviers** ancrent durablement l'implication du **personnel soignant** dans la démarche de **certification** de la Haute Autorité de Santé pour consolider, au sein des services de **soins médicaux de réadaptation** polyvalents et gériatriques, une culture pérenne de qualité et de sécurité des soins ? Une enquête qualitative a été menée auprès de onze professionnels (médecins, infirmiers et aides-soignants) répartis dans quatre établissements sanitaires organisés en un pôle d'établissements dans le territoire du Nord et du Pas-de-Calais. Des entretiens semi-directifs ont fait l'objet d'une analyse thématique transversale afin d'identifier les perceptions, les motivations et les obstacles relatifs à la certification et l'adhésion à la **démarche qualité**. Les résultats révèlent d'une part un engagement fort lorsque la démarche est perçue comme utile au patient, d'autre part trois freins récurrents : manque de temps, surcharge documentaire et communication irrégulière. Six **leviers** ressortent comme déterminants pour une **implication pérenne** : adaptation continue des méthodes d'évaluation, leadership visible de la gouvernance, explications claires et formations brèves mais répétées, communication bienveillante et interactive, outils numériques simplifiant la traçabilité et le partage, et reconnaissance tangible des conditions de travail. Ces éléments invitent à passer d'une logique d'échéance vers une routine d'apprentissage collectif, en intégrant des temps réguliers d'échange, d'auto-évaluation et de retour d'expérience soutenus par des ressources adaptées.

Mots-clés : leviers, personnel soignant, certification, soins médicaux de réadaptation, démarche qualité, implication pérenne.

This study investigates the following challenge: which **levers** can sustainably anchor **healthcare staff involvement** in the **Haute Autorité de Santé certification** process so as to consolidate, within polyvalent and geriatric **medical rehabilitation care** units, a long-lasting culture of **quality and safety of care** ? A qualitative inquiry was carried out with eleven professionals (physicians, nurses and nursing assistants) working in four healthcare facilities grouped into a single hospital cluster in the Nord and Pas-de-Calais region. Semi-structured interviews underwent cross-cutting thematic analysis to identify perceptions, motivations and obstacles related to certification and adherence to the **quality approach**. Findings show strong engagement whenever the process is perceived as beneficial to patients, but three recurrent barriers: lack of time, documentary overload, and irregular communication. Six decisive **levers** for **sustainable involvement** emerged : continuous adaptation of evaluation methods, visible leadership from governance, clear explanations with brief yet repeated training, caring, interactive communication, digital tools that simplify traceability and information-sharing, and tangible recognition of working conditions. These elements suggest moving from a deadline-driven mindset toward a routine of collective learning, integrating regular opportunities for discussion, self-assessment and feedback supported by adequate resources.

Keywords : levers, healthcare staff, certification, medical rehabilitation care, quality approach, sustainable involvement.