



Motivation et qualité des soins dans les organisations de santé : vers une approche autodéterminée pour l'amélioration continue

Meggane Darin, Saria Ramdani

► To cite this version:

Meggane Darin, Saria Ramdani. Motivation et qualité des soins dans les organisations de santé : vers une approche autodéterminée pour l'amélioration continue. Sciences de l'Homme et Société. 2023. dumas-04222935

HAL Id: dumas-04222935

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04222935>

Submitted on 7 Dec 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MOMA

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ POUR L'OBTENTION DU

MASTER 2 MANAGEMENT STRATEGIQUE DES ORGANISATIONS DE SANTE

Option « sanitaire » et Option « médico-social »

"Motivation et Qualité des Soins dans les organisations de santé : Vers une Approche Autodéterminée pour l'Amélioration Continue"

Présenté par :

DARIN Meggane
RAMDANI Saria

Jury :

GEORGESCU Irène, Professeur des universités - Directrice de mémoire
LE MEUR Alexia, directrice de l'EHPAD Notre Dame du Bon Accueil

Année :

29 août 2023

Remerciements

Nous souhaitons exprimer nos sincères remerciements aux personnes qui ont joué un rôle crucial dans la réalisation de ce mémoire et dans notre parcours au sein du Master 2 Management Stratégique des Organisations de Santé.

Tout d'abord, nous tenons à adresser notre profonde gratitude à Mme Alexia LE MEUR, Directrice de l'EHPAD Notre Dame du Bon Accueil, pour avoir généreusement accordé à notre équipe une autonomie et une confiance qui ont été essentielles pour mener à bien ce projet. Nous souhaitons également dire merci à l'ensemble de l'équipe qualité du Centre Hospitalier des Rives de Seine et en particulier à Madame Ludivine MIRANDE-NEY, Responsable qualité, et Madame Claudine BERKMANS, Attachée qualité, qui nous ont inspirées et éclairées dans notre travail. La disponibilité et le soutien constant de ces trois femmes ont été des atouts majeurs tout au long de notre démarche.

Nous tenons ensuite à remercier chaleureusement l'ensemble des cadres et soignants de nos établissements qui ont gracieusement consacré de leur temps pour répondre à nos questions. Leur engagement actif a considérablement enrichi cette étude et a grandement contribué à la qualité de nos résultats.

Nos remerciements vont également à Mme Irène GEORGESCU, notre directrice de mémoire, pour son encadrement bienveillant, ses précieuses orientations et sa guidance tout au long de l'élaboration de ce travail. Sa rigueur intellectuelle et sa passion pour la recherche ont été une source inestimable d'inspiration.

Nous souhaitons également exprimer notre reconnaissance envers toute l'équipe du CESEGH. Votre engagement envers l'excellence académique et votre dévouement envers les étudiants ont créé un environnement propice à l'apprentissage et à l'épanouissement.

Enfin, nos remerciements vont à nos familles, nos amis et toutes les personnes qui nous ont soutenus tout au long de ce parcours. Vos encouragements, vos conseils et votre présence ont été des sources constantes de motivation et de réconfort.

Sommaire

Introduction	1
Partie 1 : Revue de littérature	3
1. Les enjeux de la démarche qualité en santé	3
1.1 L'origine de la démarche qualité : la régulation du système de santé par l'Etat afin de garantir à tous des soins qualitatifs et sécuritaires	3
1.2 Le management de la qualité : La mise en oeuvre de la démarche qualité au sein des établissements de santé et médico-sociaux	13
2. La théorie de l'autodétermination, le secret de l'implication des professionnels dans la démarche qualité	21
2.1 Les principes de la théorie de l'autodétermination	21
2.2 L'application de la théorie de l'autodétermination aux sciences de gestion	27
Partie 2 : Etude qualitative et quantitative	39
1. Méthodologie de l'étude qualitative et quantitative	39
1.1 Méthodologie de l'étude qualitative	39
1.2 Méthodologie de l'étude quantitative	41
2. Discussion des résultats	43
2.1 Les bénéfices de l'implication des professionnels dans la démarche qualité du point de vue de la satisfaction des trois besoins psychologiques fondamentaux	43
2.2 L'implication des professionnels dans la démarche qualité, le rôle clé du manager	54
Partie 3 : Recommandations managériales	68
1. L'initiation de la démarche qualité au regard de la théorie de l'autodétermination, focus sur l'EHPAD Notre Dame Du Bon Accueil	68
1.1 Nourrir le besoin de compétence et le développement professionnel	69
1.2 Instaurer une culture de valorisation de l'autonomie	71
1.3 Répondre au besoin de reconnaissance et d'appartenance sociale pour motiver les soignants	73
2. Le maintien d'une dynamique de progrès par l'application de la théorie de l'autodétermination, focus sur le Centre Hospitalier des Rives de Seine	75
2.1 Quelques pistes managériales pour cultiver la compétence	76
2.2 Recommandations pratiques pour encourager l'autonomie	77
2.3 Promouvoir le lien social et le sentiment d'appartenance	78
Conclusion	80
Bibliographie	82
Annexes	86

Introduction

Au cœur de l'univers complexe de notre système de santé se présentent quatre piliers essentiels qui soutiennent sa performance : l'efficience des producteurs de soin, la soutenabilité du système, l'accessibilité et la qualité de l'offre. Concernant ce dernier impératif, l'État cherche à faire de la recherche de l'amélioration de la qualité, notamment en termes de sécurité des soins, une préoccupation centrale des organisations de santé. Or, dans cet environnement où la qualité de la prise en charge est inextricablement liée au travail réalisé par les professionnels du soin, un important obstacle persiste. Les soignants, acteurs essentiels de cette quête, peuvent parfois percevoir la démarche qualité comme une charge et considérer que son intérêt se limite à la réussite d'une procédure d'évaluation. Effectivement, de part nos expériences professionnelles, nous avons pu constater que trop souvent les établissements mobilisent les équipes sur cette question de manière ponctuelle, les incitant à donner le meilleur d'elles-mêmes uniquement lors de ces moments clés.

Pour notre part, nous sommes fermement convaincus que les enjeux liés à la qualité ne devraient pas être des contraintes éphémères, mais plutôt des catalyseurs durables d'engagement et de progrès. Cependant, pour transformer cette implication conjoncturelle en une recherche perpétuelle d'amélioration de la qualité, les gestionnaires doivent faire appel à la motivation autonome des professionnels. Nous pensons que la motivation intrinsèque, cet élan intérieur qui pousse à l'action, constitue le moteur essentiel d'une amélioration continue de la capacité des organisations de santé à répondre aux attentes des usagers. Cette conviction prend racine dans une citation de Benjamin Franklin :

« Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends. »

C'est dans cette perspective que s'inscrit notre mémoire de fin de Master 2 en management stratégique des organisations de santé. Notre recherche va fournir au manager de structures sanitaires et médico-sociales les clefs pour cultiver et nourrir la motivation des professionnels dans le cadre de la démarche qualité en s'appuyant sur la théorie de l'autodétermination.

Ainsi nous répondrons à l'interrogation suivante : *Comment les principes de l'autodétermination peuvent-ils permettre aux managers des organisations de santé de mobiliser et maintenir la motivation intrinsèque des soignants dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins ?*

Dans un premier temps, nous aborderons au sein d'une revue de littérature les enjeux majeurs que suscite la démarche qualité en santé puis nous étudierons la théorie de l'autodétermination afin de comprendre comment la motivation intrinsèque peut être nourrie au sein des équipes soignantes (Partie 1).

Notre développement se poursuivra avec une étude qualitative et quantitative. Nous dévoilerons notre méthodologie de recherche et présenterons les résultats issus de notre investigation. Cette section viendra ancrer nos réflexions dans une réalité concrète. Elle constitue le carrefour où la théorie et la pratique se rejoignent grâce à un aperçu des dynamiques et des tendances observées au sein des organisations de santé dans lesquelles nous travaillons (Partie 2).

Enfin, nous pourrions formuler des préconisations, offrant alors aux gestionnaires des pistes d'amélioration universelles, adaptées à la fois aux établissements médico-sociaux et sanitaires, tout en tenant compte du niveau d'intégration de la démarche qualité au sein de ces structures (Partie 3).

À travers ces différentes étapes, ce mémoire s'inscrit comme une invitation à explorer les voies du management stratégique des organisations de santé, où la qualité des soins ne serait plus seulement une obligation, mais une source d'inspiration et d'épanouissement pour ceux qui les prodiguent au quotidien.

Partie 1 : Revue de littérature

La démarche qualité en santé est une dynamique visant à satisfaire toujours davantage les attentes des usagers. Nous verrons grâce à une synthèse de la littérature actuelle qu'il s'agit d'une préoccupation majeure au niveau nationale qui ne cesse de prendre de l'ampleur à l'échelle institutionnelle. Nous expliquerons également que son succès repose sur une implication des professionnels soignant dans la démarche (1). Dans la suite de notre revue de littérature, nous tenterons de comprendre comment fonctionne la motivation sous l'angle de la théorie de l'autodétermination et expliquerons en quoi l'application de ces principes peut permettre de motiver les professionnels à participer au processus d'amélioration continue de la qualité des soins (2).

1. Les enjeux de la démarche qualité en santé

Un système de santé se construit et s'organise progressivement suivant des mesures de régulations. Ces dernières sont le reflet des priorités politiques. Nous verrons qu'en France, la part de la régulation relative aux établissements sanitaires et médico-sociaux portant sur la qualité des soins ne cesse de progresser. Nous étudierons les raisons d'un tel mouvement (1.1). Ensuite, nous verrons ce qu'il implique concrètement dans le management de ces structures (1.2).

1.1 L'origine de la démarche qualité : la régulation du système de santé par l'Etat afin de garantir à tous des soins qualitatifs et sécuritaires

Depuis la première mesure de santé publique relative aux épidémies au XIII^{ème} siècle¹, l'interventionnisme en matière de santé ne cesse de s'intensifier : refonte de l'hôpital au sortir de la Révolution française, création d'un organisme payeur afin d'offrir une protection sociale universelle après la Seconde Guerre mondiale... Aujourd'hui l'Etat occupe une place centrale dans notre système de santé et

¹ La première mesure de santé publique fut éditée afin de lutter contre l'épidémie de lèpre. L'Etat a limité la liberté d'aller et venir de la population pour éviter la propagation de la maladie.

intervient notamment pour garantir la qualité des soins délivrés sur son territoire par les établissements sanitaires et médico-sociaux. Faire en sorte que tous les citoyens aient accès à des soins de qualité est un impératif à la fois éthique (1.1.1), démocratique (1.1.2) et de santé publique (1.1.3).

1.1.1 Garantir la qualité des soins, un impératif éthique

Un système de santé est une succession de choix dirigés par les principes qui sont chers à la société dans laquelle il prend place. Aux Etats-Unis par exemple, c'est le principe de liberté qui fonde la société par conséquent, la santé appartient au domaine privé. L'Etat n'a pas vocation à intervenir massivement afin de réduire les inégalités en la matière (Woolf, 2015)². A l'inverse, le système de santé français est fondé sur l'égalité. Ce principe fait partie de sa vision conceptuelle et implique que l'Etat joue un rôle actif afin de garantir à tous des soins de qualité. En effet, il n'est pas concevable qu'un citoyen soit privé de soin faute de revenu et il n'est pas non plus admissible que la qualité des soins reçus soit source d'injustice entre les citoyens comme en dispose l'article L.1100-5 du CSP : *“toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées”*.

Le nécessaire contrôle de la qualité de l'offre a conduit à faire de la santé un secteur très réglementé et dans lequel la liberté d'entreprendre n'est pas admise. Cette exception à l'article 4 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 induit un système dit “permissif” ou “anti-libéral” qui impose que les établissements de santé et médico-sociaux disposent d'une autorisation administrative préalable afin d'exercer. Cet acte administratif unilatéral est délivré par l'agence régionale de santé (ARS) qui est chargée de piloter la politique de santé publique et de réguler l'offre de santé du territoire dont elle dépend. A compter de la déclaration du commencement

² Woolf SH, Aron LY, Dubay L, Simon SM, Zimmerman E, Luk K, How are income and wealth linked to health and longevity?, *Urban Institute*, Washington, 2015, consulté le 5/02/2023
<http://www.urban.org/research/publication/how-are-income-and-wealth-linked-health-and-longevity>

de l'activité ou de la mise en service de l'équipement, l'autorisation est valable sept ans pour les établissements sanitaires (article L.6122-8 du CSP) et 15 ans pour les structures médico-sociales (article L.313-1 du CASF). Pour ces organisations, la délivrance et le renouvellement de l'autorisation sont conditionnés au respect de plusieurs critères. En cas d'inadéquation avec l'un d'eux³, cela peut aller jusqu'au retrait du document notamment lorsqu'il est question d'un manquement à l'obligation relative à la qualité des soins et plus précisément, lorsqu'il y a un risque pour la sécurité des usagers ou des professionnels⁴.

La régulation de l'offre par le biais de ces autorisations administratives préalables constitue un moyen pour l'Etat de remplir son "*devoir régalien*" (Sfeir, 2011)⁵ de protection de la santé. La Puissance publique poursuit cet "*objectif de bien commun plus large et plus fondamental que les objectifs particuliers*"⁶ (Bélanger, 1988) en vertu de l'alinéa 11 du Préambule de 1946⁷, « *[la Nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* »⁸.

³ Pour chaque secteur, la délivrance d'une autorisation est conditionnée à trois critères. Premièrement, la compatibilité du projet avec le schéma régional de santé. Deuxièmement, le respect des règles relatives au fonctionnement de la structure. Enfin, pour le domaine sanitaire, il faut répondre aux besoins de la population à proximité (article L.6122-2 du CSP) et pour le domaine médico-social, il faut respecter un cahier des charges (article L.313-1-1 du CASF).

⁴ C'est à l'occasion d'inspections spontanées ou suite à un signalement que ce type de carences est révélé. En ce sens, ces opérations de police administrative permettent à l'Etat d'être au fait de ce qui se passe au sein des structures sanitaires et médico-sociales. En pratique, l'inspection est réalisée par des agents publics et des personnes expressément habilitées par un texte (médecin-inspecteur, pharmaciens-inspecteur, ingénieur de génie sanitaire, ingénieur de l'action sociale...). Il s'agit d'un contrôle de fond et de forme qui se conclut par un rapport. L'ARS pourra s'appuyer sur ce document pour ordonner des changements et suivre leurs réalisations. Éventuellement, l'autorité pourra accompagner la définition de ces mesures correctives à une suspension partielle ou totale de l'autorisation administrative préalable. L'établissement dispose alors d'un délai pour satisfaire les exigences de l'ARS mais à son issue, il sera privé de l'acte créateur de droit si ce n'est pas le cas. Dans les cas les plus graves, l'acte peut être retiré immédiatement.

⁵ Antoine SFEIR, La santé est un devoir régalien de l'État, pas un pouvoir, *Les tribunes de la santé* numéro 2011/4 (n° 33), pages 99 à 103, 2012, consulté le 12/02/2023
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2011-4-page-99.htm>

⁶ Paul R. Bélanger, Santé et services sociaux au Québec : un système en otage ou en crise ? De l'analyse stratégique aux modes de régulation, *Revue internationale d'action communautaire*, 1988

⁷ Ce texte appartient au bloc de constitutionnalité et se situe donc au sommet de la hiérarchie des normes. En effet, cet ensemble est composé de normes suprêmes qu'aucune autre règle de droit ne peut déroger. Par conséquent, cette obligation de protection de la santé fait partie des plus importantes à honorer pour l'Etat.

⁸ Nous devons préciser que l'obligation qui pèse sur l'Etat n'est pas une obligation de résultat mais une obligation de moyen.

1.1.2 Garantir la qualité des soins, un impératif démocratique

Notre système de santé a été pensé dans une logique bismarckienne⁹ et à ce titre, il s'axait principalement sur la protection de la santé des travailleurs. Cependant, cette protection s'est progressivement étendue aux ayants-droits puis à toute la population et est aujourd'hui universelle. Son financement repose sur la collecte de cotisations sociales et de taxes chez les entreprises, les travailleurs et autres citoyens à hauteur de leurs moyens. Ce système est fondé sur la solidarité et est donc en phase avec les considérations éthiques exposées plus haut.

Le fait que l'argent qui finance la protection de la santé proviennent du contribuable crée un enjeu démocratique. Concernant la qualité des soins, cela induit deux choses. D'une part, qu'au même titre que l'accessibilité des soins, elle fait partie des contreparties à ces prélèvements obligatoires. D'autre part, qu'il existe à l'égard des contribuables un devoir de transparence pour les structures financées par cet argent par rapport à la valeur des soins qu'ils délivrent.

Concernant le premier point, il faut noter que le montant prélevé au titre de la protection de la santé correspond à l'objectif national de dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM). Il s'agit non pas d'un budget fixe mais d'une projection des dépenses en santé qui n'occasionne pas de sanction en cas de dépassement. Il est voté dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) par le Parlement et comprend notamment les ressources allouées aux établissements sanitaires et médico-sociaux. Cette somme *“conditionne les conditions d'exercice des soignants et par là la qualité des soins reçus par les patients”* (Bras, 2019)¹⁰. En effet, il y a un lien fort entre les moyens financiers disponibles et la qualité de l'offre. En partant de ce postulat, il est logique de s'attendre à ce que l'augmentation de l'ONDAM conduise à une amélioration de la qualité des soins. Par ailleurs, le vieillissement de la population, la pénurie de professionnels ou encore

⁹ Il existe deux modèles de système de santé : le bismarckien et le beveridgien. Le premier, d'origine allemande, cherche à indemniser les travailleurs en cas de maladie afin de compenser leur perte de revenu. Ce système assurantiel repose sur un financement et une gestion des partenaires sociaux. Le second, d'origine anglaise, concerne toutes les personnes légalement présentes sur le territoire. Des soins leur sont proposés gratuitement. Ce système à la main de l'Etat est financé par l'impôt.

¹⁰ Pierre-Louis Bras, L'Ondam et la situation des hôpitaux publics depuis 2009 , *Les Tribunes de la santé* 2019/1 (N° 59), 2019, pages 109 à 117 consulté le 07/04/2023
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2019-1-page-109.htmlGuide>

l'augmentation du prix des biens médicaux sont tout autant de facteurs qui interfèrent dans cette relation de cause à effet.

L'Etat cherche malgré tout à garantir un certain niveau de prestation dans les établissements. Il le fait notamment en faisant en sorte qu'une partie de cet argent soit directement rattachée à l'amélioration de la qualité des soins. En effet, depuis 2017¹¹, il cherche à réduire la part des financements des établissements rattachée à l'activité (T2A)¹² pour augmenter celle liée à la qualité, les IFAQ -Incitations Financières à la Qualité-. Une étude récente montre que ce phénomène se constate dans l'ensemble des pays développés (Rochaix, 2020)¹³.

Par ailleurs, nous pouvons relever que le fait de payer pour la santé contribue à renforcer l'acceptabilité de impôts et des autres taxes en général selon une enquête de 2022 mené sur un échantillon de 1013 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus¹⁴.

Concernant le devoir de transparence des producteurs de soins vis-à-vis de la qualité des soins qu'ils proposent, nous pouvons dire que cette obligation est démocratique pour deux raisons. D'une part, elle permet de prouver à la population que l'argent public est utilisé à bon escient. D'autre part, elle offre la possibilité à la population de comparer les offreurs entre eux et l'éclaire dans son choix de praticien. Le soin est un bien immatériel donc il n'est pas possible de l'essayer avant de le consommer. Le fait d'avoir des indicateurs qui reflètent sa qualité contribue au dépassement de cet obstacle. Cela participe plus largement à la démocratie sanitaire, principe reconnu en droit français depuis la loi Kouchner¹⁵ et qui vise à garantir aux patients et résidents des droits et la possibilité de devenir de

¹¹ La ministre de la Santé, Agnès BUZYN a convoqué un groupe de travail, la Task Force, afin de réfléchir à des alternatives à la T2A. Le rapport qu'ils ont rendu en 2018 n'a pas été véritablement exploité du fait de la crise sanitaire.

¹² La tarification à l'activité (T2A) est un mode de financement mis en place en 2004 pour les établissements public comme privé de type MCO. Ce dispositif a des avantages tels que le gain de productivité et la maîtrise des dépenses. Cependant, il est souvent critiqué car il ne prend pas en compte la qualité des soins.

¹³ Lise Rochaix, Catherine Grenier, Laetitia May-Michelangeli, De la mesure de la qualité à son usage dans la régulation des systèmes de santé, *Journal de gestion et d'économie de la santé* 2020/4 (N° 4) pages 221 à 241, 2020, consulté le 11/03/2023

<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-4-page-221.htm>

¹⁴ Sondage Harris interactive, Les français et les prélèvements fiscaux et sociaux : Enquête harris interactive pour le conseil des prélèvements obligatoires, 2022, consulté le 11/03/2023

https://harris-interactive.fr/opinion_polls/les-francais-et-les-prelevements-fiscaux-et-sociaux/

¹⁵ Loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

véritablement acteur de leur prise en charge notamment en choisissant librement leur praticien et établissement de santé (article L.1110-8 CSP).

Par ailleurs, cette comparaison enclenche une dynamique vertueuse. En effet, comme dans tout marché, lorsqu'une comparaison est possible, cela pousse les acteurs à se "*différencier sur un marché en concurrence*". En l'occurrence, à améliorer leur pratique pour offrir des soins de meilleure qualité (Robelet, 2001)¹⁶.

Ce besoin de transparence concernant les pratiques des établissements de santé s'est accru au cours de ces 40 dernières années suite aux scandales sanitaires. Ces derniers marquent un tournant dans la volonté de l'Etat d'impliquer les établissements dans une démarche qualité.

1.1.3 Garantir la qualité des soins, un impératif de santé publique

La crise sanitaire liée au virus de la COVID-19 a mis en exergue les attentes de la population en matière de santé publique¹⁷. La première étant qu'en cas de situation exceptionnelle, l'Etat joue un rôle actif en matière de législation sanitaire, quitte à attenter aux libertés individuelles si cela permet de venir plus rapidement à bout de la crise¹⁸. A noter que pour d'autres, cette négation des libertés, certes justifiée sur un plan sanitaire, déresponsabilise la population et à ce titre peut être perçue comme du "*paternalisme*" (Oguer, 2020)¹⁹.

A côté de cela, nous avons pu constater que la population exige de la transparence pendant et après la crise. Elle attend également une amélioration des pratiques et des progrès en termes de gestion de ce type de situation exceptionnelle. Nous verrons que la démarche qualité peut apporter des solutions aptes à répondre à ces demandes. Ce développement s'appuiera sur les réponses apportées par la

¹⁶ Magali Robelet, La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité, Sciences Sociales et Santé, 2001 19-2 pp. 73-98, consulté le 23/03/2023
https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2001_num_19_2_1521

¹⁷ Selon l'OMS, la santé publique est "la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif".

¹⁸ John TIMSIT, Le Figaro, Politique, Covid-19 : 72% des Français pour la vaccination obligatoire des soignants, MAJ le 01/07/2021, consulté le 22/03/2023

¹⁹ Oguer, Biens méritoires et *nudges* dans le domaine de la santé publique, *Revue d'économie politique* 2020/5 (Vol. 130), pages 799 à 821, consulté le 11/04/2023
<https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2020-5-page-799.htm>

Puissance publique suite à l'explosion de plusieurs scandales de santé publique récents.

Concernant l'exigence de transparence, le scandale de masques FFP2²⁰ est un exemple parlant des attentes de la population en la matière. Le manque d'information claire a conduit à un manque de confiance. En effet, les enquêtes CEVIPOF qui ont été réalisées tout au long de la crise sanitaire, montrent que la confiance des français vis-à-vis des politiciens était inférieure à celle de nos voisins allemand et anglais dès le début de la crise et qu'elle ne s'est pas améliorée pendant et après celle-ci. Ce qui est aussi ressortie de ces questionnaires est le manque de confiance des français envers la communauté scientifique avec *“une chute de 20 points de pourcentage entre mars et décembre 2020”*²¹.

Ce climat provient notamment de la gestion des scandales sanitaires précédents tels que ceux relatifs au sang contaminé²² et au nuage de Tchernobyl²³. Bien que le fait de leur cacher des informations afin d'éviter la panique soit compréhensible, une communication claire auprès de la population est gage de confiance et permet d'obtenir une réponse collective, adaptée et efficace en temps de crise (Algan, 2021)²⁴.

Consciente de ce besoin de transparence, nous pouvons observer que la Puissance publique a choisi de développer les indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) aux seins des établissements sanitaires. Se faisant, l'Etat a poussé les médecins à prendre part à la démarche qualité en créant des indicateurs rattachés à leur pratique (Robelet, 2001)²⁵. Il a créé un système de reporting alimenté par les établissements de santé afin de dévoiler le niveau des prestations proposées. Cela eut pour conséquence de lever les obstacles au contrôle social des pratiques

²⁰ Scandale sanitaire de 2020 mettant en cause l'Etat pour la mauvaise gestion de masques lors de la crise de la COVID-19.

²¹ Enquêtes menées par Science po en collaboration avec IPSOS sur un échantillon de 1010 personnes représentatif de la population française âgée de plus de 18 ans.

²² Scandale sanitaire, politique et financier mettant en cause l'Etat et ses institutions dans le cadre de la propagation d'infections suite à des transfusions sanguines dans les années 80 et engendrant plus de 2000 victimes.

²³ Scandale sanitaire des années 80 mettant en cause le manque de transparence de l'Etat concernant les conséquences en France de l'explosion d'une centrale ukrainienne.

²⁴ Yann Algan, Daniel Cohen, Les Français au temps du Covid-19 : économie et société face au risque sanitaire, Notes du conseil d'analyse économique 2021/6 (n° 66), pages 1 à 12, consulté le 24/04/2023 https://www.cairn.info/revue-notes-du-conseil-d-analyse-economique-2021-6-page-1.htm?ora.z_ref=li-34930736-pub#no13

²⁵ Magali Robelet, La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité, *Sciences Sociales et Santé*, 2001; 19-2 pp. 73-98

médicales. En effet, à partir de ces données, les acteurs qui ne font pas partie du corps médical peuvent maintenant porter un regard sur la qualité des pratiques. Ces mesures ne portaient initialement que sur les infections nosocomiales -pathologies développées au cours ou suite à une hospitalisation- mais furent élargies à d'autres champs telles que la prise en charge de la douleur ou l'utilisation de protection complémentaire (Weckert & Bertillot, 2014)²⁶.

Le scandale ORPEA²⁷ a poussé le gouvernement à créer la même obligation dans le domaine médico-social comme en témoigne l'arrêté du 13 décembre 2022²⁸ issu du plan de contrôle des EHPAD annoncé le 9 mars 2022²⁹. Dès 2023, les EHPAD devront transmettre à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), leur performance au regard de cinq indicateurs relatifs à la qualité de la prise en charge des résidents, tels que le profil des chambres ou encore la présence d'un infirmier de nuit et d'un médecin coordonnateur dans l'établissement.

Les médias par le biais de la publication de palmarès reprenant les résultats des différentes structures contribuent à amplifier ce phénomène de partage de l'information et de transparence (Minvielle, 2001)³⁰.

A propos des pratiques, nous pouvons observer que leur mauvaise réalisation a conduit à plusieurs scandales de santé publique tels que celui du sang contaminé - mauvaises pratiques en termes de transfusion sanguine-, l'affaire des surirradiés de l'hôpital d'Épinal - méconnaissance dans l'utilisation du matériel de radiothérapie et absence de traçabilité des patients exposés³¹- ou encore celui de la Clinique du

²⁶ WECKERT, Elina et BERTILLOT, Hugo. La régulation de la qualité dans le secteur de la santé ?, *Quaderni*, 2014, vol. 85, p. 39-52.

²⁷ Scandale suite à la parution de l'ouvrage de Victor Castanet, *Les fossoyeurs. Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*, Editions Fayard, le 26 janvier 2022. Il y fait état de la maltraitance en EHPAD chez le leader français de la dépendance.

²⁸ Arrêté du 13 décembre 2022 relatif à la définition et aux modalités de calcul des indicateurs mentionnés à l'article D. 312-211 du code de l'action sociale et des familles

²⁹ Le plan de contrôle des EHPAD prévoyait également d'inspecter tous les EHPAD en deux ans, de compléter le dispositif de signalement de maltraitance, la publication d'un référentiel, le renforcement du rôle des familles et des soignants, dans le fonctionnement de la structure, de créer plus de transparence dans la gestion comptable et financière de ces établissements.

Ouest France, Plan de contrôle des Ehpads : quelles nouveautés ? Quelles conséquences ?, publié le 15/03/2022, consulté le 29/03/2023

<https://lemagdusénior.ouest-france.fr/article-81-plan-contrôle-ehpad-nouveautés-conséquences.html>

³⁰ MINVIELLE, E. et POUVOURVILLE, G. DE. La mesure de la qualité des soins: un défi et un enjeu de santé publique. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2001, vol. 49, no 2, p. 113-116.

³¹ Scandale sanitaire survenu dans les années 90. En cause, une l'absence de notice en français sur l'utilisation de la radiothérapie. Les patients atteints de cancer ont été irradiés à des doses trop importantes et y a eu plus de 450 victimes. La notion de risque sériel en santé a émergé.

Sport de 1997 -mauvaise pratique de stérilisation-³². Or, la démarche qualité vise à accroître la maîtrise des processus de production en émettant des règles claires et en les diffusant à grande échelle afin de s'assurer que tous les acteurs concernés puissent en prendre connaissance. Par la suite, leur efficacité ainsi que leur bonne application en pratique sont vérifiées. De plus, une réflexion est menée en continu afin de vérifier la pertinence de ces règles dans le but de les améliorer en s'appuyant sur des organisations qui se sont spécialisées dans ce domaine (HAS, Société savantes...).

Enfin, sur la gestion de crise, l'étude des événements indésirables graves³³ au cours de la période de Covid-19 a mis en lumière les impacts négatifs de l'épidémie sur l'organisation de la structure et la qualité des soins (retard de prise en charge, manque d'équipement...) mais aussi les solutions les plus efficaces pour les contrer (HAS, 2022)³⁴. Grâce à ces informations produites dans le cadre de la démarche qualité et plus précisément dans sa dimension de gestion des risques, les pouvoirs publics pourront réagir avec plus d'efficacité et de clairvoyance si d'avenir nous connaissons de nouveau une telle situation.

Au niveau institutionnel, des retours d'expérience (RETEX) ont été réalisés afin de faire le bilan des actions menées lors de la crise et des pistes d'amélioration ont été établies. Le but étant d'être toujours mieux préparé face à la réalisation du risque et d'éviter les déconvenues comme ce fut le cas avec la crise de 2020. Une infirmière déclarait à ce sujet : *“C'est du même ordre que le scandale du sang contaminé. Des centaines de milliers de personnes vont être contaminées, d'autres vont mourir par la faute de cette impréparation du gouvernement et des mauvaises décisions qui ont été prises”*.³⁵

³² Le scandale sanitaire de la Clinique du sport a éclaté à la fin des années 90. Il concerne à minima 850 patients. Ils ont développé des infections osseuses à la suite de mauvaises pratiques de stérilisation.

³³ Les événements indésirables graves (EIG) sont des événements indésirables, soit des situations qui s'éloignent des objectifs attendus ou protocoles établie, qui sont associés au soins (EIAS) et qui ont entraîné la mise en jeu du pronostic vital, l'apparition d'un déficit fonctionnel permanent ou le décès d'un patient ou résident.

³⁴ Rapport HAS, Retour d'expérience national : Les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2021, consulté le 25/03/2023
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/retour_experience_nationall_eigs_2021_2022-11-21_11-16-23_105.pdf

³⁵ Benoît Collombat, Pénurie de masques : les raisons d'un "scandale d'Etat", Cellule investigation de Radio France publiée le 23/03/2020, consulté le 20/03/2023
<https://www.radiofrance.fr/franceculture/penurie-de-masques-les-raisons-d-un-scandale-d-etat-1279448>

Dans notre société du risque zéro (Glattleider, 2014)³⁶, les attentes en termes de qualité sont à leur apogée en périodes de crise, mais restent présentes une fois passées. L'Etat a compris qu'il pouvait subir de lourdes conséquences sur le plan juridique comme politique lorsqu'elles n'étaient pas satisfaites. Il a alors cherché à responsabiliser les établissements de santé et médico-sociaux en construisant un régime juridique permettant d'engager leur responsabilité en cas de dommage³⁷. Parallèlement à cela, l'Etat a accru ses attentes en matière de qualité des soins vis-à-vis des producteurs. En témoigne la procédure de certification des établissements de santé. Il s'agit d'une procédure d'évaluation externe mise en place depuis 2004 (article L.6113-3 du CSP) qui permet d'examiner la politique et les pratiques de ces structures en termes de qualité des soins à partir d'un référentiel national. Elle a lieu tous les 4 ans et se compose d'une phase d'autoévaluation³⁸, suivi d'une visite³⁹ et de l'élaboration d'un rapport en respect avec le principe du contradictoire⁴⁰. Ce principe est très important de par la portée de ce document. Il a une influence sur la procédure de renouvellement d'autorisation sanitaire⁴¹ et sert de fondement à la décision de la HAS qui est rendue publique⁴².

Concernant le domaine médico-social, une telle procédure n'existe pas néanmoins le renouvellement des autorisations se fait sur la base d'un rapport réalisé suite à une visite du même ordre. Un organisme accrédité et payé par l'établissement via l'argent des tutelles se rend sur site afin de vérifier que les soins réalisés respectent les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins. Par ailleurs, dans le cadre

³⁶ Daniel Laurent Glattleider, Une société sans risque, *Humanisme* 2014/3 (N° 304), pages 59 à 66, consulté le 01/05/2023

<https://www.cairn.info/revue-humanisme-2014-3-page-59.htm>

³⁷ Avant la loi Kouchner de 2002, le régime juridique des établissements de santé et médico-sociaux reposait sur un droit jurisprudentiel. Cette norme est venue inscrire dans la loi le droit à réparation des patients et résidents en cas de dommage.

³⁸ La structure procède à sa propre évaluation en prenant en compte les mesures qu'elle a déjà prises pour assurer le respect des droits des malades et faire une analyse des résultats de l'enquête de satisfaction des patients. En parallèle, l'établissement informe l'ARS quant à ces actions et les résultats.

³⁹ La visite de certification est effectuée par des experts-visiteurs dont le nombre varie en fonction de la taille de l'établissement. Sur place, ils vont évaluer l'écart entre ce qui est attendu par la HAS et ce qui se passe dans l'établissement.

⁴⁰ Un rapport est réalisé puis transmis à l'établissement d'une part et à la HAS d'autre part. La phase contradictoire consiste à permettre à l'établissement de se justifier et d'informer la HAS quant aux actions correctives qui ont été mises en place en réponse aux remarques des experts.

⁴¹ Ordonnance n°2018-4 du 03/01/2018 relative à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds

⁴² Il existe quatre types de décisions: une certification avec mention pour haute qualité de soin valable 4 ans ; une certification pour qualité de soin confirmée valable 4 ans ; une certification sous conditions avec programmation d'une nouvelle visite entre 6 et 12 mois ; une décision de non-certification pour qualité de soins insuffisante.

du plan de contrôles des Ehpad que nous avons évoqué plus tôt, l'Etat entend intensifier les inspections de ce type de structure⁴³.

Dans la suite de notre développement, nous étudierons les outils dont disposent ces structures, et plus précisément les managers, afin de répondre aux exigences en termes de qualité des soins.

1.2 Le management de la qualité : La mise en oeuvre de la démarche qualité au sein des établissements de santé et médico-sociaux

Le lemme ci-dessus nous a permis de comprendre pourquoi l'Etat cherche à faire en sorte que les établissements sanitaires et médico-sociaux mènent une démarche qualité. Afin de les accompagner, un référentiel national a été élaboré, d'abord dans le domaine sanitaire et plus récemment dans le domaine médico-social. Ils contiennent une série de critères⁴⁴ que les structures doivent satisfaire. Pour y parvenir, il convient d'opter pour une vision similaire à celle adoptée par la HAS lors de leur rédaction et d'ainsi considérer la qualité comme la résultante des pratiques réalisées par les professionnels et des politiques menées par la gouvernance en la matière. Cela place le gestionnaire de proximité dans une position pivot et au cœur du processus de management de la qualité. Ce mode de gestion repose sur la satisfaction des besoins des usagers en se conformant à des normes tels que les manuels précités.

Afin de respecter un parallélisme des formes avec ces référentiels, nous étudierons le sujet au travers des trois axes suivants : la personne ou le patient, les professionnels et l'établissement.

⁴³ Le plan de contrôle des EHPAD prévoit également de publier chaque année des indicateurs qualités, de compléter le dispositif de signalement de maltraitance, la publication d'un référentiel, le renforcement du rôle des famille et des soignants, dans le fonctionnement de la structure, de créer plus de transparence dans la gestion comptable et financière de ces structures

Ouest France, Plan de contrôle des Ehpad : quelles nouveautés ? Quelles conséquences ?, publié le 15/03/2022, consulté le 19/03/2023

<https://lemagdusenior.ouest-france.fr/article-81-plan-contrôle-ehpad-nouveautes-consequences.html>

⁴⁴ Les critères des manuels peuvent être de trois natures différentes, ils sont impératifs, standard ou avancés. Dans le premier cas, ils sont si importants et indispensables que leur non-respect n'est pas admis et empêche la certification. Dans la deuxième hypothèse, le fait d'y déroger est pénalisant pour la structure mais pas rédhibitoire. Dans le dernier cas de figure, il s'agit de critères dont le respect n'est pas encore exigés aujourd'hui mais qui le sera demain.

1.2.1 Le management de la qualité : la quête de la satisfaction des usagers

Les pays de l'OCDE cherchent de plus en plus à évaluer la qualité de l'offre de soin délivrée sur le territoire sous le prisme de l'utilisateur. En témoignent les récents ajouts dans le manuel de certification qui introduit de nouveaux indicateurs de processus, les PREMs, pour Patient-Reported Experience Measures (Larson 2019)⁴⁵ et de résultats, les "PROMs", qui désignent les Patient-Reported Outcome Measures (Rotenstein, 2017)⁴⁶. L'idée est d'éclairer les établissements par rapport aux attentes des usagers afin qu'ils puissent mieux y répondre. Sachant que la valeur ajoutée du point de vue du patient concerne aussi bien la qualité et la sécurité des soins, la relation avec les praticiens et autres professionnels, que la composante organisationnelle (Benoit, 2021)⁴⁷.

Cette quête de la satisfaction des patients et résidents est au cœur du management de la qualité. Cela implique de chercher à répondre à leurs exigences implicites comme explicites des usagers et même d'aller au delà (Benchehida, 2020)⁴⁸. Attardons nous sur ces deux ambitions.

La difficulté majeure concernant le devoir de répondre aux attentes des usagers réside dans le fait que ce but à atteindre varie en fonction de deux paramètres.

⁴⁵ Les PREMs sont des indicateurs de processus centrés sur la dimension interpersonnelle de la qualité des soins : qualité des échanges, respect et la dignité, soutien émotionnel
Larson E, Sharma J, Bohren MA, Tunçalp Ö. When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bull World Health Organ* 2019;97(8):563-9.

⁴⁶ Les PROMs sont des indicateurs de résultats qui prennent en compte les symptômes ressentis par le patient, ses capacités fonctionnelles et sa qualité de vie.
Rotenstein LS, Huckman RS, Wagle NW. Making patients and doctors happier - the potential of patient reported outcomes. *N Engl J Med* 2017;377(14):1309-12

⁴⁷ Concernant la qualité et la sécurité des soins, cela couvre les activités de "*diagnostic, de prescription et la production d'acte médicaux*"; pour la relation avec les professionnels, cela renvoie "*à la prise en charge globale du patient et est donc au delà purement curative*", l'utilisateur attend "*de la compréhension du contexte de la maladie, la prise en compte de l'état psychologique et des douleurs physique*"; pour la composante organisationnelle, cela concerne "*l'accessibilité, la qualité de l'accueil, le délai d'attente, la simplicité des démarches administratives, le service en aval*"

Christine Benoît, Manager un établissement de santé : modes d'organisation, pratiques de management, nouveaux outils de gestion, 5ème édition 2021, GERESO, p.119.

⁴⁸ S.Benchehida, *Le management de la qualité en santé*, La norme ISO 9001 pour les établissements de santé-Mise en concordance avec les exigences de la Haute Autorité de santé, Editions AFNOR, 2020

Tout d'abord, il varie en fonction de la culture d'une société. Dans la nôtre, nous pouvons noter une ère de complexification des attentes des patients résultant des changements que connaissent notre pays : *“ reconnaissance des droits, nouvelles exigences du consommateur (y compris du consommateur de soin), désir d'immédiateté, montée de l'individualisme, accès à l'information”*⁴⁹.

A côté de cela, il y a la dimension éminemment subjective de cet indicateur qui accentue son caractère changeant. En effet, les patients n'ont pas le même degré d'exigence. Celui-ci résulte des trois déterminants suivants : la qualité attendue, perçue et délivrée au patient (Benoit, 2021)⁵⁰. La première dépend de ses besoins ainsi que de ses expériences antérieures. La deuxième correspond à son expérience lors de la prise en charge. La dernière est la qualité réellement reçue par le patient lors de cette dernière. La satisfaction née de l'équivalence ou de la supériorité de la qualité perçue par rapport à la qualité attendue. A l'inverse, en cas d'infériorité, nous parlerons d'écart de satisfaction⁵¹.

Concernant le fait d'être précurseur quant aux attentes des usagers, c'est dans cet esprit que la HAS a introduit dans le référentiel des critères dits “avancés”. Concrètement pour les établissements sanitaires et médico-sociaux, cela implique une écoute d'autant plus attentive des besoins des usagers pour anticiper leurs désirs futurs. Afin d'obtenir cette longueur d'avance, il est nécessaire de multiplier les canaux de communication avec eux : questionnaire de satisfaction interne, questionnaire E-Satis, avis postés sur internet, plainte, réclamation...Les établissements doivent veiller à ce que chaque usager puissent s'exprimer lorsque ça leur ait possible, il faut notamment porter attention à la fracture numérique.

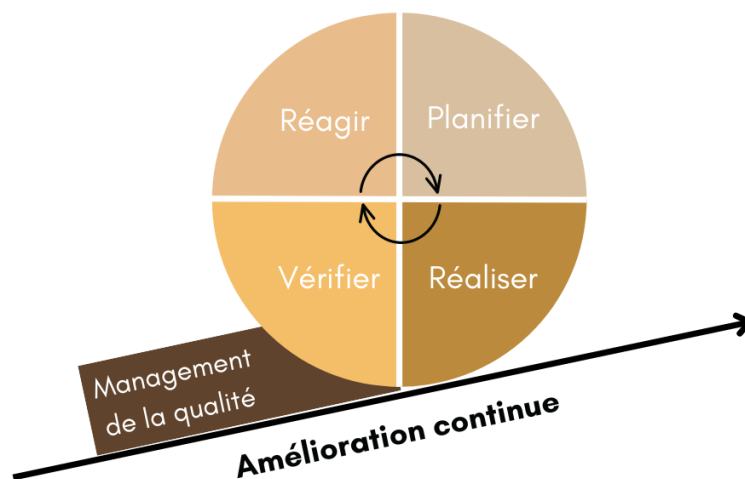
A propos du rôle du manager dans l'atteinte de ces objectifs, ce dernier doit chercher à instaurer une dynamique d'amélioration continue. En effet, la démarche qualité est un processus itératif, cela revient à sans cesse chercher à adapter, à

⁴⁹ Christine Benoît, *Manager un établissement de santé : modes d'organisation, pratiques de management, nouveaux outils de gestion*, 5ème édition 2021, GERESO, p.123.

⁵⁰ Christine Benoît, *Manager un établissement de santé : modes d'organisation, pratiques de management, nouveaux outils de gestion*, 5ème édition 2021, GERESO, p.122.

⁵¹ Nous parlerons aussi d'écart de conception lorsque la qualité attendue est inférieure à la qualité souhaitée par l'établissement, d'écart de perception quand la qualité perçue est inférieure délivrée et d'écart de délivrance lorsque la qualité souhaitée est inférieure à la qualité délivrée.

optimiser et à perfectionner les pratiques des professionnels pour offrir des prestations toujours plus satisfaisantes. Cette démarche peut être symbolisée par la Roue de Deming. Il s'agit d'un cycle comprenant les quatre étapes suivantes : Planifier, Réaliser, Vérifier, Réagir. La première phase consiste à déterminer des objectifs qualité ainsi que les ressources nécessaires pour les atteindre (plan). Puis, il convient de faire ce qui a été prévu (do). Vient ensuite, la phase d'évaluation de ce qui a été réalisé, un comparatif entre l'objectif initial et la réalité est effectué (check). Enfin, des actions sont réalisées en fonction des résultats issus de cette comparaison afin de combler un éventuel écart entre les deux situations, d'ancrer ces changements, voire d'aller plus loin que l'objectif initial (act). Une fois chaque étape réalisée, de nouveaux buts sont fixés.



Satisfaire les usagers présente de nombreux avantages stratégiques : fidélisation et accroissement de la patientèle, financement à la qualité, appel à projet, mais aussi gain d'attractivité (PRAKASH,2010)⁵². En effet, nous sommes actuellement en période de pénurie de professionnels, ce type de management est porteur de sens. De plus, il place les professionnels au cœur du processus d'amélioration de la qualité.

⁵² PRAKASH, Bhanu. Patient satisfaction. *Journal of cutaneous and aesthetic surgery*, 2010, vol. 3, no 3, p. 151.

1.2.2 Le management de la qualité : la nécessité de mobiliser les professionnels

Le bilan de la procédure de certification menée à partir de 63 études scientifiques⁵³ met en lumière l'existence d'un impact positif de la démarche sur les pratiques professionnelles au sein des établissements ainsi que sur le management. Les professionnels de santé interrogés ont une perception positive de la procédure, cependant ils se disent impactés négativement par cette dernière à cause de l'alourdissement de la charge de travail (HAS, 2011). Le manager doit parvenir à compenser les externalités négatives de la démarche qualité telle que celle-ci afin d'obtenir l'adhésion des professionnels.

Face au problème précité, il peut faire en sorte de répartir l'effort. Le management de la qualité repose justement sur l'idée de mobiliser l'ensemble des professionnels pour améliorer la qualité des prises en charge. Cette stratégie est cohérente avec la dimension transversale de la démarche qualité et favorise son imprégnation par tous les acteurs. En pratique, une gestion en mode projet peut être mise en place. Cela consiste à manager des professionnels dans la définition *“d’actions et de moyens qui concourent à l’atteinte d’un objectif dans le but de répondre le mieux possible à un besoin précis”* et comprend une phase de cadrage, d'action, de pilotage et de bilan (Benoît, 2021)⁵⁴. Outre le découplage des fonctions et des métiers et l'obligation de travailler ensemble en simultané qui est favorable à la cohésion d'équipe, cela favorise le progrès, réduit les délais et les coûts et peut être vecteur de motivation. Nous verrons plus tard dans notre étude comme ce dernier point est crucial dans la mise en oeuvre de la démarche qualité (cf. 2.2.3).

La peur du jugement et de la réprimande peut aussi être un frein majeur dans l'implication des professionnels dans cette dynamique d'amélioration continue et plus précisément dans sa dimension de gestion des risques. Cette dernière consiste à mettre en place une stratégie pour gérer le risque a priori et a posteriori. Dans la première hypothèse, il convient de repérer les processus à risque puis de chercher à

⁵³ HAS, Analyse de la littérature sur l'impact des démarches de certification des établissements de santé - novembre 2010 - Mis en ligne le 07 févr. 2011, consulté le 16/04/2023
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1021625/fr/analyse-de-la-litterature-sur-l-impact-des-demarches-de-certification-des-etablissements-de-sante-novembre-2010

⁵⁴ Christine Benoît, *Manager un établissement de santé : modes d'organisation, pratiques de management, nouveaux outils de gestion*, 5ème édition 2021, GERESO, p.124.

réduire la fréquence et la gravité des étapes dangereuses qui les composent, notamment en s'appuyant du modèle de Reason (Rougou-Motte, 2016)⁵⁵. In fine cela conduira à l'annihilation du risque ou du moins à minimiser ses conséquences. Dans le second cas de figure, le risque s'est réalisé et une réflexion est menée afin d'en comprendre l'origine en utilisant une méthode d'analyse des causes profondes de type ALARM ou Ishikawa⁵⁶ dans le cadre d'un Comité de Retour d'EXpérience (CREX) ou de Revue Morbidité Mortalité (RMM)⁵⁷ qui sont tous les deux des RETEX. L'objectif de ces démarches est d'éviter que le phénomène ne se répète. Or, lorsque le risque n'est pas révélé par le patient ou résident au travers d'une plainte ou autre mode d'échange, le seul moyen que le manager en est connaissance et le traite est que le professionnel l'en informe.

Cela n'arrivera pas à moins que le manager n'en finisse avec *“la culture du blâme”* qui entraîne la stigmatisation du professionnel, le désincite à parler et expose alors les usagers, les professionnels et l'établissement à des risques qui auraient peut-être pu être évités (Polomeni, 2014)⁵⁸. Il faut créer un climat de confiance où les erreurs ne sont pas sources de sanction mais l'occasion d'apprendre (Fryer, Antony et al. 2007)⁵⁹. En pratique, il faut développer une culture de déclaration des événements indésirables afin que tout *“accident, incident ou dysfonctionnement dont les conséquences sont ou auraient pu être dommageables pour les patients, les professionnels, les visiteurs ou les biens”*⁶⁰ soit déclaré puis analysé.

⁵⁵ Le modèle de Reason ou du “fromage suisse” est une analyse systémique des risques à partir d'une cartographie des processus. L'idée est de repérer l'ensemble des éléments qui vont contribuer à sa survenance et à mettre des barrières de prévention à leur rencontre.

ROUGON-MOTTE, V., LAMBERT, R., CALLENS, E., *et al.* Analyse des barrières de prévention par une approche systémique des risques par le modèle de James Reason sur base de la cartographie des processus. *Cancer/Radiothérapie*, 2016, vol. 20, no 6-7, p. 750.

⁵⁶ Les méthodes ALARM et Ishikawa (ou 5M) sont des méthodes d'analyse d'événement indésirable qui débutent toutes par la reconstitution de la chronologie de l'événement puis des éléments qui ont conduit à sa réalisation avant d'en faire une synthèse et de définir des actions correctives pour éviter que l'événement ne resurgisse. La différence entre ces deux méthodes réside dans la définition des catégories qui permettent de classer les causes. Pour le modèle ALARM, on distingue les facteurs suivants : individuels, liés au patient, à la tâche à accomplir, à l'équipe, à l'environnement de travail, à l'organisation et à l'encadrement et à l'institution. Pour le modèle d'Ishikawa, on distingue les causes rattachables au milieu, à la main d'œuvre, aux méthodes, au matériel et au patient.

⁵⁷ Les CREX sont des réunions où tous les professionnels concernés directement ou indirectement par l'événement indésirable peuvent être conviés afin de faire un retour sur l'événement et contribuer à l'analyse des causes à l'origine de sa survenance. Lorsque l'événement indésirable a conduit à un décès alors, c'est une RMM qui est réalisée. Il s'agit du même type de réunion, cependant sa synthèse est obligatoirement transmise à l'ARS.

⁵⁸ POLOMENI, A. et LE BIHAN, A.-S. L'événement indésirable associé aux soins: la relation soignant-soigné mise à mal. *Éthique & Santé*, 2014, vol. 11, no 4, p. 209-215.

⁵⁹ Fryer, K.J., Antony, J. and Douglas, A. (2007), "Critical success factors of continuous improvement in the public sector: A literature review and some key findings", *The TQM Magazine*, Vol. 19 No. 5, pp. 497-517. <https://doi.org/10.1108/09544780710817900>

⁶⁰ Il existe trois types d'événement indésirable (EI). Il y a le presque-accident qui est un EI qui n'a pas causé de dommage. L'événement indésirable associé au soins (EIAS) qui est un EI qui survient lors d'un acte

Le manager ne peut tout révolutionner seul. Il doit être porté par la gouvernance dans la mise en œuvre de la démarche qualité dans son service. Le management de la qualité nécessite un engagement total des dirigeants (Lahrech, 2017)⁶¹.

1.2.3 Le management de la qualité, le rôle moteur de la gouvernance

En étudiant les référentiels, nous pouvons remarquer que la HAS porte une vision systémique des organisations sanitaires et médico-sociales. Elle ne se limite pas à fixer des objectifs à atteindre avec les personnes au sein de la structure (usagers et professionnels) mais implique toute les parties prenantes dans leur concrétisation (proche des usagers, médecine de ville, entreprises partenaires...) . Cette approche globalisante se retrouve dans une conception moderne du management de la qualité, le "management par la qualité totale" (Ruževičius, 2013)⁶². Appliquer à la santé, cela équivaut à placer l'utilisateur au centre des priorités de la structure, faire en sorte d'améliorer continuellement leur satisfaction grâce à l'intégration et l'implication de toutes les personnes physiques et morales intervenant dans la prise en charge des usagers (Sebai, 2015)⁶³. Les avantages sont les suivants : *"une approche intégrée, cohérente et globale de la qualité; l'instauration d'un processus continu d'améliorations et d'apprentissage ; une implication de tous et une orientation patient"*. (Lahrech, 2017)⁶⁴.

En optant pour ce paradigme, la gouvernance devra donc diriger la structure de sorte que l'ensemble des acteurs aient conscience du caractère partagé de l'objectif d'amélioration de la qualité. Cela implique plusieurs choses telles que la diffusion des enjeux de la démarche à échelle institutionnelle et l'encouragement de la coopération inter-service. En pratique, cela passe notamment par la définition d'une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) en accord avec le projet d'établissement.

d'investigation, de traitement ou de prévention. Enfin, il y a l'événement indésirable grave qui est un EIAS qui occasionne la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent ou un décès.

⁶¹ Abdelali LAHRECH, Vers une approche globale de management de la qualité dans les services, *Revue Économie, Gestion et Société*, 2017

⁶² Juozas Ruževičius, Changements de paradigme du management de la qualité, *International Business: Innovations, Psychology, Economics* 2013, Vol. 4, No 1 (6), pp. 33–44

⁶³ Sebai, Jihane. « L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ? », *Santé Publique*, vol. 27, no. 3, 2015, pp. 395-403.

⁶⁴ Abdelali LAHRECH, Vers une approche globale de management de la qualité dans les services, *Revue Économie, Gestion et Société*, 2017

En termes de management de la qualité, cela revient à faire en sorte que les managers disposent des moyens nécessaires -appui théorique, compétences pratiques, temps- pour instaurer une culture qualité dans leur service. Sachant que comme nous l'avons vu précédemment, les méthodes et outils de la démarche qualité sont nombreux, leur assimilation et leur appropriation est une lourde tâche (Dautreppe, 2021)⁶⁵.

Ce travail de la gouvernance doit être continu et s'accompagner d'une vision à long terme afin d'obtenir les meilleurs résultats (Benchehida, 2020)⁶⁶.

Dans cette première partie, nous avons exposé les enjeux de la démarche qualité au niveau national et institutionnel. Nous avons aussi vu qu'une des principales conditions à son succès est la mobilisation des professionnels par le manager. Pour se faire nous avons exposé les principaux outils et méthodes à sa disposition dans le cadre du management de la qualité. Néanmoins, un professionnel mobilisé ne veut pas dire un professionnel impliqué. La différence réside dans le fait qu'il soit motivé à participer à la démarche et qu'il cherche à s'imprégner de ces outils et méthodes. Dans la suite de notre étude, nous étudierons sous l'angle de la théorie de l'autodétermination ce qui influence et impacte la motivation au travail des professionnels puis nous tenterons de la mettre à profit dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins.

⁶⁵ C.Dautreppe, C.Telion, Développer une culture qualité au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) du SAMU de Paris, *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, Volume 33, Issue 4, 2021, Pages 179-183

⁶⁶S.Benchehida, Le management de la qualité en santé, , *La norme ISO 9001 pour les établissements de santé-Mise en concordance avec les exigences de la Haute Autorité de santé*, Editions AFNOR, 2020

2. La théorie de l'autodétermination, le secret de l'implication des professionnels dans la démarche qualité

La mise en pratique de la théorie de l'autodétermination peut jouer un rôle crucial dans l'implication des professionnels dans la démarche qualité. En se concentrant sur les besoins psychologiques fondamentaux des individus, cette théorie offre un cadre conceptuel pour comprendre comment motiver les soignants à s'engager pleinement dans la démarche qualité. Dans la partie suivante de ce mémoire, nous examinerons donc de plus près les principes de la théorie de l'autodétermination (2.1) et leur application spécifique pour susciter et maintenir la motivation des soignants dans le contexte de l'amélioration continue de la qualité des soins (2.2).

2.1 Les principes de la théorie de l'autodétermination

Afin de comprendre les tenants et les aboutissants de la théorie de l'autodétermination, il est nécessaire d'expliquer qu'il existe un panel de motivation à susciter chez le professionnel (2.1.1) et que ces motivations peuvent être régulées (2.1.2). Il convient également de ne pas omettre les besoins psychologiques communs à tous, véritables leviers et moteurs de la motivation (2.1.3).

2.1.1 La théorie de l'autodétermination : l'existence d'un continuum de la motivation

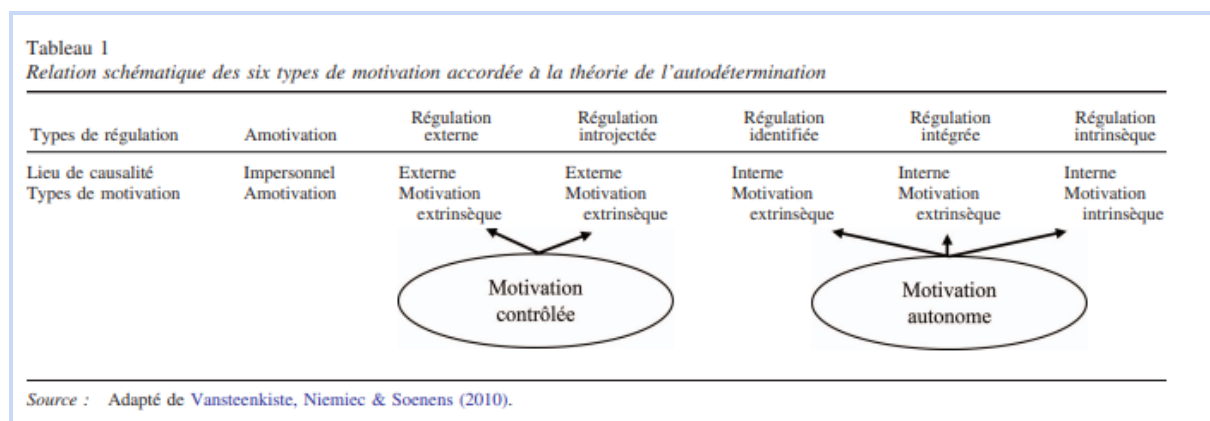
La motivation au travail des professionnels de santé est un concept essentiel pour garantir la qualité des soins mais il n'est pas clair pour les managers d'identifier quel type de motivation doit être suscitée pour améliorer la qualité.

Le concept de motivation est relativement large et a été étudié par de nombreux chercheurs ce qui nécessite de définir un cadre de réflexion. Nous aborderons ainsi la motivation des soignants sous l'angle de la théorie de l'autodétermination (Deci et

Ryan, 2000)⁶⁷ pour améliorer la motivation des professionnels de santé dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins.

La théorie de l'autodétermination (SDT) s'appuie sur le postulat que l'être humain est naturellement proactif, qu'il peut agir sur les forces internes et externes qu'il rencontre. Ce modèle reconnaît toutefois qu'il existe des individus dépourvus de motivation, exécutant leurs tâches de façon passive, mécanique ou démotivée. Ces différences correspondent à des types de motivation que la théorie de l'autodétermination définit et place sur un continuum, elles sont le résultat de l'interaction entre la nature propre de l'individu et les divers environnements sociaux qui la soutiennent ou entravent. De ce modèle découle le fait qu'un individu peut s'engager dans un comportement pour des raisons différentes qui varient selon le lien de causalité perçu (interne, externe, impersonnel) (Deci & Ryan, 1985a)⁶⁸ et selon un niveau de régulation plus ou moins internalisé. (Deci & Ryan, 1985b)⁶⁹

Selon la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan, (2000, 2008⁷⁰), trois types de motivation existent et forment le continuum de l'autodétermination : la motivation extrinsèque, la motivation intrinsèque et l'amotivation.



⁶⁷ Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.
http://dx.doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01, consulté le 11/03/2023

⁶⁸ Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985a). The General Causality Orientations Scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19, 109–134. , consulté le 11/03/2023
[http://dx.doi.org/10.1016/0092-6566\(85\)90023-6](http://dx.doi.org/10.1016/0092-6566(85)90023-6)

⁶⁹ Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985b). *Intrinsic motivation and selfdetermination in human behavior*. New York, É.-U. : Prenum Press. , consulté le 11/03/2023
<http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>

⁷⁰ Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008b). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49, 182–185., consulté le 11/03/2023
<http://dx.doi.org/10.1037/a0012801>

La motivation intrinsèque (Deci, 1975⁷¹ ; Deci & Ryan, 1985 ; Deci et Ryan, 2000) correspondant au niveau le plus élevé de l'autodétermination, se définit par le fait de réaliser une action de façon volontaire, pour le plaisir et l'intérêt qu'elle présente et sans attente de récompense extérieure. C'est l'intérêt pour l'action en elle-même qui guide le comportement que l'on peut souvent qualifier de positif. Ces comportements positifs liés à la motivation intrinsèque ne sont dûs à aucune contingence sociale ou sollicitation externe.

Toutefois, lorsqu'un individu réalise une action car il est motivé intrinsèquement, il est bon de préciser que cette motivation peut parfois être mise à mal. C'est ce qu'a démontré en 1999 une méta-analyse ayant regroupée près de cent expériences sur les effets des récompenses sur la motivation intrinsèque (Deci, Koestner et Ryan, 1999)⁷². Cette méta-analyse a confirmé que généralement les récompenses diminuent la motivation intrinsèque des individus.

Le continuum de la motivation fait apparaître deux autres types de motivation : la motivation extrinsèque et l'amotivation.

La motivation extrinsèque fait référence à l'adoption d'un comportement non pas par satisfaction ou par intérêt personnel mais dans le but d'en retirer quelque chose de plaisant telle que des récompenses ou d'éviter quelque chose de déplaisant à l'instar des punitions (Deci et Ryan, 1985a). C'est un comportement motivé par des raisons externes ou des motifs instrumentaux (sanction, incitation, pression, récompense).

Située à l'extrémité du continuum et correspondant donc au niveau le plus faible de la motivation, il y a l'amotivation. Elle renvoie à une absence complète de motivation. Selon Seligman (1975), l'amotivation est perçue comme une impossibilité de réaliser quelque chose. Pour Vallerand (1997), l'amotivation renvoie à la nullité de raison perçue de faire le comportement.

⁷¹ Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York, É.-U. : Plenum Press, consulté le 11/03/2023. <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-4446-9>

⁷² Deci, E. L., Koestner, R. et Ryan, R. M. (1999). Une revue méta-analytique des expériences examinant les effets des récompenses extrinsèques sur la motivation intrinsèque. *Psychological Bulletin*, 125(6), 627-668.

2.1.2 La théorie de l'autodétermination : la régulation de la motivation

Les auteurs proposent également d'identifier différents types de régulations de la motivation intrinsèque et extrinsèque correspondant à des niveaux d'autodétermination et d'intériorisation au système de valeurs des individus plus ou moins élevés.

La motivation externe fait apparaître quatre types de régulations : la régulation externe, la régulation introjectée, la régulation identifiée et la régulation intégrée. (Deci et Ryan, 1985). Notons que le seuil d'autodétermination situé entre la régulation identifiée et la régulation introjectée permet de discerner la motivation autonome de la motivation contrôlée. (Deci et Ryan, 2008)

Le niveau de régulation externe fait référence à des comportements motivés par des contingences externes ou sociales n'étant pas du tout intériorisées par l'individu. Ils sont réalisés dans l'objectif de recevoir une récompense ou d'éviter une punition. (Vansteenkiste, Lens et Deci, 2006⁷³). Un exemple de régulation externe : un soignant participe à une formation sur la démarche qualité afin d'éviter tout conflit avec son encadrement hiérarchique ou en échange d'une prime à la qualité.

La régulation introjectée correspond à une légère intériorisation des raisons du comportement (Pelletier et Vallerand, 1993)⁷⁴. Le comportement est motivé par une pression interne qui pousse l'individu à agir afin d'éviter la honte, la culpabilité ou encore par souci d'égo ou désirabilité sociale. (Sarrazin, Pelletier, Deci et al., 2011)⁷⁵

La régulation identifiée implique que l'individu s'identifie aux facteurs externes qui façonnent son comportement car ceux-ci ont un intérêt pour lui-même (Ryan & Deci, 2000). Cette régulation équivaut à un niveau d'intériorisation des valeurs externes plus important que celui de la régulation introjectée. L'individu perçoit son

⁷³ Vansteenkiste, M., Lens, W. et Deci, E. L. (2006). Contenu intrinsèque versus extrinsèque des objectifs dans la théorie de l'autodétermination: un autre regard sur la qualité de la motivation académique. *Educational Psychologist*, 41(1), 19-31.

⁷⁴ Pelletier L. G. & Vallerand R. J. (1993). « Une perspective humaniste de la motivation : les théories de la compétence et de l'autodétermination ». In E. Thill & R. J. Vallerand, *Introduction à la psychologie de la motivation*. Laval : Éd. Études vivantes, p. 234-281.

⁷⁵ Philippe Sarrazin, L. Pelletier, E. Deci, R. Ryan. (2011) Nourrir une motivation autonome et des conséquences positives dans différents milieux de vie : les apports de la théorie de l'autodétermination. *Traité de psychologie positive*, De Boeck, pp.273-312, 2011.

comportement comme étant choisi librement mais est tout de même réalisé à des buts instrumentaux. (Pelletier et Vallerand, 1993). Le comportement opéré est valorisé par l'individu puisqu'il le lie à des objectifs qu'il considère comme importants. Dans nos établissements de santé, un soignant disposant d'une motivation par régulation identifiée est un soignant qui, par exemple, applique soigneusement les protocoles de son service car il considère que c'est important pour sa conscience professionnelle.

Enfin, la régulation intégrée, type de motivation extrinsèque la plus autodéterminée, implique que le comportement de l'individu est lié à l'acceptation et à l'intégration consciente des valeurs des actions qu'il réalise pour atteindre ses objectifs. (Deci et Ryan, 2002⁷⁶). L'individu adopte alors un comportement car celui-ci est en adéquation avec ses buts, ses valeurs et son identité. Un aide-soignant qui s'engage sur une formation améliorant ses pratiques professionnelles suscite la régulation intégrée s'il estime que la formation va lui permettre d'acquérir et de développer des compétences fondamentalement importantes pour lui. Ce type de motivation intégrée constitue la motivation optimale en contexte institutionnel notamment dans les organisations. Elle est la cible espérée de tout manager souhaitant impliquer naturellement ses équipes.

Progressivement, la distinction entre la motivation intrinsèque et extrinsèque a évolué vers une distinction entre la motivation autonome et la motivation contrôlée. La motivation intrinsèque, la régulation intégrée et la régulation identifiée faisant toutes trois appel à des niveaux d'intériorisation se regroupent ainsi sous l'étiquette de motivation autonome. De la même manière, la régulation externe et introjectée sont sous-jacentes à des sollicitations externes, elles sont alors regroupées sous l'étiquette de motivation contrôlée.

Certes le niveau d'intériorisation est une variable importante dans les différents types de motivation mais la théorie de l'autodétermination prend également en compte le fait que tous les êtres humains ont besoin de satisfaire certains besoins psychologiques afin de maintenir cette motivation.

⁷⁶ Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2002). Vue d'ensemble de la théorie de l'autodétermination: une perspective organismico-dialectique. Dans E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 3-33). Presses de l'Université de Rochester.

2.1.3 La théorie de l'autodétermination : la satisfaction des besoins psychologiques

Les trois besoins psychologiques fondamentaux décrits par la théorie de l'autodétermination sont les suivants : le besoin de compétence, le besoin d'autonomie et le besoin d'appartenance sociale. Autrement dit, chaque individu a besoin de sentir compétent, autonome et relié à ses pairs (Deci et Ryan, 2000).

Ils se définissent ainsi :

- Le besoin de compétence traduit le besoin de se sentir compétents, existants, performants dans la réalisation de leurs tâches. (Van den Broeck et al., 2010)⁷⁷. Ce besoin est satisfait lorsque l'individu a la possibilité de mettre à profit ses compétences et d'en développer la maîtrise (Deci et Ryan, 2000). La propension à s'engager dans des tâches stimulantes permettant l'application et le développement des compétences est forte. La satisfaction de ce besoin permet l'adaptation des individus à des environnements complexes et évolutifs, ce qui nourrit grandement leur motivation autonome tandis que la frustration de ce besoin de compétence peut entraîner un manque de motivation (Deci & Ryan, 2000);
- Le besoin d'autonomie fait référence au besoin de se sentir à l'origine de ses propres comportements (Deci, 1975). Il représente le désir inhérent des individus d'éprouver une liberté de choix et une certaine latitude décisionnelle lors de la réalisation d'une activité (Deci & Ryan, 2000). Autrement dit, ce besoin est satisfait lorsque l'individu a la possibilité d'exprimer son point de vue, d'être libre dans sa prise de décisions mais aussi d'initier lui-même ses propres actions plutôt que d'être contrôlé par autrui (Deci et Ryan, 1987)⁷⁸;
- Le besoin d'appartenance sociale correspond au besoin d'être interconnecté avec les autres, de disposer d'un sentiment d'appartenance avec d'autres individus (Deci

⁷⁷ Van den Broeck, Anja & Vansteenkiste, Maarten & De Witte, Hans & Soenens, Bart & Lens, Willy. (2010). Capturing autonomy, competence, and relatedness at work: Construction and initial validation of the Work-Related Basic Need Satisfaction Scale. 83. 1-22.

⁷⁸ Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1024–1037

et Ryan, 1985b). Pour être motivé dans l'environnement, l'individu a besoin de se sentir connecté et à l'aise dans l'environnement où il se trouve, il a ainsi besoin de se sentir important et intégré dans celui-ci. L'appartenance sociale consiste à la fois à recevoir du soutien de la part des autres mais aussi à donner de soi en contribuant au groupe, à l'environnement.

Depuis quelques années, de nombreuses disciplines des sciences humaines et sociales se sont penchées sur ce sujet, notamment la gestion. Quittons alors le domaine de la psychologie sociale pour étudier les outils qu'elle offre au manager dans la gestion de son équipe dans le cadre du management de la qualité.

2.2 L'application de la théorie de l'autodétermination aux sciences de gestion

La question de l'implication des professionnels dans la démarche qualité se complexifie à l'heure où le progrès et le numérique révolutionnent les rapports sociaux et les conditions de travail, et où il devient de plus en plus difficile de fidéliser les salariés, notamment les jeunes, qui ont une vision du travail différente de celle des générations passées et sont en constante recherche de changement. L'objectif de notre prochain développement sera de réfléchir et de proposer des clefs de gestion aux managers afin de stimuler la motivation au travail des soignants (2.2.1). Nous utiliserons la théorie de l'autodétermination (2.2.2) afin de comprendre comment obtenir des professionnels prêts à contribuer activement à la démarche d'amélioration de la qualité des soins (2.2.3).

2.2.1 La motivation au travail, condition impérative à l'implication des professionnels

Les théories des organisations ainsi que le management nous ont habitués au terme de motivation au travail désormais tombé dans le langage courant. Les chercheurs en sciences humaines et sociales l'ayant traité n'ont pas toujours abordé les ambiguïtés liées à ce terme. Dès lors que l'on parle de motivation au travail, il serait

judicieux dans un premier temps de mettre au clair le lexique scientifique des praticiens en gestion. Toutefois, ce n'est pas aussi simple.

En effet, une revue de littérature réalisée en 1981 a recensé près de cent quarante définitions différentes de la motivation, ce qui rend difficile de s'accorder sur une définition unanime de la motivation au travail.

Ainsi, nous déciderons de nous appuyer sur la définition donnée par Louis Bergeron, qui définit la motivation au travail comme : *“une force intérieure, poussant l'individu à agir dans le sens des objectifs organisationnels, tel qu'il les perçoit. Il s'agit donc d'une optimisation de l'effort vers un but précis et non d'une simple dépense d'énergie.”*⁷⁹ Autrement dit, plus les objectifs de l'organisation sont en adéquation avec les attentes et les besoins individuels du salarié, plus celui-ci sera satisfait et motivé par son travail. Liée au concept de motivation, l'implication d'un salarié n'est autre que la mise en œuvre de la motivation du salarié dans son travail. Les salariés éprouvent donc la volonté d'avoir un travail qui leur permette de vivre leur motivation.

En conséquence, les managers doivent fournir à leurs subordonnés un environnement de travail leur permettant de rester motivés. En pratique, ce n'est pas chose aisée. Les managers sont souvent partagés entre des salariés surmenés et des supérieurs hiérarchiques exigeants. Il ne faut donc pas généraliser et se limiter à cette analyse. La réalité demeure bien plus complexe et ramifiée que cela. Cependant, il reste crucial que les organisations se dotent de ressources, de moyens et de temps pour favoriser la motivation des professionnels.

Les organisations sanitaires et médico-sociales en sont les premières concernées. Les obligations liées à la qualité et à la sécurité des soins auxquelles elles sont soumises nécessitent une forte implication du personnel. Comme vu précédemment, l'accent est plus que jamais porté sur la démarche d'amélioration qualité et les exigences liées aux certifications et évaluations externes sont d'autant plus fortes. Ce virage qualité que souhaitent prendre les autorités en charge de la santé

⁷⁹ LOUIS BERGERON, *Satisfaction, motivation et performance au travail*, 2^{ème} édition, Ste-Foy, PUL, 1986

s'annonce serré. D'autant plus que les exigences des usagers et des familles, elles aussi, ne s'amointrissent guère.

Pour les professionnels de santé, la démarche qualité reste associée aux notions de protocoles, de procédures, d'évaluation, de contrôle et sont source de stress. Les équipes de direction des établissements managent dans un contexte de plus en plus difficile, avec des contraintes budgétaires qui pèsent de plus en plus. C'est donc principalement à nos managers qu'ils incombent d'amener les équipes soignantes vers cette démarche d'amélioration continue qui ne doit plus seulement se résumer aux certifications et aux évaluations mais être un véritable processus enrichi quotidiennement.

C'est dans ce sens qu'un management de la qualité s'appuyant sur la théorie de l'autodétermination permettrait aux managers de motiver les professionnels, d'impliquer les équipes quotidiennement dans cette dynamique sans qu'elles ne "subissent" la démarche qualité.

Ainsi, nous allons désormais aborder la suite de notre revue de littérature sous l'angle de l'application de la théorie de l'autodétermination aux sciences de gestion.

2.2.2 Les contributions de la théorie de l'autodétermination au management

Cette partie va s'employer à mettre en lumière les contributions de la théorie de l'autodétermination au management et à la gestion ce qui nous permettra ensuite de transposer ce cadre théorique à la démarche qualité.

Premièrement, nous pourrions être tentés de nous demander pourquoi les recherches en sciences de gestion devraient s'intéresser à la théorie de l'autodétermination. Son application au management et aux organisations s'appuie généralement sur les travaux de Gagné et Deci (2005)⁸⁰, de Sheldon et al. (2003)⁸¹

⁸⁰ Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331–362.

⁸¹ Sheldon, Kennon & Turban, Daniel & Brown, Kenneth & Barrick, Murray & Judge, Timothy. (2003). Applying Self-Determination Theory to Organizational Research. *Research in Personnel and Human Resources Management*. 22. 357-393.

ainsi que Deci et al. (2017)⁸². Elle offre une réflexion intéressante et actionnable pour le management. Elle fournit une explication du bien-être et de la performance au travail par la motivation autonome.

La motivation autonome est au centre de la théorie de l'autodétermination, elle est présentée comme un facteur déterminant du bien être au travail. (Deci et al., 2017) Le rôle du management est expliqué à travers ces concepts de motivation autonome et de besoins psychologiques. Toute politique ou pratique managériale notamment dans l'organisation du travail peut remettre en question la satisfaction des trois besoins psychologiques précités (l'autonomie, la compétence et l'appartenance sociale). Le management peut soit favoriser cette satisfaction soit la consumer. (Deci & Ryan, 2000).

Pour imager le concept, Deci et Ryan (2000) utilisent la métaphore suivante : *“pour grandir une plante a besoin d'eau et quand elle est privée d'eau, sa croissance et son potentiel sont réduits”*. La SDT, elle, montre que la satisfaction des trois besoins entraîne des comportements positifs et à l'inverse si cette satisfaction est contrée cela provoque des comportements négatifs. *“La satisfaction de ces besoins psychologiques est essentielle pour la croissance psychologique et le bien-être des personnes.”* Autrement dit, les politiques et pratiques managériales de soutien permettent de conférer les nutriments nécessaires à la satisfaction des besoins. (Troughakos et al., 2014)⁸³.

En 2017, Deci et al. ont étudié l'implication de la théorie de l'autodétermination dans les organisations. Ils ont alors proposé un modèle motivationnel pouvant s'appliquer dans le monde du travail. Le modèle étudie l'influence des pratiques de management sur la satisfaction des trois besoins décrits par la théorie de l'autodétermination et de fait l'impact sur la motivation autonome. Dans l'étude, les trois besoins apparaissent comme trois leviers de motivation bien distincts. Une méta analyse a été effectuée sur 119 échantillons différents. Elle a démontré que la variation de motivation

⁸² Deci, E. L., Olafsen, A. H., Ryan, R. M. (2017). Self-de- termination theory in work organizations: The state of a science, *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4(1), 19-43.18

⁸³ Troughakos, J. P., Hideg, I., Cheng, B. H., Beal, D. J. (2014). Lunch breaks unpacked: The role of autonomy as a moderator of recovery during lunch, *Academy of Management Journal*, 57(2), 405-421.

autonome et de bien-être au travail sont prédites par la satisfaction des trois besoins psychologiques. (Van Den Broeck et al. 2016)⁸⁴.

En ce qui concerne ces trois besoins psychologiques, la littérature recense diverses études appliquées au management.

A propos du besoin d'autonomie, nous pouvons remarquer que lorsque l'opinion des salariés est prise en compte pour leur laisser la liberté de s'organiser dans l'exécution de leur travail alors la motivation autonome à adopter des comportements positifs augmente. (Deci et al., 2017 ; Hon, 2012) C'est également ce qu'a prouvé l'étude réalisée sur des policiers par Otis et al. en 2005. Lorsque leurs supérieurs les plongent dans un contexte de travail favorisant l'autonomie, les policiers génèrent une motivation autonome plus importante, sont moins soucieux, moins malades et ont moins envie de démissionner. De plus, le soutien de l'autonomie venant des collègues et supérieurs entraîne une meilleure satisfaction au travail et une meilleure santé psychologique. (Moreau et Mageau, 2012). Enfin, lorsque les dirigeants sont ouverts à la proposition de nouvelles idées et aux suggestions de leurs salariés c'est-à-dire à la mise en place d'un environnement propice à l'expression alors la motivation, la créativité et l'innovation sont maintenues. Il faut donc écouter les suggestions des salariés et leur donner les moyens de les appliquer ou du moins de les explorer davantage. (Liu et al. 2011)

Côté compétence, la satisfaction de ce besoin des salariés à travers le management consisterait à créer des opportunités pour eux d'utiliser et de développer leurs compétences grâce à des tâches stimulantes et à la création d'un environnement d'apprentissage positif. Dès lors que les salariés ressentent que leur besoin d'autonomie est satisfait par les managers, ils se sentent plus en adéquation avec l'organisation et plus performants. Il est néanmoins nécessaire de prendre en compte le besoin d'autonomie et de fait, d'éviter d'imposer des activités de développement sans consulter les salariés. Le manager devrait donc prendre le temps de comprendre les intérêts et besoins de développement individuels et de fait les impliquer dans la mise en œuvre d'idées, de propositions en rapport avec leurs

⁸⁴ Van Den Broeck, A., Ferris, D. L., Chang, C. H., Rosen, C. C. (2016). A review of self-determination theory's basic psychological needs at work, *Journal of Management*, 42, 1195–1229

intérêts. La valorisation des compétences et de l'autonomie des salariés devrait augmenter la motivation du salarié à adopter des comportements positifs. La dynamique de motivation des salariés de deux banques new yorkaises a été étudiée et a démontré que lorsque les managers montrent un certain soutien de l'autonomie, le besoin de compétences et d'appartenance sociale seraient également satisfaits. (Baard et al., 2004)⁸⁵. Ce qui implique un lien étroit entre la satisfaction des trois besoins. Un lien qui pourrait d'ailleurs s'expliquer par plusieurs raisons données par Deci et al. (2017). Premièrement, les managers qui favorisent l'autonomie sont généralement sensibles aux autres besoins des salariés. Deuxièmement, lorsque les salariés se sentent autonomes, ils sont capables eux-mêmes de satisfaire leur besoin de compétence et d'appartenance sociale.

Le besoin d'appartenance, quant à lui, est satisfait quand les travailleurs développent des relations étroites sur le lieu de travail et se considèrent comme faisant partie du groupe (Van den Broeck et al., 2016). Les interactions sociales et relations interpersonnelles entre les managers et les salariés sont bénéfiques pour la motivation et le bien-être au travail. Lorsque les salariés peuvent également créer des liens sociaux, cordiaux et/ou amicaux avec leurs collègues de travail, leur motivation est meilleure. Avoir des amis proches au travail a un impact positif sur la satisfaction des tâches que les salariés réalisent au travail. Le lien avec leurs collègues est une source importante de satisfaction des besoins psychologiques de base et de motivation au travail. Des chercheurs ont étudié l'interaction entre le leadership et la diversité d'équipe. Ils soulignent l'importance d'adapter son leadership aux besoins spécifiques découlant de la diversité des équipes. Ils ont proposé des compétences spécifiques comme la perspicacité sociale qui permet aux managers de façonner l'impact d'une équipe diversifiée. Les travaux de Grant en 2007⁸⁶ et Parker en 2014⁸⁷ montrent comment la façon de manager peut être incitatrice de lien social entre les salariés. Si les managers ne mettent pas de pression sur les comportements et le langage des salariés alors le besoin d'appartenance sociale serait satisfait. (Deci et al., 2017) Inversement, les travaux de

⁸⁵ Baard, P., Deci, E. L., Ryan, R. M. (2004). Intrinsic need satisfaction: A motivational basis of performance and well-being in two work settings, *Journal of Applied Social Psychology*, 34(10), 2045-2068.

⁸⁶ Grant, A. M. (2007). Relational job design and the motivation to make a prosocial difference, *Academy of Management Review*, 32(2), 393-417.

⁸⁷ Parker, S. K. (2014). Beyond motivation: Job and work design for development, health, ambidexterity, and more, *Annual Review of Psychology*, 65(1), 661-691

Trepanier et al., (2013)⁸⁸ montrent qu'un management basé sur l'intimidation déclenche moins de motivation.

La littérature a démontré que la SDT pouvait parfaitement s'appliquer aux sciences de gestion dans leur globalité en étant étroitement liée à la satisfaction, au bien-être et à la performance au travail. Le but de notre mémoire est d'étudier l'application de cette théorie au processus de la démarche continue d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé. Si un bon nombre d'études ont abordé la SDT sous l'angle du management et du travail, très peu d'études tendent à s'intéresser au lien entre la SDT et la démarche qualité. Pourtant, ce processus qualité aux multiples enjeux nécessite une certaine implication du personnel. En effet, la motivation des professionnels de santé est cruciale pour délivrer des soins de qualité mais il n'est pas toujours simple pour les managers d'identifier quel type de motivation susciter et surtout comment celle-ci peut être stimulée en prenant évidemment en compte le contexte financier et social compliqué auquel doivent faire face les établissements. Voyons désormais comment nous pouvons lier motivation, théorie de l'autodétermination et management de la qualité afin d'offrir de meilleures prestations au sein de nos structures sanitaires et médico-sociales.

2.2.3 La théorie de l'autodétermination appliquée à la démarche qualité

Dans la littérature organisationnelle, les chercheurs étudient régulièrement les effets de la motivation sur la performance. C'est en ce sens que la motivation au travail des professionnels de santé fait l'objet de plus en plus de recherches et d'études. Toutefois, ces investigations ne s'appliquent pas à la qualité des soins délivrés aux patients car ces études tendent à orienter les résultats qui concernent les salariés sur le plan individuel, autrement dit sur le comportement et la performance de chacun plutôt que sur des résultats qui concernent l'organisation. (Kim et al., 2013)⁸⁹.

⁸⁸ Trépanier, S. G., Fernet, C., Austin, S. (2013). Workplace bullying and psychological health at work: The mediating role of satisfaction of needs for autonomy, competence and relatedness, *Work Stress*, 27(2), 123-140.

⁸⁹ Kim, W., Kolb, J. A., & Kim, T. (2013). The relationship between work engagement and performance: A review of empirical literature and a proposed research agenda. *Human Resource Development Review*, 12(3), 248–276.

Cette nuance est importante et nous a incité à nous intéresser à une approche collectiviste plutôt que individualiste. En effet, la démarche qualité se caractérise par une approche en processus ce qui induit que la qualité émane des comportements et de la performance d'un ensemble d'acteurs indépendants agissant ensemble dans un même système. Le fait de devoir mettre en œuvre une politique QVT dans les établissements sanitaires et médico-sociaux met d'ailleurs en lumière ce phénomène. Le lien entre le bien-être de l'ensemble des professionnels et la qualité des soins est consacré dans plusieurs critères des manuels de certification⁹⁰. Une vision collective implique qu'une réussite individuelle n'équivaut pas forcément à une réussite du système. (Gagné et al., 2015). Nous tâcherons d'identifier dans quelle mesure le management de la qualité peut influencer positivement la motivation de tous les soignants de sorte que cela conduise à une amélioration de la performance de l'organisation dans son ensemble en termes de qualité des soins.

Il n'existe pas de solution évidente qui permettrait d'arriver à ce résultat. En effet, il est parfois difficile de prédire les résultats sur la motivation des professionnels suite à une action mise en place justement dans le but de les motiver. Prenons l'exemple des incitations financières octroyées en conséquence d'un objectif défini en amont par le manager et finalement atteint par le salarié ayant exécuté la tâche. Dans les établissements de santé, ces incitations demeurent populaires et appréciées. Elles peuvent mener à une amélioration des performances sur des tâches dites simples mais peuvent aussi amoindrir la motivation intrinsèque nécessaire à la réalisation de tâches plus complexes (Berenson et Rice, 2015).⁹¹ En réalité, l'efficacité des incitations financières dépend de la nature de la tâche à exécuter. Selon Alfie Kohn (1999)⁹², la tâche à effectuer doit être suffisamment monotone et redondante afin que le mécanisme de récompenses soit efficace. Dans l'objectif de bénéficier de la récompense, la tâche sera exécutée, l'individu se sentira motivé au moins à court terme. Néanmoins, si la tâche à exécuter est plus complexe et qu'elle nécessite de faire appel à un certain besoin d'autonomie et de créativité alors les incitations financières auront tendance à être inefficaces voire contre-productives.

⁹⁰Les critères 3.5-1 et 2 du manuel HAS (V2023) pour les établissements sanitaires ainsi que l'objectif 3.9 du manuel HAS (V2023) pour les établissements médico-sociaux sont relatifs à la mise en œuvre d'une politique de qualité de vie au travail.

⁹¹ Berenson, R. A., & Rice, T. (2015). Beyond measurement and reward: Methods of motivating quality improvement and accountability. *Health Services Research*, 50, 2155–2186.

⁹² Alfie Kohn (1999). "Punished by Rewards: The Trouble with Gold Stars, Incentive Plans, A's, Praise, and Other Bribes", Houghton Mifflin Harcourt p.255,

Dans le cadre de la démarche qualité, il est intéressant d'aborder les fameuses IFAQ (Incitations financières à la qualité). Ces financements doivent amener les managers et les dirigeants à prendre quelques précautions. Afin d'atteindre des objectifs liés à la qualité, une incitation financière n'est pas forcément une mauvaise façon de motiver les équipes mais il est important d'adopter une approche nuancée en déterminant consciencieusement en amont pour quels objectifs et à quel moment l'incitation financière sera efficace. Octroyée à postériori elle aura même un meilleur effet sur le long terme qu'une incitation financière octroyée en amont d'exécuter une tâche complexe. De fait, il est primordial pour le manager de connaître ses équipes afin de pouvoir identifier quel type de motivation est concernée lors de l'exécution d'une tâche.

Si l'on en revient aux principes de l'autodétermination appliqués à la gestion de l'amélioration de la qualité dans les établissements de santé, il est clair que la motivation des soignants peut avoir un impact significatif sur la qualité des soins.

La motivation intrinsèque semble avoir un rôle plus important dans le domaine de la santé et du soin. En effet, les tâches à réaliser dans ce domaine impliquent plus d'éléments non pécuniaires que d'autres formes de travail (Folbre et Smith, 2023).⁹³ Dans le contexte de travail lié aux soins, la motivation intrinsèque pousse les professionnels à réaliser la prestation de soins pour des priorités personnelles basées sur un sentiment lié à la morale, au sens de leur travail, à l'épanouissement, à l'autonomie et aux relations avec les usagers (Folbre et Smith, 2023) plutôt que pour des récompenses extrinsèques.

Cependant, les organisations de santé sont de plus en plus confrontées à la perte de sens au travail de leurs employés. Ce phénomène peut avoir un impact significatif sur la motivation des soignants dans l'amélioration continue de la qualité des soins. Lorsqu'ils perdent le sentiment de donner un sens à leur travail, les soignants peuvent devenir moins engagés, moins motivés et moins impliqués dans les

⁹³ Folbre, N., Gautham, L., & Smith, K. (2023). Gender Inequality, Bargaining, and Pay in Care Services in the United States. *ILR Review*, 76(1), 86–111. <https://doi.org/10.1177/00197939221091157>

initiatives d'amélioration de la qualité. Ce sentiment peut d'ailleurs être amplifié à travers la mise en œuvre de la démarche qualité.

Portons un regard sur ces éléments clefs en matière de motivation au travail. Nous verrons qu'ils font écho aux trois besoins psychologiques décrits par la théorie de l'autodétermination.

- Le désalignement des valeurs : Lorsque les soignants perçoivent un désalignement entre leurs propres valeurs et les objectifs de la démarche qualité, cela peut entraîner une perte de sens. Par exemple, si les objectifs de qualité se concentrent uniquement sur des mesures quantitatives sans tenir compte des valeurs humanistes de la profession de soignant, cela peut générer un sentiment de déconnexion et de perte de motivation.
- Le manque de reconnaissance : Si les soignants ne voient pas leur contribution à la démarche qualité reconnue et valorisée, cela peut conduire à un sentiment de dévalorisation de leur travail et par incidence de leur personne. Lorsqu'ils ne perçoivent pas l'impact positif de leur travail sur la qualité des soins, ils peuvent se sentir démotivés et désengagés.
- Le manque d'autonomie : Si les soignants ont peu de contrôle sur leur travail et sont contraints de suivre des protocoles rigides sans pouvoir apporter des améliorations ou des ajustements, cela peut nuire à leur motivation. Le sentiment de ne pas pouvoir exercer leur expertise et leur jugement professionnel peut conduire à une perte de sens et de motivation.
- La routine et la monotonie : Lorsque le travail des soignants devient routinier et monotone, sans possibilité d'apprentissage ou de développement professionnel, cela peut également entraîner une perte de sens. L'absence de défis stimulants ou d'opportunités de croissance peut diminuer la motivation intrinsèque des soignants et les amener à se désintéresser de la démarche qualité.

Il est donc très important de prendre en compte ces aspects pour maintenir la motivation des soignants dans la démarche qualité. C'est en ce sens qu'une revue systématique à méthodes mixtes a été réalisée sur le lien entre la motivation des professionnels de santé, leurs comportements et la qualité des soins hospitaliers, tout ceci en s'appuyant sur la théorie de l'autodétermination (Veenstra et al., 2022)⁹⁴. Selon les preuves quantitatives recensées, la motivation autonome influence positivement les perceptions de la qualité. Les preuves qualitatives soutiennent également une association positive entre la motivation autonome, la qualité, la sécurité et le centrage sur le patient alors qu'une absence de motivation est perçue comme menant à une mauvaise qualité des soins (Veenstra et al., 2022). La qualité ne consiste pas uniquement "à éviter que les choses se passent mal" mais plutôt à "s'assurer que le maximum de choses se passent bien" en agissant proactivement (Hollnagel et al., 2015)⁹⁵. Le comportement proactif s'apparente à une qualité essentielle permettant de participer à l'amélioration continue de la qualité. (Veenstra et al., 2022; Gagné, 2014). Ces constatations tendent à souligner la légitimité de l'application des concepts de la théorie de l'autodétermination par les managers à destination des soignants.

Après avoir effectué une revue de littérature approfondie sur les enjeux de la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et la théorie de l'autodétermination, il est maintenant temps d'explorer comment ces concepts théoriques peuvent être appliqués concrètement pour motiver les soignants dans cette démarche. Cette transition marque ainsi une évolution de notre analyse, passant de la compréhension théorique à une approche pratique basée sur une étude qualitative et quantitative. Dans cette deuxième partie de notre mémoire, nous allons examiner de près comment les principes de la théorie de l'autodétermination peuvent être mis en œuvre dans un contexte réel, en utilisant des méthodes de recherche rigoureuses pour évaluer leur impact sur la motivation des soignants impliqués dans l'amélioration continue de la qualité des soins. En combinant des approches qualitatives et quantitatives, nous pourrions ainsi obtenir des données empiriques et des insights pratiques qui viendront enrichir notre compréhension et

⁹⁴ Veenstra GL, Dabekaussen KFAA, Molleman E, Heineman E, Welker GA. (2022) Health care professionals' motivation, their behaviors, and the quality of hospital care: A mixed-methods systematic review. *Health Care Manage Rev.* Apr-Jun 01;47(2):155-167.

⁹⁵ Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. Middelfart. (2015) From Safety-I to Safety-II: A White Paper. Denmark: Resilient Health Care Net.

fournir des recommandations tangibles pour favoriser la motivation des soignants dans ce domaine crucial de la santé.

Partie 2 : Etude qualitative et quantitative

A partir des fondements théoriques exposés plus haut, nous avons cherché à approfondir notre compréhension des différents aspects liés à la question de la motivation des professionnels soignants à participer à la démarche qualité en menant une enquête de terrain dans nos organisations de santé. Nous avons suivi une méthodologie pour l'élaboration des questionnaires (1) puis analysé les réponses obtenues au regard des éléments de notre revue de littérature (2).

1. Méthodologie de l'étude qualitative et quantitative

La présente étude repose sur une méthodologie rigoureuse et diversifiée, visant à apporter un éclairage complet sur la motivation des soignants dans le cadre de la démarche de qualité des soins. Nous avons mené deux types d'enquête, une étude qualitative (1.1) et une étude quantitative (1.2).

1.1 Méthodologie de l'étude qualitative

Le Centre Hospitalier des Rives de Seine est un établissement de type MCO implanté sur trois sites situés dans le département des Hauts-de-Seine et ayant fait l'objet d'une procédure de certification en avril 2023. Nous avons choisi d'interroger des professionnels au profil variés mais ayant tous été présents lors de la phase de préparation de la visite de certification, du déroulement de la semaine d'examen et qui ne comptent pas quitter la structure prochainement. Nous avons volontairement exclu le personnel intérimaire pour la pertinence de nos résultats, nous voulions connaître le point de vue des professionnels soignants rattachés exclusivement à cet établissement en question.

Concernant le choix des participants, nous avons mené sept entretiens semi-directifs avec des managers de différents services et niveaux hiérarchiques (cadre de proximité et cadre supérieur) ainsi que des soignants ayant des responsabilités et des expériences variées (Cf. Annexe 12 : Tableau des entretiens

semi-directifs). Ces entretiens ont eu lieu 10 à 20 jours après la visite de certification. Nous avons opté pour ce timing car nous voulions que les phases de préparation et de visite soient suffisamment proches pour que les participants aient des souvenirs précis de ces expériences, tout en leur laissant quelques jours afin de prendre du recul sur la situation et avoir un temps de réflexion quant à l'avenir post-certification.

Avant de commencer les entretiens, un guide d'entretien a été élaboré. Ce guide était composé d'une série de questions ouvertes et semi-ouvertes (Annexe 10 et 11 : Guide d'entretien semi-directif utilisé lors de l'étude qualitative à destination des managers et soignants). Le but était que les participants puissent s'exprimer librement sur leur expérience et leur opinion concernant le sujet de l'étude. Il a été conçu de manière à couvrir tous les aspects pertinents du thème étudié. En effet, nous voulions poser des questions relatives au management de la qualité tout en laissant la possibilité aux participants de rattacher ce mode de gestion à la théorie de l'autodétermination afin de valider ou d'invalider notre conjecture quant aux bénéfices de l'association de ces deux thématiques.

Les entretiens semi-directifs ont été menés individuellement avec chaque participant dans leur bureau. S'ils n'en disposaient pas, ils étaient réalisés dans une salle dans de leur service, isolée des autres individus afin de ne pas les brider. En effet, l'avantage d'une approche semi-directive est de conserver un fil directeur tout en laissant la possibilité aux personnes interrogées de s'exprimer librement. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants et des notes complémentaires ont été prises pour saisir l'ensemble de leur déclaration.

Une fois tous les entretiens terminés et retranscrits, une analyse des données a été réalisée. Cela implique une lecture attentive des transcriptions des entretiens afin de comprendre ce que les participants ont réellement cherché à exprimer. Nous avons élaboré une codification des informations pour identifier les thèmes émergents et mettre en exergue les points de convergence ou de divergence dans leurs réponses (Cf. Annexe 12 : Tableau des entretiens semi-directifs). Une approche inductive a été privilégiée pour laisser émerger de nouvelles idées et perspectives à partir des données recueillies.

1.2 Méthodologie de l'étude quantitative

L'étude quantitative a été menée par le biais de questionnaires distribués à des soignants d'un même établissement, d'un EHPAD précisément. Il est nécessaire de préciser que nous avons choisi volontairement de concentrer la distribution de ce questionnaire au sein de ce seul établissement.

L'EHPAD Notre Dame du Bon Accueil est un établissement privé à but non lucratif de 64 lits présentant un effectif de 41 salariés. Nous avons pu recenser une trentaine de réponses au total. Les questionnaires ont été distribués aux personnels paramédicaux (aides-soignants, infirmiers, psychologues, ergothérapeutes etc...) ainsi qu'aux agents de services hospitaliers, pour qui nous avons considéré qu'ils faisaient également partie de la chaîne de soins. Le personnel administratif n'a pas été inclus dans cette étude. De plus, nous avons volontairement souhaité ne pas inclure l'équipe encadrante à cette étude. Le but était véritablement de sonder les opinions des salariés soignants afin de mettre en corrélation les réponses collectées au management de la qualité appliqué dans l'établissement.

De fait, un état des lieux de l'implantation de la qualité au sein de l'EHPAD a été réalisé. L'établissement ne dispose pas de personnel spécialement affecté à la démarche. Pour l'instant, aucune politique qualité n'est définie et aucun "projet qualité" n'est réellement appliqué, l'équipe encadrante composée de la directrice, l'assistante de direction, la gouvernante et l'infirmière coordinatrice veillent à délivrer une certaine qualité des soins et des pratiques professionnelles de façon indirecte. Autrement dit, l'établissement ne dispose pas de tableaux de bords et d'indicateurs de suivi mesurant le niveau d'atteinte d'objectifs qualité.

Avant de concevoir les questionnaires, les objectifs de l'étude quantitative ont été clairement définis. Il s'agit généralement de mesurer les attitudes, les opinions, les perceptions ou les comportements des soignants concernant leur rapport à la démarche qualité et leur motivation au travail. Cette étude quantitative, qui a pour objectif de compléter les éléments recensés par l'étude qualitative, nous permet de collecter davantage de données permettant de valider ou réfuter certaines

hypothèses relatives aux concepts de qualité et de motivation. Le questionnaire a donc été bâti afin de mesurer le rapport à la qualité des soignants de cet établissement, d'identifier leur niveau de satisfaction au travail et leurs principaux facteurs de motivation. Une partie du questionnaire s'appuie sur la *“Work-Related Basic Need Satisfaction Scale”* développée en 2010 par Van den Broeck et al. permettant de mesurer la frustration des besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance sociale dans un contexte de travail (cf. Annexe 9 : Questionnaire distribué lors de l'étude quantitative au sein de l'EHPAD notre dame du bon accueil)

Grâce aux données collectées, il nous sera possible d'apporter des recommandations pratiques à la direction sur lesquelles elle pourra s'appuyer lors d'une future politique qualité.

Avant de distribuer les questionnaires à grande échelle, un pré-test a été réalisé auprès d'un petit groupe de soignants d'EHPAD pour évaluer la clarté des questions, la pertinence des choix de réponses et la durée estimée pour compléter le questionnaire. Les ajustements nécessaires ont été apportés suite aux retours reçus.

Les questionnaires ont été distribués à un échantillon représentatif de soignants. La méthode de distribution peut varier en fonction des contraintes logistiques. Nous avons donc choisi de distribuer le questionnaire en main propre. Une fois que les questionnaires ont été remplis par les participants, les données ont été collectées et entrées dans une base de données. Les données ont ensuite été analysées à l'aide de méthodes statistiques appropriées pour dégager des tendances, des corrélations et des conclusions quantitatives (cf. Annexe 8 : Résultats de l'étude quantitative réalisée via des questionnaires au sein de l'EHPAD Notre Dame du Bon Accueil)

La combinaison d'une étude qualitative et une étude quantitative, nous a permis de recueillir des données complémentaires, offrant ainsi une meilleure compréhension de notre sujet. La méthodologie rigoureuse dans la conception et la réalisation de chaque étude garantit la fiabilité et la validité des résultats obtenus.

2. Discussion des résultats

Afin de comprendre les subtilités de la question de la motivation des professionnels à participer à la démarche d'amélioration de la qualité des soins, nous avons croisé les résultats des études qualitative et quantitative que nous avons menées dans nos structures respectives. Le but est de vérifier la pertinence de notre théorie selon laquelle la démarche qualité peut nourrir leur motivation autonome (2.1) puis de déterminer comment le manager doit s'y prendre concrètement pour consolider les liens entre ces deux thématiques (2.2).

2.1 Les bénéfices de l'implication des professionnels dans la démarche qualité du point de vue de la satisfaction des trois besoins psychologiques fondamentaux

Nous l'avons vu, la théorie de l'autodétermination met en avant trois besoins psychologiques fondamentaux qui jouent un rôle central dans la motivation et l'engagement des individus. La transition vers une démarche qualité au sein d'un EHPAD non-initié et un contexte d'après certification offrent un terrain fertile pour explorer le rôle des besoins fondamentaux de la théorie de l'autodétermination dans la création d'une motivation intrinsèque chez les soignants. Nos études quantitatives et qualitatives ont cherché à discerner comment l'implication des professionnels dans la démarche qualité peut-être liée à la satisfaction de leurs besoins psychologiques,. A savoir, le besoin de compétence (2.1.1), le besoin d'autonomie (2.1.2) et le besoin d'appartenance sociale (2.1.3).

Les réponses à la question clé « *Qu'est ce qui est vecteur de motivation dans votre travail ?* » posée dans le cadre de notre étude quantitative mettent en exergue la manière dont les besoins de développement de compétences, d'autonomie et d'appartenance sociale interagissent avec la motivation à s'engager activement dans la démarche qualité.

2.1.1 Cultiver l'excellence, le rôle du besoin de compétence dans la motivation des soignants

La théorie de l'autodétermination met en avant l'importance de se sentir compétent et efficace dans une activité pour maintenir une motivation intrinsèque (Van den Broeck et al., 2010)⁹⁶. Ce besoin est satisfait lorsque l'individu a la possibilité de mettre à profit ses compétences et d'en développer la maîtrise (Deci et Ryan, 2000).

L'apprentissage des outils et méthodes du management de la qualité représente une opportunité de combler ces attentes car d'après les entretiens semi-directifs que nous avons menés, ils ne sont pas étudiés pendant la formation des soignants *"la qualité, je n'avais pas vraiment de notion tu vois. Ce ne sont vraiment pas des choses qu'on nous apprend à l'IFSI [...] très honnêtement, je ne comprenais rien. Je mélangeais les patients-traceurs, les traceurs-ciblés, les audits système...je ne comprenais rien du tout ! (Cadre, Interview 1) ; "Les nouveaux machins types les IQSS. Là je leur dis ça et elles vont me regarder avec des gros yeux. Les vigilances aussi. Certaines, c'est acquis, d'autres pas."* (Sage femme coordnatrice, interview 5)

Les formations et les ateliers liés à la qualité dans le cadre de la préparation de la visite de certification ont permis aux soignants de développer encore plus rapidement qu'à l'accoutumé de nouvelles compétences et de renforcer leur confiance en leur capacité à contribuer positivement à l'amélioration continue des services. Par conséquent, l'intégration de la démarche qualité a créé un environnement où les soignants se sentent compétents et habilités. *[La veille de la visite, les soignants] m'ont dit « mais nous Sophie, on se sentait prêt parce que ça fait des mois qu'on travaillait »* (Cadre 1, Interview 1)

Les réponses aux questions basées sur l'échelle W-BNS de frustration des besoins psychologiques fondamentaux (Van den Broeck et al., 2010) laissent apparaître que la satisfaction du besoin de compétence semble être elle aussi correcte au sein de l'EHPAD Notre Dame du Bon Accueil.

⁹⁶ Van den Broeck, Anja & Vansteenkiste, Maarten & De Witte, Hans & Soenens, Bart & Lens, Willy. (2010). Capturing autonomy, competence, and relatedness at work: Construction and initial validation of the Work-Related Basic Need Satisfaction Scale. 83. 1-22.

La quête de développement de compétences s'est révélée significative au travers de notre étude quantitative, avec 23% des soignants identifiant cette dimension comme un moteur de motivation. Cette constatation indique que pour une partie significative de l'échantillon, l'opportunité de se perfectionner et d'acquérir de nouvelles compétences joue un rôle important dans leur engagement professionnel. Cela suggère que l'aspect d'apprentissage et de croissance personnelle est considéré comme un facteur de motivation intrinsèque pour ces individus *“Vraiment, elles avaient envie. Quand je rentrais dans mes unités, elles me posaient des questions « c'est quoi les IQSS ? ». Tous les jours, quand je rentrais dans l'unité, elle me posait des questions et moi j'ai trouvé ça génial.”* (Cadre 1, Interview 1)

De plus, le fait que 99% des participants se sentent compétents et affirment maîtriser leurs tâches de travail suggère un niveau élevé de confiance dans leurs capacités professionnelles. Cela peut avoir un impact positif sur leur motivation, car se sentir compétent et capable de mener à bien les tâches assignées peut renforcer leur sentiment d'efficacité personnelle, ce qui, à son tour, peut influencer positivement leur motivation intrinsèque. *“je leur disais “vous travaillez bien, je le sais. Donc juste parler de votre travail. Mettez en avant, valorisez ce que vous faites parce que vous le faites bien. [Si on vous interroge le jour de la certification], c'est une manière de parler de ce que vous faites et de mettre en avant les points forts qu'on a. Donc allez-y!”* (Sage-femme coordinatrice, Interview 5)

Cependant, il est important de noter que malgré cette satisfaction élevée du besoin de compétence, certains soignants ont tout de même identifié le développement de compétences comme un moteur de motivation. Cela peut indiquer que même si les participants se sentent compétents dans leurs tâches actuelles, ils sont toujours intéressés d'apprendre et de se perfectionner. Cette ouverture est en phase avec une vision durable du processus d'amélioration de la qualité des soins et est favorable à une participation continue des professionnels dans la démarche *“Il faut que le soignant soit curieux, fassent des recherches et restent en veille technologique et la qualité aide pour ça.[...] Il ne faut pas se reposer sur ses acquis.”* (Cadre supérieure, Interview 2) ; *“[La démarche qualité permet] de faire des remises à niveau théorique, parce que parfois on oublie ou les règles ont changé. Il y a*

beaucoup d'évolution par exemple au niveau pharmaceutique ou au niveau du matériel donc il faut se mettre à jour régulièrement. " (Cadre, Interview 1).

Lorsque nous examinons les réponses à la question concernant les facteurs qui inciteraient les professionnels à adhérer à une démarche qualité, nous constatons que 45% d'entre eux ont souligné l'importance de solliciter leur avis et leurs idées. Cette constatation est étroitement liée au besoin d'autonomie certes, mais également au besoin de compétence, car elle reflète le désir des professionnels d'être activement impliqués dans les décisions et les processus relatifs à la qualité des soins. *"Quand on est un peu décisionnaires du truc, on participe plus derrière, en fait. On arrive plus à mettre ce truc là en application que quand ça nous a été imposé"* (Sage-femme coordinatrice, Interview 5).

L'implication des professionnels dans l'amélioration des processus et des protocoles peut renforcer leur sentiment de compétence. Lorsque les soignants participent activement à l'identification et à la résolution des problèmes liés à la qualité des soins, ils développent un sentiment de contribution significative à l'amélioration des soins dispensés au sein de l'établissement. Cette participation active peut potentiellement accroître leur confiance en leurs capacités professionnelles, renforçant ainsi leur motivation intrinsèque à s'investir davantage dans la démarche qualité. La satisfaction de ce besoin de compétence peut être vue comme un moteur pour leur engagement dans la démarche qualité. *"[la réalisation d'un patient traceur] était un travail de groupe très intéressant. C'est quelque chose que je pourrais refaire."* (Puéricultrice, Interview 6)

2.1.2 Libérer l'engagement, le besoin d'autonomie et son influence sur la motivation des soignants à la démarche qualité

La satisfaction du besoin d'autonomie revêt une importance cruciale dans le contexte de la démarche qualité. Lorsque l'opinion des salariés est prise en compte pour leur laisser la liberté de s'organiser dans l'exécution de leur travail alors la motivation autonome à adopter des comportements positifs augmente. (Deci et al., 2017 ; Hon, 2012) Ceci est une réalité théorique ayant ressurgi en pratique au

travers des entretiens semi-directifs. Dès lors qu'une certaine liberté d'action et de confiance est confiée, les performances s'avèrent meilleures. C'est ce que nous confie une cadre de santé " *je ne suis pas dans la verticalité descendante, moi je suis plus sur le côté horizontal, c'est à dire que je pense que les solutions - et d'ailleurs les professionnels avec qui je travaille me le prouvent tous les jours- viennent bien souvent d'en bas. Ça marche beaucoup mieux quand on part du bas plutôt que quand ça vient du haut.*" (Cadre, Interview 1)

C'est d'ailleurs ce qu'a également confirmé notre étude quantitative : les réponses à la question concernant les facteurs qui inciteraient les professionnels à adhérer à une démarche qualité montrent que 45% d'entre eux ont souligné l'importance de solliciter leur avis et leurs idées. "*Dès que c'est imposé, ça part mal.*" (Ergothérapeute, Interview 4). Les résultats de notre étude soulignent que les professionnels ressentent un besoin de liberté dans la manière dont ils abordent et contribuent à la qualité des soins. "*il faut vraiment se servir du vivier qu'on a comme professionnel parce qu'ils ont tous des intelligences différentes [...]on discute des problématiques, on règle ensemble les problèmes*" (Cadre, Interview 1).

Bien que seulement 7% des participants aient identifié l'autonomie comme un vecteur de motivation, cette dimension reste significative. L'autonomie, fondamentale dans la théorie de l'autodétermination, implique la capacité de prendre des décisions et de se sentir acteur de son propre travail. "*[Il faut] les motiver, leur donner envie de s'appliquer. Il faut les responsabiliser [...]leur donner des objectifs*". Or, nous notons que dans le cadre de la mise en œuvre de la démarche qualité, plusieurs possibilités s'offrent aux soignants désireux de gagner en autonomie : "*être pilote*", "*être référent dans un service*", "*être invité permanent aux comités*" (Cadre supérieure, Interview 2)

Ce besoin d'autonomie semble apparaître au vu de l'analyse générale des résultats quantitatifs, notamment des questions inspirées de l'échelle W-BNS, comme étant le besoin le moins satisfait. En effet, environ la moitié des participants indiquent que les tâches qu'ils accomplissent ne sont pas alignées avec ce qu'ils souhaitent vraiment, et une proportion encore plus élevée (70%) exprime le désir de pouvoir effectuer les choses différemment si cela leur était possible. Ces constatations pointent un écart significatif entre le niveau d'autonomie actuel des soignants et leur préférence pour

un niveau plus élevé d'autodétermination dans la manière dont ils exercent leur travail au quotidien.

De plus, les résultats suggèrent un lien significatif entre le niveau d'autonomie ressenti par les participants et leur perception de la démarche qualité en tant que levier de performance individuelle et collective. Les participants qui se sentent plus autonomes dans la réalisation de leurs tâches sont plus enclins à considérer la démarche qualité comme un moyen d'améliorer leur propre performance ainsi que celle de l'équipe. *"j'ai deux IBODE très autonomes [qui] ont insufflé quelque chose. Elles ont vraiment participé activement à la préparation de la certif. Elles ont entraîné [les] autres collègues [...] il y a eu cet effet collectif."* (Cadre, Interview 3). Cela indique que le niveau d'autonomie perçu peut influencer la manière dont les soignants appréhendent et s'engagent dans les efforts d'amélioration de la qualité.

En combinant ces résultats, il est possible d'extrapoler quelques implications importantes. Tout d'abord, l'insatisfaction quant au niveau d'autonomie pourrait potentiellement affecter la motivation et l'engagement des soignants notamment au regard de la démarche qualité. Lorsqu'ils ressentent que leurs tâches ne correspondent pas à leurs préférences ou qu'ils n'ont pas la liberté de faire les choses à leur manière ou même juste de proposer un changement, cela pourrait entraîner une désynchronisation entre leurs valeurs personnelles et leurs actions professionnelles, potentiellement nuisible à leur motivation intrinsèque.

Deuxièmement, la corrélation entre l'autonomie perçue et la perception positive de la démarche qualité souligne l'importance de prendre en compte le besoin d'autonomie dans la conception et la mise en œuvre des initiatives en matière de qualité. Permettre aux soignants d'exercer un certain degré de contrôle et de prise de décision dans leur travail lié à la qualité pourrait renforcer leur adhésion et leur engagement envers ces initiatives. *"La première fois, j'ai choisi la date de recueil [des questionnaires de satisfaction] et ai demandé qu'ils viennent en civil pour faire le tour des patients. Puis, je leur ai dit que ce serait bien de le faire au moins une fois par trimestre. Dès la 2ème fois, ils avaient choisi la date entre eux de recueil et pour l'analyse des résultats. La 3ème fois est déjà prévue, ça y est ! Ils se sont lancés tout*

seul, se sentent autonomes donc ça c'est cool. Et, l'analyse mène à des améliorations concrètes. " (Cadre, Interview 1).

Parmi les autres réponses obtenues, 20% des professionnels ont exprimé le souhait d'être davantage encadrés dans la réalisation de la démarche qualité. Cette perspective peut sembler en contradiction avec le besoin d'autonomie. Cependant, il est important de noter que l'autonomie ne signifie pas nécessairement l'absence de direction ou de soutien. Au contraire, l'autonomie se manifeste lorsque les individus se sentent responsables et en contrôle de leurs actions au sein d'un cadre défini. *"Il faut changer les pratiques. Mais ça, ça demande un accompagnement et plus sur le long terme " (Cadre, Interview 7) ; "Il faut les engagés. Ah oui ! Et utiliser des méthodes pédagogiques comme à l'école. Leur montrer, leur dire pourquoi on fait ça comme ça." (Cadre supérieure, Interview 2).*

Ainsi, un encadrement approprié et une structure claire peuvent en fait favoriser l'autonomie en offrant aux professionnels un espace où ils peuvent exercer leur expertise tout en contribuant aux objectifs de la démarche qualité. *"ça ne suffit pas de juste afficher l'information. Il faut s'assurer que l'information a été prise en compte. Mais ce n'est qu'une question de temps, de rigueur et d'accompagnement. Pour moi, c'est essentiel [d'accompagner] les collaborateurs en discussion libre, de poser des questions : « Qu'est-ce que vous avez compris ? [...] Vous avez pris connaissance de ça ? " (Cadre supérieure, Interview 2).*

Ces observations pratiques sont en cohérence avec le besoin d'autonomie de la théorie de l'autodétermination. L'implication dans la démarche qualité semble être associée à une perception accrue de l'autonomie, et par conséquent, à une motivation intrinsèque plus forte. Elle offre également plusieurs occasions de gagner en autonomie grâce à une grande variété de missions qui peuvent être confiées aux soignants.

2.1.3 Tisser des liens, le besoin d'appartenance sociale et sa contribution à motiver les soignants

Le besoin d'appartenance est satisfait lorsque les salariés développent des relations étroites sur leur lieu de travail et se considèrent comme faisant partie du groupe (Van den Broeck et al., 2016). Lorsque les salariés peuvent également créer des liens sociaux, cordiaux et/ou amicaux avec leurs collègues de travail, leur motivation est meilleure.

L'analyse des réponses au questionnaire quantitatif concernant la relation sociale dévoile des nuances intéressantes. En effet, les soignants expriment un besoin de connexion avec leurs collègues, 65% des interrogés déclarent se sentir vraiment connectés avec les autres au travail. 35% restants peinent donc à satisfaire leur besoin de relation sociale. Ces résultats s'alignent avec la complexité du besoin de relation sociale évoqué par la théorie de l'autodétermination.

L'existence de relations positives et enrichissantes avec les collègues peut incontestablement influencer la motivation intrinsèque des soignants dans leur engagement envers la démarche qualité. *"Je pense que si les équipes se sentent bien sur leur lieu de travail, forcément il y a un impact sur la qualité des soins[...] quand on n'arrive pas à travailler avec son équipe, quand on ne s'entend pas alors on n'est pas organisé et ça peut nous faire commettre des erreurs. On se dit « je ne le fais pas, je m'en fiche ce sera celle de demain qui le fera » et forcément ça tire vers le bas ce genre de pensée."* (Cadre Interview 1).

La mise en œuvre de la démarche qualité peut solutionner ce problème. En effet, en participant à des discussions collaboratives sur l'amélioration de la qualité des soins, les soignants peuvent avoir des interactions enrichissantes avec leurs pairs et les membres de l'équipe multidisciplinaire. Ces échanges renforcent leur sentiment d'appartenance à une communauté professionnelle en offrant des occasions de partage d'expériences, de réflexions conjointes et de coopération. Le besoin de relation sociale, soutenu par ces interactions, peut contribuer à renforcer leur engagement envers la démarche qualité. De plus, cette interaction accrue peut potentiellement atténuer les sentiments d'isolement ou de désengagement qui

peuvent découler des défis du secteur de la santé. *“La solitude, ça c’était dur[...] j’étais tellement seule sur tous les fronts. Oui, je me suis épuisée, épuisée mentalement car j’étais trop seule.”* (Cadre Interview 3)

Toutefois, il est important de souligner que des obstacles à cette connexion sociale peuvent aussi surgir. Les contraintes de temps, la charge de travail élevée ou encore des divergences dans les valeurs et les approches peuvent entraver le développement de relations étroites entre les soignants. Mettre en œuvre la démarche qualité peut améliorer leurs conditions de travail et contribue à faire passer ces obstacles au second plan *“Le fait d’être organisé, même la surcharge de travail est moins compliquée. Ça a conduit à de meilleures conditions de travail pour qu’on puisse donner des soins de meilleure qualité”*. De même, chercher à atteindre un objectif commun, telle que la réussite d’une évaluation externe de la qualité, peut aider à dépasser les mésententes et souder les équipes *“c’est un travail collectif, on a tous participé.”* (Puéricultrice, Interview 6) ; *“J’en ai certains qui se sont déplacés, elles ne travaillaient pas et se sont déplacées à 13h30 pour les résultats et d’autres qui m’ont demandé un lien visio [...] ça montre qu’elles étaient assez concernées et investies finalement.[...] il y a un souci de montrer qu’on fait bien. Ce que je trouve assez touchant.”* (Sage femme coordinatrice, Interview 5).

L’analyse des entretiens semi-directifs souligne également que les relations positives avec les managers ont le potentiel de soutenir la satisfaction du besoin d’appartenance sociale chez les employés. Les interactions ouvertes entre les gestionnaires et les soignants peuvent créer un environnement où les employés se sentent écoutés et compris. *“En fait, l’empathie que je mettais auprès de mes patients au quotidien, ben je l’ai transféré auprès de mes équipes ! [...]Je pense qu’il y a des gens comme dans tout boulot, dans tout service, qui sont plus investis que d’autres. Il y a des gens qui ont envie, des gens qui ont moins envie, voire des gens qui n’ont pas envie du tout. Donc mon rôle, je pense, c’est de donner envie aux gens qui n’ont pas trop envie ou plus envie. Tu vois, ils ont peut-être manqué cette simulation ou ils sont peut-être fatigués ou dans une période compliquée de leur vie aussi.* (Cadre, Interview 1)

Ces échanges positifs avec les managers renforcent le sentiment d'appartenance des soignants à l'équipe et à l'organisation, ce qui peut les inciter à s'impliquer activement dans la démarche qualité. *"Ce sont les gens, comme [ma manager] Camille, qui me donnent un peu envie de m'y mettre [...] J'ai un poil dans la main pour certains trucs, mais si c'est Camille qui me le demande je ne pourrais pas le refuser"* (Ergothérapeute, Interview 4).

Lorsque les soignants perçoivent que leurs opinions et idées sont prises en compte dans la conduite du processus d'amélioration continue, cela a un impact sur leur motivation intrinsèque et peut les pousser à y contribuer *"Qu'une équipe puisse penser que ça vient d'eux, que les choses évoluent et que le sujet va aboutir, c'est hyper important. Ça donne le sentiment de faire corps avec l'établissement. À partir du moment où une équipe te dit "OK, on participe, on y va, on écrit ensemble", on est bon"* (Cadre, Interview 3).

Les interactions sociales et relations interpersonnelles entre les managers et les salariés peuvent également être vectrices de motivation, lorsqu'elles sont caractérisées par des encouragements et la valorisation du travail accompli. *"Les gens ont besoin d'être boostés en permanence. En cas de non conformité, il faut qu'on corrige, qu'on arrive à faire au mieux. Et puis, dès que c'est fait, il faut les féliciter, leur donner envie, les engager, les mettre en avant."* (Cadre supérieure, Interview 2).

Les résultats quantitatifs mettent en évidence que la reconnaissance joue un rôle central dans la motivation des soignants. Cette observation trouve un écho profond dans la théorie de l'autodétermination, où le besoin de reconnaissance est ancré dans le désir fondamental de se sentir valorisé et apprécié pour ses contributions. À travers leurs réponses, 52% des participants ont exprimé que la reconnaissance est un vecteur majeur de motivation dans leur travail. La participation à la démarche qualité peut justement être source de valorisation *"[La certification de l'établissement], c'est très valorisant ! ça a été applaudi. "* (Puéricultrice, Interview 6); *"Je pense que quand on donne de la qualité, quand on donne le meilleur de soi-même, on en tire de la satisfaction personnelle. Il faut que tu sois fier du travail rendu. C'est comme cela que je vois la qualité[...] il faut les féliciter. Quand on voit*

une salle de soins propre et bien organisée, ça donne envie." (Cadre supérieure, Interview 2)

Comme notre revue de littérature l'a souligné, dans le monde de la santé la motivation intrinsèque pousse les professionnels à réaliser la prestation de soins pour des priorités personnelles basées sur un sentiment lié à la morale, au sens de leur travail, à l'épanouissement, à l'autonomie et aux relations avec les usagers (Folbre et Smith, 2023) plutôt que pour des récompenses extrinsèques. C'est d'ailleurs ce que soulignent les résultats de notre questionnaire quantitatif. Bien que 18% des participants aient mentionné les reconnaissances financières comme un moteur de motivation, cette dimension est moins prédominante par rapport à la reconnaissance non-financière (reconnaissance du travail réalisé, l'autonomie et le développement des compétences). Cela rejoint donc la compréhension théorique que les récompenses financières peuvent fournir une motivation extrinsèque à court terme, mais ne sont pas aussi durables ni puissantes que les facteurs intrinsèques tels que la reconnaissance et le développement de compétences.

Dans cette partie du développement, nous avons étudié les interactions entre la motivation autonome et la mise en œuvre de la démarche qualité. Nous avons pu constater que la démarche qualité peut permettre aux soignants de satisfaire leurs besoins psychologiques et nourrir leur motivation intrinsèque dans la réalisation de leur travail mais également que cette motivation autonome peut les pousser à s'impliquer à long terme dans la démarche qualité. Ainsi plus qu'une relation de cause à effet, la connexion de ces deux thématiques peut créer un système où les conséquences bénéfiques d'un processus deviennent à leur tour les causes de ce même processus. Dans la suite de notre analyse, nous nous intéresserons au rôle du manager dans le lancement et le maintien de ce véritable cercle vertueux.

2.2 L'implication des professionnels dans la démarche qualité, le rôle clé du manager

Dans le cadre du management de la qualité, le manager va devoir guider les professionnels dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins afin de satisfaire les usagers. Nous verrons au travers du développement qui suit que cette position de leader implique de diriger les professionnels en prenant des décisions qui visent à solutionner les problèmes faisant obstacle à la bonne marche du processus, protéger son organisation de mauvaises évaluations en accompagnant au mieux les soignant dans la réussite de ces challenges, clarifier le rôle de chaque professionnel de sorte chacun ait conscience de sa responsabilité et sa plus-value dans la dynamique d'amélioration de la qualité des soins, les encourager à prendre des initiatives et à mener à bien les missions en lien avec la démarche qualité, être attentif au climat social, notamment en termes de conflits qui nuisent à la cohésion d'équipe et rejaillissent sur la qualité des prestations délivrées.

Pour se faire, les managers doivent chercher à mettre en avant une approche du soin en lien avec l'idéologie qui entoure la démarche qualité (2.2.1), à communiquer et manager les professionnels en gardant toujours en tête l'objectif d'amélioration de la qualité (2.2.2) et à être présent sur le terrain pour un accompagnement efficace (2.2.3). Le but est que le manager mobilise et maintienne l'implication des professionnels dans la démarche qualité en créant un environnement favorable à l'existence du cercle vertueux que nous avons découvert dans la partie précédente.

2.2.1 Le partage de la "passion patient" au profit de la théorie de l'autodétermination

Pour manager des soignants, il est nécessaire d'exercer une profession paramédicale pendant plusieurs années puis de faire l'école des cadres ou bien d'exercer ce poste en tant que "faisant fonction". Cette règle apporte plusieurs avantages. Premièrement, cela offre une possibilité pour le soignant d'évoluer tout en continuant d'exercer sa passion étant donné qu'il ne s'agit pas d'une profession purement administrative "[le soin], c'est mon coeur de métier" (Cadre, interview 1) ;

"j'ai toujours vécu pour cette vocation. " (Cadre supérieure, interview 2). Deuxièmement, cela garantit que le manager connaît les rouages du métier *"Camille sait ce qu'est un ergothérapeute donc elle sait quand est ce qu'on la trompe ou pas"* (Ergothérapeute, interview 4) ainsi que les difficultés du terrain *"j'essaye de les comprendre [...], j'étais à leur place.* (Cadre, interview 1)

Par ailleurs ce statut offre la possibilité pour le passionné de soin d'influencer les futures générations de soignants *"j'ai toujours été passionnée par ce que je faisais et j'ai voulu transmettre"* (Cadre supérieure, interview 2). Les managers ont un rôle clef dans la formation continue des professionnels et doivent avoir conscience de leur responsabilité, notamment vis-à-vis de la diffusion des enjeux de la démarche qualité aux équipes *"Il ne faut pas oublier qu'on peut être patient nous aussi demain. Moi, j'aimerais bien être bien prise en charge et avoir des soins de qualité, avec des gens agréables et qualifiés* (Cadre, interview 1).

Avant de leur proposer de mettre en œuvre la démarche qualité, ce qui nous l'avons vu permettra de nourrir leur motivation autonome et d'enclencher un cercle vertueux, il convient de leur faire comprendre que de part leur métier, ils sont d'office concernés par cette dynamique et qu'ils ont tout intérêt à y participer. En effet, le terme "vocation" revient souvent lorsqu'il est question des professions de soignant. En dehors de la pénibilité de leur métier, c'est la dimension altruiste et surtout l'importance de la bienveillance dans leur travail qui est mise en exergue. Veiller à offrir des prestations de qualité pour soigner au mieux les usagers doit donc être au cœur de leurs préoccupations. Le manager doit faire vivre cette idée *"On peut être tout le temps dans cette démarche mais ça repose sur les efforts du cadre de proximité. Quand tu vois un professionnel qui est dans la chambre et qui n'écoute pas le patient, qu'il a des oreillettes pendant qu'il fait la toilette d'un patient, c'est de la maltraitance, on n'est plus dans l'empathie, les gestes sont automatiques, mécaniques. "* (Cadre supérieure, interview 2).

Dès lors, pousser les professionnels à participer à la démarche qualité apparaît comme un devoir du manager non seulement vis-à-vis des soignants qu'il forme mais aussi par rapport aux patients." *Mon leitmotiv c'est qu'il faut faire de la qualité car on le doit au patient et un jour nous aussi on aura besoin de soin.[...] Comme on dit, « le client est roi » dans les magasins et bien, à l'hôpital « le patient est roi »,*

c'est pareil. " (Cadre, interview 1) ; "[La qualité,] c'est primordial. Je fais directement le lien avec la qualité de vie du patient. La qualité, c'est assurer la sécurité et le bien-être des patients. C'est faire de ton mieux pour eux." (Cadre supérieure, interview 2).

Cet objectif doit être poursuivi malgré les difficultés que connaît actuellement le milieu paramédical. Selon notre étude quantitative, près de 57% des soignants interrogés considèrent les problèmes liés aux ressources humaines comme étant un obstacle majeur à leur implication dans la démarche qualité. *"Après, la difficulté, c'est que on va devoir faire avec le personnel qu'on a or si on continue comme ça, on n'aura plus que des vacataires ou des intérimaires. Le principe c'est que tout le monde soit amené à avancer ensemble. Si t'es dans un établissement avec trop de vacataires, ça c'est sûr que ce n'est pas possible." (Cadre, Interview 7).*

Cette évolution sociétale nuit à l'émergence d'une culture qualité. Les managers doivent donc redoubler d'effort pour ancrer les bonnes pratiques et faire en sorte de soutenir une dynamique continue d'amélioration de la qualité des soins. Pour se faire, ils doivent chercher à mobiliser les soignants au-delà des événements ponctuels telle que la procédure de certification *"Voilà donc après, c'est à moi de le maintenir ça [...] on ne lâche pas, on continue maintenant que les experts sont partis, je ne veux pas revoir de bazar dans les couloirs, je veux pas revoir de tiroir ouvert, je veux que les chariots de distribution de médicaments restent comme ils sont parce que c'est très bien ». Enfin voilà, on ne l'a pas fait pour eux, ce n'est pas pour 6 personnes qu'on a fait tout ça. On l'a fait pour nos patients." (Cadre, interview 1)*

Il faut éviter que ces évaluations n'aient qu'un effet d'annonce et que cela conduise à stagner dans le processus d'amélioration de la qualité voir à régresser en faisant perdre de vue l'objectif de progrès continu, interrompant alors notre dynamique vertueuse *"C'est une démarche qui va au-delà de la certification et je pense que c'est quelque chose sur lequel il faut s'appuyer pour avancer.[...]J'ai dit qu'il faut qu'on maintienne cette culture pour ne pas se retrouver face aux mêmes problématiques dans 4 ans. [...]Dès lundi matin, quand je suis arrivée, j'ai refait le tour de toutes mes unités et j'ai dit « je vous préviens, on ne laisse pas redescendre le soufflé. Là, vous avez fait de la qualité, on n'a pas fait ça pour les experts. On a fait ça pour nos*

patients donc on continue la qualité ». Elles ont dit « mais non, ne t'inquiètes pas, on a bien compris. On continue comme ça, on ne laisse pas tomber ». (Cadre, interview 1) ; "On doit continuer nos efforts pour faire mieux pour nos patientes et leur bébé." (Puéricultrice, Interview 6).

Néanmoins, mettre en avant les enjeux de la démarche au-delà de ces événements phares semble être un véritable défi pour ces cadres *"En fait, depuis la visite de certification. On reprend les mauvaises habitudes. Les gens n'ont pas compris que ce n'est pas pour la certification. Que c'est pour tout le temps. C'est comme ça qu'il faut qu'on travaille* (Cadre supérieure, interview 2). Il semblerait que les soignants soient tentés de s'éloigner de la démarche qualité juste après ces échéances et ne plus chercher à satisfaire leurs besoins en termes de compétence, d'autonomie et de lien social en faisant appel aux outils et méthodes du management de la qualité car ils auraient l'impression d'avoir déjà atteint le but ultime de la démarche. Or, comme nous l'avons vu, la réussite d'une évaluation n'est pas une fin en soi. La démarche qualité va bien plus loin et suppose une progression permanente. C'est au manager de faire vivre la théorie de l'autodétermination au-delà de ces épisodes.

Face à cette problématique, les managers cherchent à s'appuyer sur toute l'aide disponible en dehors de leur service pour continuer à diffuser les enjeux de la démarche qualité, telle que la direction qualité *"[L'attachée de direction qualité] est arrivée en renfort"* (Cadre, Interview 3) et les commissions spécialisées *"il faut s'aider les uns les autres et s'appuyer sur les commissions comme le CLIAS [...], il faut se servir de [ces atouts] pour sensibiliser les équipes."* (Cadre, interview 1).

Ils s'inspirent également du management de la qualité pratiqué dans les autres services et qui contribue à l'émergence d'une culture qualité au sein de l'établissement *"Une sage-femme qui arrive en poste, elle ne sera pas sensibilisée à la démarche qualité en sortant de l'école mais si l'établissement est à fond là dedans, là elles le deviennent.[...] il y a une culture qui est liée à l'hôpital dans lequel on travaille, qui est très axé sur un thème de la démarche qualité [...]. Ici, il n'y a pas cette démarche liée à la déclaration d'événement indésirable, c'est vu comme un truc de dénonciation[...]. En revanche, j'ai jamais vu des thermomètres de frigos aussi bien tracés, truc de fou ![...] Chacun a ses points forts. Et puis ça dépend clairement de la*

culture du lieu[...] ça passe par tout le monde en fait." (Sage-femme coordinatrice, Interview 5).

Bien que ces ressources extérieures peuvent s'avérer utiles selon les managers interrogées et doivent être mobilisées lorsque c'est possible, notre étude démontre que l'implication des professionnels dans la démarche qualité repose essentiellement sur une attitude bien précise du manager. Celui-ci doit guider l'équipe afin qu'elle adhère à sa vision et partage sa passion pour la satisfaction des besoins des usagers en s'appuyant sur la théorie de l'autodétermination. Il doit créer un environnement qui favorise l'émergence et la saisie d'opportunités en termes de compétence, d'autonomie et de développement du sentiment d'appartenance sociale par les soignants.

2.2.2 Les trois qualités indispensables au manager pour l'implication des professionnels dans la démarche qualité : leadership, communication claire et adaptabilité

Devenir manager correspond à une importante évolution de carrière. Ce choix intervient à un moment charnière de la vie d'un soignant. *"il faut faire autre chose parce qu'on a fait le tour et qu'on connaît le boulot par coeur"* (Cadre, interview 1) et lui permet de satisfaire son envie de sortir de sa zone de confort *"j'aime apprendre, j'aime me nourrir de choses différentes"* (Cadre, interview 1). Ce changement implique de relever plusieurs défis.

Le premier consiste à endosser sa nouvelle position *"Il y a cette nouvelle place hiérarchique que tu récupères dans un hôpital que tu connais bien, donc ça pose des questions quand même. Tu dis « est-ce que mes collègues vont m'accepter en tant que supérieure hiérarchique?"* (Cadre, interview 1). Devenir manager, ce n'est pas simplement un changement de statut, cela s'accompagne de nouvelles responsabilités. En effet, les professionnels attendent de lui qu'il assume son rôle en étant capable de prendre des décisions pour le bien de l'ensemble du service *"Il faut savoir décider des choses parce que le manager qui décide de rien, c'est l'horreur."* (Sage-femme coordinatrice, interview 5) ; *"Un comportement de chef, chez les*

soignants, c'est quelque chose qui se respecte d'une certaine manière. Donc même si elle embête tout le monde avec ses idées, eh bien, à la fin, on a quand même un meneur" (Ergothérapeute, interview 4).

Ces décisions doivent notamment servir à mobiliser et motiver les professionnels de sorte qu'ils participent à la dynamique d'amélioration continue. Pour cela, il faut prendre en compte leurs besoins de compétence, d'autonomie et de lien social dans sa gestion *"Je pense qu'il faut construire ensemble et c'est à moi de guider"* (Cadre, interview 1). Cependant, en pratique cela ne semble pas simple. Malgré la bonne volonté du manager, ce dernier peut ne pas parvenir à emmener son équipe. *"Des capacités de leadership [pour] savoir amener les équipes. [...], je pense qu'il y a des gens qui, de toute façon, ont ça en eux. Après, je pense que ça ne suffit pas. D'accord, tu peux avoir des capacités de leadership, mais ce n'est pas pour autant que tu vas pouvoir emmener toute une équipe. Je pense qu'il faut d'autres compétences en plus."* (Cadre, interview 7).

Cette affirmation a été confirmée par le discours du soignant suivant : *"Un moment, on a eu une cadre sup avec qui ça ne s'est pas très bien passé parce qu'elle est arrivée avec cette connaissance de la qualité. Et elle n'a pas réussi à transmettre aux soignants. Et on a eu une très grosse réunion où elle est venue nous annoncer plein de choses et en fait, elle s'est juste confrontée à un mur et ça a été horrible.[...]J'étais un peu sceptique quand même. J'étais hostile. Dans ma tête, je me suis dit "qu'elle aille se faire voir". Si c'est Camille qui me le dit en revanche, on gagne six mois à un an de blocage. Camille est là et me fait faire des trucs que je n'ai pas du tout envie de faire. Mais vraiment pas du tout envie [...]"* (Ergothérapeute, interview 4).

Nous nous sommes alors demandés ce qui dans l'attitude des deux managers précités a conduit à créer ces situations si opposées? Concrètement, hormis le leadership, quelle attitude doit adopter un manager pour favoriser l'implication des soignants dans la démarche qualité? Nous avons discerné deux autres qualités essentielles : des compétences en termes de communication et une capacité à adapter son style de management en fonction des situations rencontrées.

Un bon leader parvient à créer un environnement positif, stimulant et motivant pour les équipes de sorte qu'elles aient envie de participer à la démarche qualité *"Il faut allier jovialité et bon travail"* (Cadre, interview 1). Pour cela, la diffusion des enjeux de la démarche doit se faire par un discours positif *"Il faut entraîner les autres avec soi, les pousser à la curiosité, à l'envie. [...] On ne peut pas être garant de la qualité des soins car ce n'est pas nous qui faisons les soins. En tant que cadres, pour autant, il faut vraiment promouvoir la qualité, discuter avec les équipes, proposer des choses."*(Cadre, interview 1).

Cette communication doit aussi être claire quant aux résultats et efforts attendus de la part des équipes *"Je suis quelqu'un de plutôt transparent [...] Oui, la communication est la clef de tout ce que j'arrive à mettre en place"* (Cadre, interview 1) ; *"Si tu n'as pas les épaules solides pour dire « bon, là ça ne va pas », impossible d'améliorer la qualité dans ton service. [...] Je veux être à la hauteur. Je n'aime pas les échecs. [...] du coup, je ferais toujours tout pour que tout le monde soit prêt pour la certification. Il s'agit de mon équipe. Je veux que tout le monde puisse être dans la même dynamique de réussite. "* (Cadre supérieure, interview 2).

Cependant, encore faut-il que les termes employés soient compris de tous. En effet, l'usage de termes techniques, éloignés de leur vocabulaire peut être déstabilisant pour les soignants et les dissuader de s'intéresser à la démarche *"le jargon de la qualité, il y a des termes tellement compliqués qu'on se perd un peu. Il y a des mots clés à connaître. Parfois on dirait qu'on ne parle pas le même langage. Qu'on est pas dans le même monde, [...] c'est frustrant "*. (Puéricultrice, Interview 6).

C'est au manager de s'assurer de la disparition de cette barrière de la langue *"ça c'est difficile parce que [la démarche qualité] n'est pas encore ancré dans nos pratiques, dans les pratiques des soignants donc il faut réussir à amener ça auprès des équipes pour que les équipes s'en inspirent et s'en saisissent. [...] Avec la qualité, on rajoute un langage donc ce n'est pas simple, mais je pense que ça vient petit à petit. [En effet], du pur qualité, c'est pas accessible donc je pense que ce qui est important c'est d'avoir quelqu'un qui est capable de faire la traduction entre langage qualité et le langage soignant et j'espère que j'arriverai à amener ça".* (Cadre, Interview 7) ; *[Le manager] sait trouver les mots aussi pour nous guider*

parce qu'elle [...] fait cette traduction du jargon de la qualité envers nous. [...] Camille vient nous chercher" (Ergothérapeute, Interview 4).

Cette tâche implique que le manager face une veille afin d'être à jour concernant la démarche qualité au niveau national et l'enrichissement de son vocabulaire . *"Moi, ce que je veux, c'est qu'on me donne les évolutions du manuel de certification. [...] C'est qu'on soit au courant tout le temps"* (Cadre, interview 3).

Par ailleurs, notre étude quantitative nous montre que le style de management utilisé par les gestionnaires (direction et cadres) est perçu à 36% comme étant l'un des principaux obstacles à l'implication du personnel dans la démarche qualité. Ce chiffre met en lumière l'importance d'une adéquation entre les méthodes de gestion du manager et les attentes des collaborateurs pour la réussite du processus.

Il ne faut pas confondre leadership et style de management. Le premier consiste simplement à conduire les professionnelles vers des buts à atteindre. Le second est une méthode pour y parvenir. Il existe quatre styles de management que le gestionnaire peut mobiliser : directif, participatif, délégitif et persuasif. D'après les entretiens réalisés, chaque manager semble avoir une méthode de prédilection sans pour autant exclure les autres d'office.

Concernant le management directif, il s'agit d'un style qui repose sur une gestion autoritaire pour atteindre les objectifs de manière efficace et rapide. *"À un moment donné, on est obligé d'être directif pour imposer une discipline."*(Cadre supérieure, interview 2) ; *Moi, j'ai souvent le souci de me dire je ne suis pas du tout un tyran mais ça peut servir."* (Sage-femme coordinatrice, interview 5). Cependant bien que cela peut s'avérer utile et rassurant, au long terme et utilisé de manière exclusive par le manager, cela peut priver les professionnels d'autonomie en les désincitant à faire preuve d'initiative et à étendre leur champ de compétence, ainsi que nuire au climat social, ce qui est contraire au principe de la théorie de l'autodétermination *"La cheffe de pôle était extrêmement investie et stressée à vouloir tout contrôler[...] Elle nous a fait une jaunisse. [...] J'ai trouvé ça particulier. Ça n'est pas logique surtout que le travail avait été fait. On n'a pas trop compris pourquoi."*(Sage-femme coordinatrice,

interview 5). Pour éviter ce phénomène, le manager doit combiner ce mode de gestion avec d'autres tel que le management participatif.

Il s'agit d'un style de management qui repose sur l'implication de l'ensemble des professionnels dans la vie de l'organisation. *"C'est important de faire appel à tout le monde et je le fais."* (Cadre supérieure, interview 2) ; *"Je pense qu'il faut construire ensemble et c'est à moi de guider"* (Cadre, interview 1). Le management de la qualité offre une multitude d'occasions d'ouvrir le dialogue et de travailler avec tous les professionnels ce qui fait appel à leur autonomie et renforce leurs compétences et les liens sociaux (CREX, RMM, audit croisé...) *"moi, je suis toujours pour le participatif. Je trouve que faire participer les agents au changement de pratiques, c'est bien parce que ça leur permet de s'approprier les choses"*. (Sage-femme coordinatrice, Interview 5)."

Le management délégatif qui consiste à laisser de la latitude aux professionnels pour atteindre les objectifs fixés est le style de management avec lequel les managers semblent le moins à l'aise. *"Le délégatif, ça c'est peut-être le plus difficile. Je suis dans le contrôle. En fait, je le fais mais tout en supervisant, voilà ce que je fais. Pas parce que je ne fais pas confiance, mais parce que je suis dans le contrôle. Je supervise"* (Cadre supérieure, interview 2). Pourtant ce mode de gestion favorise l'autonomie du professionnel et peut permettre au manager d'optimiser son temps et son énergie. *"Là j'apprends justement à déléguer et à repérer dans mon équipe les gens qui sont capables de faire les choses, à me dire « ça n'ira pas forcément plus vite si c'est toi qui le fais ». Voilà, il faut faire en sorte que ce soit tes agents qui fassent les choses"* (Cadre, interview 7).

Enfin, il y a le management persuasif qui consiste à influencer et à chercher à convaincre les professionnels plutôt qu'à imposer *"Je le fais aussi, c'est un peu de la manipulation et c'est parfois utile pour convaincre. J'ai toujours tendance à vouloir arriver à mes fins, je veux atteindre mes objectifs à tout prix. Je vais toujours trouver un moyen de vous expliquer des choses pour vous faire adhérer à ce que je souhaite"* (Cadre supérieure, interview 2). Le terme péjoratif de "manipulation" ne résume pas à lui seul ce mode de gestion qui promeut en réalité l'autonomie et le lien social. En effet, ce dernier repose sur la recherche de l'adhésion pleine et entière

du professionnel grâce à une écoute attentive et un discours convaincant. Il offre la possibilité au professionnel d'exposer son avis et encourage le dialogue : *“Je n’ai pas l'impression d’être quelqu’un d’hyper directive, j’ai l'impression d’arriver à mes fins sans donner des ordres stricts mais en les convaincant d’avancer avec moi. C’est-à-dire que j’arrive, j’explique vers où on va, ce que je souhaiterais. J’attends d’eux qu’ils me disent aussi ce qu’ils en pensent et qu’ils me donnent des idées et on progresse comme ça en fait”* (Cadre, interview 7).

Concernant le style de management, nous retenons qu’il n’y en a pas un à mobiliser en toute situation. Un bon leader va être plus ou moins directif, persuasif, participatif ou délégatif en fonction des situations qui se présentent à lui de sorte de favoriser l’implication des professionnels dans la démarche qualité. *“Disons que je suis dans le style de management... « je fais ce que je peux »[...] je fais comme ça vient ”* (Cadre, interview 7).

Faire en sorte que son leadership soit apprécié et compris des équipes, communiquer efficacement autour des enjeux de la qualité, faire preuve de flexibilité en adaptant dans sa manière de manager au besoin des soignants est essentiel dans la mise en œuvre et le succès de la démarche qualité. Cependant d’après les entretiens que nous avons menés, relever tous ces défis sans être à proximité des soignants pourrait être assimilé à une conduite à l’aveugle.

2.2.3 Un management proche du terrain favorisant l’application des principes de l’autodétermination dans le cadre de la démarche qualité

D’après les entretiens semi-directifs, le management de proximité ressort comme un facteur clé pour favoriser la démarche qualité. Nous verrons qu’il permet une meilleure compréhension des enjeux et cohésion d’équipe. De plus, cela offre la possibilité pour le manager de repérer et faire face aux obstacles présents sur le terrain qui entravent le processus d’amélioration continue.

Le succès de la démarche qualité implique le maintien et le progrès d'un degré d'exigence. Nous avons vu qu'une communication claire et positive était indispensable pour que les professionnels en aient connaissance. La présence du manager sur le terrain va permettre de vérifier que les pratiques coïncident à ces attentes, de repérer et limiter l'émergence et l'entérinement des mauvaises pratiques de sorte que les soignants améliorent leur compétence *"Il faut être actif sur le terrain [...]. C'est compliqué, parce qu'on a beaucoup de travail à côté lié à l'organisation administrative mais il faut quand même être sur le terrain parce que sinon ça part à volo, c'est sûr"*. (Cadre, Interview 1). Ce mode de gestion permet en effet de multiplier les occasions de sensibiliser les professionnels sur ces questions. *"Moi je sais que je profitais des temps de pause, où elles prennent leur petit déj pour discuter un peu avec elles, pour leur dire "si vous avez un moment ou si vous ne savez pas quoi faire, lisez le classeur qualité, interrogez vous entre vous". Ces moments de détente pour le personnel, de discussions informelles, ça permet aussi de faire passer un peu des messages."* (Sage-femme coordinatrice, Interview 5)

Par ailleurs, cette présence a un impact positif pour le besoin psychologique relatif à l'appartenance sociale. En effet, le manager va pouvoir soutenir les membres de son équipe et nouer des liens avec eux individuellement *"Il faut considérer chacun, privilégier les rapports individuels et ça simplifie les rapports."*(Cadre, Interview 1) ainsi que collectivement, ce qui est primordial en situation de stress comme c'est souvent le cas durant les procédures d'évaluations externes de la qualité *"Ce sont des gens extérieurs qui viennent tous les quatre ans regarder comment on fonctionne [pour] dire « non mais comment ça ? Vous faites comme ça? Mais c'est pas possible! Vous pouvez faire comme ça plutôt [...] la certif, c'est une remise en cause de leur fonctionnement [...] Moi, j'ai une infirmière qui est partie en retraite. Elle a dit « je pars au premier avril parce que je ne veux pas revivre une certification ».* (Cadre, Interview 7) ; *[Les experts-visiteurs] sont parfois très pointilleux, comme s'ils cherchent la petite bête, c'est angoissant pour tout le monde* (Puéricultrice, Interview 6).

De plus, c'est un excellent moyen de récolter des informations quant aux irritants du quotidien qui nuisent à la cohésion d'équipe et par incidence à la qualité des soins *"C'était vraiment le bazar! Les postes de soins, c'étaient n'importe quoi, les réserves*

étaient rangées n'importe comment, il n'y avait plus d'organisation et plus d'investissement des gens. En fait, c'était parce qu'ils ne se sentaient chez eux nulle part, parce qu'ils tournaient tout le temps.[...] Et du coup, j'ai demandé à l'époque à la directrice des soins d'arrêter [ce mode fonctionnement] et de sectoriser [...]. Pour essayer de retrouver un rythme de travail, une cohésion, une organisation et que chacun se sente chez soi, j'ai changé les choses. [...] Effectivement, il n'y a pas photo ! C'est beaucoup mieux, elles sont chacune à leur étage et elles s'entraident les unes les autres quand elles en ont besoin." (Cadre, Interview 1)

Par ailleurs, le management de proximité dans le cadre de la démarche qualité permet de juger du niveau de sensibilisation et d'adhésion des soignants à la dynamique. Ce dernier est très variable, certains professionnels ont une véritable appétence pour la matière *"[Il y a des] collègues qui sont en recherche de cette qualité. C'est comme une validation pour elles "* (Puéricultrice, Interview 6); *"J'ai toujours été engagée, en tant que cadre comme infirmière, dans cette démarche d'amélioration continue."* (Cadre supérieure, Interview 2) et d'autres font preuve d'une grande réticence *"[les audits,] les soignants n'aiment pas de base trop faire ça -et j'en fais partie- [...] c'est juste une façon de plus de venir les emmerder."* (Ergothérapeute, Interview 4).

Ce désamour est souvent lié au sentiment que le management de la qualité ne prend pas en compte les difficultés que connaissent les professionnels sur le terrain *"[Certains soignants] arrivent à la conclusion qu'on n'a pas le temps, on est en sous-effectif, [...]et ont des discussions un peu surréalistes du style "ouais la certification, ça fait chier". Et non, ça ce n'est pas entendable parce que tu sais, on peut abattre beaucoup de travail mais si on le fait n'importe comment, ça n'est pas bien et clairement, on sera délétère par la suite. Donc s'il y a une vraie culture qualité à mettre en place, qui effectivement n'est pas la priorité numéro un des hôpitaux, ça c'est sûr, mais ça doit faire partie au moins du trio" (Sage-femme coordinatrice, Interview 5) ou remet en cause la qualité de leur travail "Il y a vraiment des supers réfractaires du genre ce qu'on dit c'est la merde, ça ne sert à rien, j'en veux pas. Il y a toujours beaucoup de : "on a toujours fait comme ça". Et donc la remise en question est assez difficile.[...] Donc il faut très adroitement arriver à faire passer le message. [Qu'il] y a une autre manière de faire qui peut être aussi bien voire peut*

être mieux, mais [que] ça ne veut pas pour autant dire que la méthode d'avant n'était pas bonne" (Sage-femme coordinatrice, Interview 5). C'est au manager de faire preuve d'habileté pour les convaincre de donner une chance au processus et de lever ces obstacles grâce à un management de proximité *"la seule chose que tu puisses faire vraiment pour débloquer cette résistance au changement, c'est d'être sur le terrain.[...]Tu laisses un peu mûrir le sujet [...]tu les fais participer"* (Cadre, Interview 3).

Ce type de management est effectivement très aidant dans la mesure où il est propice à une meilleure connaissance des agents et facilite donc le manager dans la détermination d'une stratégie visant à motiver chaque professionnel à participer à la démarche qualité. Grâce à la théorie de l'autodétermination, il peut repérer parmi les professionnels ceux dont les trois besoins psychologiques ne sont pas comblés et leur proposer des missions en lien avec la démarche pour les satisfaire. *"Il y avait deux aides-soignants que j'avais repérées parce qu'ils râlaient du fait que le patient n'était pas content, parce qu'un collègue avait fait pas comme-ci et l'autre comme-ça. Donc, je me suis dit « lui tiens, je vais le mettre référent à satisfaction"* (Cadre, Interview 1).

La bonne solution n'est pas forcément évidente à trouver. *"Au début, je me disais "ce n'est peut-être pas la bonne solution mais j'essaye et si ça ne marche pas, je chercherai autre chose »* (Cadre, Interview 1) néanmoins lorsque c'est le cas, cette stratégie peut s'avérer payante et booster les professionnels à prendre part activement à la démarche. *Finalement, ça marche très bien et elles me le font savoir."* (Cadre, Interview 1); *"J'ai vu la résistance au changement en endoscopie mais j'ai réussi à les entraîner. Donc maintenant, ça y est elles veulent encore plus progresser. "* (Cadre, Interview 3)

En conclusion, nos résultats quantitatifs et qualitatifs soulignent la pertinence des besoins fondamentaux de la théorie de l'autodétermination dans le contexte d'une démarche qualité. Les actions visant à renforcer le sentiment de compétence, à favoriser l'autonomie et à cultiver des relations sociales positives peuvent jouer un

rôle crucial dans la motivation intrinsèque des soignants à s'engager dans la démarche qualité. Les gestionnaires et décideurs doivent tenir compte de ces besoins pour concevoir des stratégies de management adaptées, créant ainsi un environnement propice à l'engagement et à la motivation durable des soignants dans la quête de l'excellence des soins.

L'analyse des résultats de nos études qualitatives et quantitatives, nous a permis de repérer les forces ainsi que les faiblesses de nos établissements en matière de démarche qualité en confrontant les résultats aux fondements théoriques exposés dans notre revue de littérature. Dans le développement qui suit, nous déterminerons des pistes d'amélioration afin qu'ils progressent.

Partie 3 : Recommandations managériales

Dans cette dernière partie de notre étude, nous exposerons des préconisations en lien avec la théorie de l'autodétermination et le management de la qualité pour les structures dans lesquelles nous travaillons. Pour autant, ces recommandations peuvent être appliquées dans toutes les organisations de santé désireuses d'implémenter la démarche qualité (1) et de maintenir la dynamique d'amélioration continue (2).

1. L'initiation de la démarche qualité au regard de la théorie de l'autodétermination, focus sur l'EHPAD Notre Dame Du Bon Accueil

À travers la synthèse harmonieuse de preuves qualitatives, quantitatives et théoriques que nous avons récoltées, nous proposons des stratégies pratiques, ancrées dans la réalité, pour renforcer la motivation intrinsèque des soignants et insuffler une culture de l'amélioration continue au sein de l'Ehpad Notre Dame du Bon Accueil.

Tout d'abord l'engagement envers la démarche qualité et la création d'une nouvelle culture au sein de l'établissement requièrent une compréhension partagée des objectifs définis conjointement, ainsi qu'une adhésion à l'évolution continue de ces objectifs. Ce processus représente une transformation profonde de la culture des établissements médico-sociaux. Dans ce contexte, il est important de noter que le personnel des EHPAD dispose d'un niveau de qualification relativement modeste et évolue dans un environnement professionnel encore peu familier avec les outils de qualité et les principes de gestion. Pour ancrer solidement une démarche qualité au sein de ces structures, il est impératif de maintenir une communication constante avec les parties prenantes, dans le but de réduire autant que possible la résistance naturelle aux changements. En effet, comme nous l'avons vu, la démarche qualité peut susciter des appréhensions et engendrer des inquiétudes liées à la modification des méthodes de travail habituelles. Cette inquiétude peut se traduire parfois par une

résistance au projet qualité. Nos préconisations ont vocation à aider le manager à faire face à ces nombreux obstacles et s'axe sur les trois besoins psychologiques définis dans la théorie de l'autodétermination, le besoin de compétence (1.1), d'autonomie (1.2) et d'appartenance sociale (1.3)

1.1 Nourrir le besoin de compétence et le développement professionnel

Suite à notre analyse quantitative réalisée au sein de l'EHPAD, il ressort que le besoin de compétence parmi les soignants semble être globalement satisfait. Cette constatation suggère que les professionnels possèdent un niveau élevé de confiance en leurs compétences et se sentent à l'aise dans l'exécution de leurs tâches. Cependant, bien que ce besoin semble être en grande partie comblé, il est crucial de continuer à renforcer les compétences individuelles pour garantir un niveau de qualité optimal dans les soins prodigués aux résidents. Voici les recommandations que nous émettons.

Afin de cultiver davantage les talents des soignants et de favoriser leur engagement intrinsèque, il est recommandé d'offrir des opportunités de développement qui sont en adéquation avec les compétences et les intérêts personnels de chaque professionnel. Les managers ont ici un rôle essentiel à jouer en encourageant les soignants à identifier leurs domaines de prédilection, qu'il s'agisse d'esthétique, de jardinage, de décoration ou d'autres compétences en lien avec leur mission (gestion des risques, dénutrition etc...).

Par la suite, des projets sur mesure peuvent être conçus pour permettre aux soignants d'appliquer leurs compétences dans le cadre de la démarche qualité. Par exemple, un soignant doté de compétences en décoration pourrait être sollicité pour contribuer à la création d'un environnement apaisant pour les résidents, tout en respectant rigoureusement les normes de sécurité et de qualité en vigueur.

Reconnaissant les contraintes du secteur de la santé actuel, il est primordial d'effectuer des choix stratégiques en ce qui concerne les projets de développement des compétences. Grâce à un management de proximité, les managers pourront

collaborer étroitement avec les soignants pour identifier les projets ayant un impact potentiel significatif sur la qualité des soins, tout en tenant compte des ressources disponibles. La flexibilité se révèle être une composante essentielle de cette approche. Si les effectifs et les moyens sont limités, les projets peuvent être ajustés pour être plus ciblés et réalisables. Cela permettra aux soignants d'apprendre et de progresser dans leurs compétences au fil du temps, en évitant toute surcharge ou frustration.

Pour mettre en œuvre les recommandations visant à valoriser les talents individuels et à prioriser les projets de développement des compétences tout en maintenant un dialogue continu, les managers de l'EHPAD peuvent adopter plusieurs approches proactives :

- Créer un environnement ouvert de communication en encourageant une culture de communication ouverte et transparente au sein de l'équipe et en organisant régulièrement des réunions informelles, des discussions en groupe ou des sessions de brainstorming où les soignants peuvent partager leurs idées, compétences et intérêts.
- Au lieu de se limiter aux entretiens annuels, établir des entretiens plus informels et fréquents avec les soignants pour discuter de leurs besoins en développement professionnel, de leurs compétences et de leurs intérêts. Profiter de ces occasions pour identifier les domaines dans lesquels ils souhaitent se perfectionner et comment leurs compétences pourraient être mises à profit dans la démarche qualité.
- Inciter les soignants à prendre l'initiative en identifiant eux-mêmes des projets qui pourraient bénéficier de leurs compétences et de leurs talents est également une bonne piste proactive. Leur offrir un espace pour proposer des idées novatrices serait intéressant tout comme les encourager à réfléchir à la manière dont ils pourraient contribuer positivement à l'amélioration continue de la qualité des soins.

En intégrant ces recommandations, axées sur la valorisation des talents individuels et la priorisation des projets avec souplesse, les managers peuvent créer un environnement propice à la motivation intrinsèque des soignants dans le cadre de la démarche qualité de l'EHPAD. En continuant à renforcer les compétences des soignants et en permettant leur implication dans des projets qui leur tiennent à cœur, l'EHPAD peut non seulement garantir une amélioration continue de la qualité des soins, mais aussi favoriser un sentiment d'accomplissement personnel et professionnel parmi les membres de l'équipe soignante.

1.2 Instaurer une culture de valorisation de l'autonomie

Pour instaurer une culture de valorisation de l'autonomie au sein de la démarche qualité dans un établissement n'ayant pas encore initié de politique et démarche qualité, il est primordial de mettre en place des pratiques managériales appropriées. Tout d'abord, il nous semble essentiel de clarifier les objectifs de la démarche qualité de manière à ce que les professionnels comprennent les raisons et les avantages de leur engagement, en évitant de la réduire à un simple moyen d'atteindre l'évaluation. Pour ce faire, il est recommandé de faire appel à un cabinet extérieur spécialisé dans la qualité pour former les managers à l'initiation et à la gestion de la démarche qualité auprès des professionnels de santé. Ces formations nous semblent essentielles pour fournir une perspective neutre et des connaissances spécialisées, aidant ainsi les managers à communiquer efficacement et à guider les équipes. L'ensemble des personnels de l'établissement doit être sensibilisé à la démarche qualité en EHPAD afin de pouvoir comprendre les objectifs et leur rôle dans cette réflexion.

En outre, afin de promouvoir une déviance positive face aux exigences organisationnelles et encourager l'autonomie des soignants, il convient de valoriser les solutions sur mesure et la prise d'initiative. Cependant, il est important de noter que la pleine autonomie ne peut toujours être accordée en raison des contraintes organisationnelles. Dans de tels cas, les managers peuvent adopter des stratégies de soutien à l'autonomie en consultant directement les employés concernés par les décisions prises et en adoptant une approche moins normative dans la répartition

des tâches. Fournir des explications justifiant les décisions prises en optant pour un style de management plus persuasif peut également contribuer à renforcer la confiance des soignants dans leur implication et leur contribution à la démarche qualité.

La création de groupes de travail en lien avec les sept thématiques du manuel qualité de l'HAS constitue pour nous une recommandation essentielle et stratégique pour promouvoir l'autonomie des soignants et favoriser leur engagement dans la démarche qualité au sein de l'EHPAD. Ces groupes de travail offrent un cadre structuré où les soignants peuvent collaborer, échanger des idées et contribuer activement à l'amélioration continue des pratiques et des services. Chaque thématique du manuel qualité représente un aspect important de la prise en charge des résidents et de la qualité des soins : bientraitance et éthique, droit de la personne accompagnée, expression et participation de la personne accompagnée, co construction et personnalisation du projet d'accompagnement, accompagnement à l'autonomie, accompagnement à la santé, continuité et fluidité des parcours.

La création de ces groupes de travail permet aux soignants de mettre en commun leurs connaissances, leurs expériences et leurs idées pour aborder ces différentes thématiques de manière holistique. Les managers jouent un rôle crucial en facilitant ces groupes, en fournissant les ressources nécessaires et en encourageant la participation active de tous les membres de l'équipe. Cette approche favorise un sentiment d'appartenance et d'autonomie parmi les soignants, car ils ont la possibilité de contribuer directement à l'élaboration de stratégies d'amélioration et de solutions adaptées à leur contexte spécifique.

En impliquant les soignants dans la co-construction de ces groupes de travail et en valorisant leurs contributions, les managers renforcent leur sentiment de responsabilité et d'implication dans la démarche qualité. Les membres de l'équipe se sentent reconnus pour leur expertise et leur capacité à influencer positivement les pratiques et les services au sein de l'EHPAD. Cette approche renforce également la culture d'apprentissage et de développement au sein de l'établissement, favorisant ainsi la croissance professionnelle et le sentiment de compétence des soignants.

1.3 Répondre au besoin de reconnaissance et d'appartenance sociale pour motiver les soignants

Les résultats de notre analyse quantitative au sein de l'EHPAD Notre Dame du Bon Accueil montrent que les soignants éprouvent un réel besoin de reconnaissance pour leur travail, mais également un besoin d'appartenance sociale au sein de leur équipe et de la structure. Pour maximiser leur motivation et leur engagement dans la démarche qualité, il est essentiel d'intégrer ces besoins fondamentaux dans les pratiques de gestion. Deux approches clés peuvent être mises en œuvre pour répondre simultanément à ces besoins : la consultation active des résidents et de leurs familles, ainsi que la création d'un Mur de la Gloire.

La consultation active des résidents et de leurs familles sert non seulement à améliorer la qualité des soins, mais répond également aux besoins de reconnaissance et d'appartenance sociale des soignants. Encourager les managers à passer du temps dans les chambres des résidents pour recueillir leurs avis sur la prise en charge de la semaine montre aux soignants que leur travail est valorisé et considéré comme essentiel pour le bien-être des résidents. En impliquant activement les résidents dans le processus de qualité et en leur donnant l'opportunité de partager leurs retours d'expérience et leurs suggestions, les soignants sont amenés à ressentir une connexion plus profonde avec les résidents et leur famille, renforçant ainsi leur sentiment d'appartenance sociale au sein de la communauté de soins.

Grâce à tous les retours récoltés par l'équipe encadrante, nous préconisons la création d'un "Mur de la Gloire". Cela consisterait à faire parler les murs en choisissant un mur/un tableau à la vue de tous (familles, salariés, résidents) et en y inscrivant sous formes de photos et de commentaires les feedback positifs relatant du travail réalisé par les soignants : implication dans de nouveaux projets, nouvelle formation réalisée, bons retours faits par une famille... Cela peut permettre de répondre aux besoins de reconnaissance et d'appartenance sociale des soignants. L'intérêt de cet espace visuel ne se limite pas à la reconnaissance individuelle, il renforce également le sentiment d'appartenance à une équipe qui partage des valeurs et des objectifs communs. En célébrant les succès collectifs et en créant une

vitrine pour les réalisations de l'équipe, le "Mur de la Gloire" contribue à renforcer le lien social entre les soignants et renforce leur sentiment d'appartenance au sein de la structure.

En intégrant ces approches dans la démarche qualité, les managers créent un environnement où les besoins fondamentaux de reconnaissance et d'appartenance sociale sont comblés. Cela renforce non seulement la motivation des soignants, mais contribue également à cultiver une culture de respect, de partage et de collaboration au sein de l'équipe. En fin de compte, en reconnaissant publiquement les contributions des soignants et en favorisant leur sentiment d'appartenance, la démarche qualité devient non seulement une quête d'excellence des soins, mais aussi un catalyseur de relations positives et d'engagement au sein de la communauté de soins.

Poursuivons notre étude en nous intéressant maintenant aux structures où cette initiation à la démarche qualité a déjà eu lieu. Dans ce cas de figure également, les managers ont un travail important à mener pour maintenir et accroître l'implication des professionnels dans la démarche qualité et soutenir ainsi le cercle vertueux qui motive toujours plus les professionnels à participer à cette dynamique d'amélioration continue.

2. Le maintien d'une dynamique de progrès par l'application de la théorie de l'autodétermination, focus sur le Centre Hospitalier des Rives de Seine

Le Centre Hospitalier des Rives de Seine se trouve dans une phase délicate de la démarche qualité. En effet, cela fait bientôt quatre mois que la visite de certification est passée. L'ensemble des professionnels n'a jamais été plus au fait des enjeux associés et l'établissement a réussi avec succès l'évaluation en étant certifié avec un score de 91% de conformité par rapport aux attendus du référentiel HAS.

Après cet événement qui a nécessité beaucoup de travail et suscité pas mal de stress chez tous les professionnels, la gouvernance ainsi que les managers ont choisi de ralentir le rythme afin de permettre aux professionnels de se remettre, le processus d'amélioration de la qualité n'apparaissant plus comme la priorité.

Bien que cette décision soit compréhensible, elle nous semble dangereuse et contraire aux réels objectifs de la démarche qualité. En effet, le principe du management de la qualité est de mener une quête ininterrompue de progrès en termes de qualité des soins. Cela suppose une vision à long terme qui va au-delà des procédures d'évaluation ainsi que des efforts continus. Cette pause ne doit donc pas s'étendre dans la durée et les résultats obtenus ne doivent pas conduire à de l'immobilisme.

Afin d'éviter cette issue, nous pensons qu'il faut redynamiser la démarche en menant des projets en lien avec la théorie de l'autodétermination de sorte que la motivation dont les professionnels ont fait preuve pour la réussite de la certification soit maintenue sans avoir cette échéance en vue. Ainsi, comme pour l'EHPAD Notre Dame du Bon Accueil, nous décrirons des pistes d'amélioration pour cette structure au regard des trois besoins psychologiques suivants : le besoin de compétence (2.1), d'autonomie (2.2) et d'appartenance sociale (2.3).

2.1 Quelques pistes managériales pour cultiver la compétence

Les entretiens semi-directifs ont mis en lumière l'hétérogénéité de la maîtrise des outils du management de la qualité et des connaissances générales liés à la démarche tant entre managers, qu'entre soignants. Pour faire en sorte que ces professionnels gagnent en compétence et s'emparent tous non pas superficiellement mais réellement de ces éléments nécessaires à la mise en œuvre du processus d'amélioration continu, nous préconisons trois actions.

Premièrement, il convient de maintenir les supports d'informations réalisés en préparation de la visite de certification dénommée Flash qualité. Ce type de format axé sur un point clef de la démarche qualité est apprécié par tous car facile et rapide à lire. La périodicité peut être variable néanmoins nous préconisons la diffusion de minimum un flash qualité par trimestre. La régularité est favorable à la création et au développement d'une culture qualité.

Par ailleurs, il nous paraît également essentiel que la cellule qualité continue d'intervenir sur le terrain, directement au côté du manager afin d'apporter un soutien méthodologique par rapport aux outils et méthodes du management de la qualité, et ce jusqu'à ce que les gestionnaires de proximités soient autonomes.

Enfin, nous recommandons de réaliser des formations rapides sur le terrain. Il s'agirait d'une nouveauté au Centre Hospitalier des Rives de Seine qui apportera du dynamisme et montrera le passage d'un nouveau cap dans la démarche qualité. Ces formations d'une durée allant de 15 à 30 minutes pourraient être réalisées dans tous les services et le thème retenu serait défini en fonction des méconnaissances et points de fragilité repérés chez les soignant par le manager sur le terrain.

2.2 Recommandations pratiques pour encourager l'autonomie

Nous avons remarqué la présence de “réfèrent satisfaction” ou “réfèrent qualité” dans certains services et nous pensons qu’il s’agit d’un excellent moyen pour le professionnel de gagner en autonomie. Nous préconisons de généraliser cette pratique à tous les services. Les managers pourront faire appel au volontariat ou proposer cette évolution aux professionnels qui semblaient particulièrement insatisfaits par leur degré d’autonomie. Le but est de redonner du sens à leur travail et de les encourager à sortir de leur routine avec cette nouvelle mission vectrice d’autonomie. Ce poste ne doit pas se limiter à un intitulé mais permettre aux soignants désignés de travailler sur des avancées concrètes qui permettent d’améliorer la prise en charge des usagers.

Pour accompagner le soignant dans cette nouvelle mission, le manager devra poser un cadre initial afin de les guider dans leur prise de fonction et pourra peu à peu s’effacer de sorte que les professionnels s’organisent de manière autonome pour remplir cette tâche. In fine, ils n’auront plus besoin de l’apport du cadre en termes d’organisation et lui présenteront directement les résultats de leur enquête de satisfaction avec les pistes d’amélioration auxquelles ils ont pensé.

En plus du de ce dialogue avec leur manager, les référents de chaque service pourraient être invités à tour de rôle au bureau qualité mensuel qui regroupent la gouvernance, un représentant des usagers, la cellule qualité et exceptionnellement leur cadre de proximité afin de présenter les évolutions accomplies et à venir grâce à leur action. Il s’agit d’un moyen de valoriser leur travail et de montrer que le manager a eu raison de leur offrir plus d’autonomie.

2.3 Promouvoir le lien social et le sentiment d'appartenance

La certification a profondément soudé les professionnels, nous souhaitons créer deux autres occasions pour eux de nouer des liens avec les professionnels travaillant au sein du même service mais aussi dans des services différents.

Premièrement, nous avons imaginé la création d'un concours annuel axé sur la démarche qualité. A partir des remarques et souhaits exprimés par les patients et leur famille sur le terrain tout au long de l'année, les professionnels de trois services tirés au sort auront quelques mois pour imaginer une solution qui permette d'accroître la satisfaction des usagers. Le but est de pousser l'ensemble des professionnels à être toujours plus attentifs aux besoins des patients et visiteurs et d'encourager les débats au sein de chaque service. Le projet serait présenté en fin d'année dans le cadre de la "Cérémonie de l'innovation des Rives de Seine" où tous les soignants pourront se rendre (comme ce fut le cas pour la prise de connaissance des résultats de certification) et un jury composé de la gouvernance choisirait parmi eux, le projet qui sera mis en œuvre dans l'année qui suit. Un moment de convivialité s'en suivra.

Afin de valoriser également le travail réalisé par les deux équipes perdantes, leur idée fera l'objet d'un article dans le journal interne.

L'année suivante, les trois services précédemment sélectionnés ne pourront pas être participants afin que tous les services soient mis à l'honneur. Nous pensons que ce n'est pas un problème étant donné que ce concours est un prétexte pour que les soignants s'imprègnent davantage des principes du management de la qualité. Qu'ils comprennent qu'ils sont les mieux placés pour repérer les sources d'insatisfactions des usagers et proposer des solutions pertinentes. L'ambition derrière ce projet est donc que les professionnels soient tellement conscients de la nécessité de mener une démarche qualité et de leur plus-value dans le processus d'amélioration continue que cela les motive intrinsèquement à s'impliquer dans cette dynamique et cela malgré l'absence de concours.

Notre dernière préconisation consiste à créer des groupes de travail non pas liés à un type de prise en charge mais à un parcours patient. Prenons l'exemple de la

femme venant accoucher au Centre Hospitalier des Rives de Seine et passant par les urgences, la maternité et le service de néonatalogie, en plus du service d'admission et de facturation. Au cours de toutes ses étapes, la parturiente va rencontrer tous types de professionnels dont des soignants travaillant dans différents services. L'idée est que le groupe de travail soit composé d'un ou plusieurs représentants de chaque métier et services et qu'ils cherchent des solutions pour fluidifier davantage le parcours de la patiente en se coordonnant. Ils devront partager leur expérience et leur opinion puis se mettre d'accord sur les changements à adopter. Une fois le parcours et les indicateurs définis, une phase de test pourra débuter. Elle devra être suffisamment longue pour vérifier l'efficacité du nouveau parcours. En fonction des résultats, des corrections éventuelles seront réalisées avant adoption et diffusion de la nouvelle procédure diffusée.

En plus d'être en phase avec les valeurs des soignants, l'amélioration de la satisfaction des usagers étant au cœur du projet, la mise en œuvre de la démarche qualité sous cette forme peut contribuer à combler leur besoin d'autonomie et développer leur sentiment d'appartenance.

Conclusion

Cette étude nous a permis de mettre en lumière le rôle majeur du manager dans la mise en œuvre de la démarche qualité dans les organisations de santé. En tant que pivot central, le manager doit agir comme un catalyseur de changement en favorisant un environnement propice à l'innovation et à l'amélioration perpétuelle des pratiques conformément aux exigences de la Puissance publique.

Pour se faire, il doit gérer son équipe en utilisant les outils et méthodes du management de la qualité. Ce type de gestion repose sur une implication forte et continue des professionnels dans la quête de la satisfaction des exigences des usagers. Pour qu'ils y participent activement, le manager doit mobiliser leur motivation intrinsèque en orientant son management autour de la théorie de l'autodétermination.

Notre étude a démontré qu'en investissant dans le développement des compétences dans le cadre de la démarche qualité, en leur offrant une certaine liberté et de la considération pour leur contribution dans ce processus d'amélioration et en développant une culture d'apprentissage continue à tous les niveaux de l'institution, les soignants peuvent atteindre un niveau épanouissement inédit. Cette motivation autonome née de la satisfaction des trois besoins psychologiques de l'individu relatifs à la compétence, l'autonomie et la connexion sociale peut être mise à profit par le manager pour ancrer encore davantage la démarche qualité dans son service : c'est un cercle vertueux.

En pratique, pour créer et maintenir ce dernier, le manager devra constamment chercher à sensibiliser son équipe sur cette question et convaincre chaque professionnel que son implication dans la démarche est porteuse de sens, qu'elle constitue un devoir vis-à-vis des patients et résidents. Grâce à des compétences de leadership et de communication ainsi qu'un style de management flexible et proche du terrain, le manager va pouvoir guider, responsabiliser et valoriser les soignants dans leur engagement envers l'excellence des soins.

Nous avons exploré en profondeur les mécanismes de motivation autonome au sein de la démarche qualité dans les organisations de santé. Par ailleurs, il est important

de souligner les limites de notre étude. Premièrement, notre recherche repose sur une approche qualitative et quantitative limitée à un échantillon spécifique de soignants d'EHPAD et de centre hospitalier, ce qui peut restreindre la généralisation de nos résultats à d'autres contextes. De plus, la mise en œuvre des recommandations proposées peut varier en fonction des contraintes propres à chaque établissement. En outre, bien que la théorie de l'autodétermination nous soit apparue comme l'angle d'approche le plus pertinent, elle ne prend pas en compte certains facteurs organisationnels et externes qui pourraient également influencer la motivation des soignants. Enfin, le suivi à long terme de l'efficacité de nos recommandations pourrait nécessiter des investigations futures pour évaluer leur impact sur le terrain.

D'autre part, nous avons porté une attention particulière à la motivation des soignants au sein des établissements de santé engagés dans la démarche qualité, en explorant comment l'application des principes de la théorie de l'autodétermination pouvait stimuler et maintenir leur engagement intrinsèque. Cependant, il est important de reconnaître que la question de la motivation dans les organisations de santé ne se limite pas uniquement à ce type de professionnel, mais s'étend également à la gouvernance et aux managers. Ces derniers sont souvent en première ligne pour mettre en œuvre les pratiques favorisant l'implication des soignants et la qualité des soins. Ils sont également confrontés aux défis liés à la gestion des ressources et à l'adaptation aux changements organisationnels.

Il est donc important de noter que la question de la motivation des cadres et des managers reste un domaine de recherche en évolution. Bien que notre étude n'ait pas approfondi cet aspect, il existe des travaux et des recherches en cours qui explorent davantage les mécanismes et les stratégies pour maintenir et renforcer la motivation de ces acteurs clés dans le contexte de la démarche qualité.

Bibliographie

- Algan, Y., & Cohen, D. (2021). Les Français au temps du Covid-19 : économie et société face au risque sanitaire. Notes du conseil d'analyse économique, 2021(6), 1-12.
- Antoine, S. F. E. (2012). La santé est un devoir régalien de l'État, pas un pouvoir. *Les tribunes de la santé*, 2011(4), 99-103.
- Baard, P., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). Intrinsic need satisfaction: A motivational basis of performance and well-being in two work settings. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(10), 2045-2068.
- Bélanger, P. R. (1988). Santé et services sociaux au Québec : un système en otage ou en crise ? De l'analyse stratégique aux modes de régulation. *Revue internationale d'action communautaire*, 29, 93-114.
- Benchehida, S. (2020). *Le management de la qualité en santé, la norme ISO 9001 pour les établissements de santé-Mise en concordance avec les exigences de la Haute Autorité de santé*. Editions AFNOR.
- Benjamin, B. (2020). *Lettre au Ministre des Solidarités et de la Santé*. Ministère des Solidarités et de la Santé.
- Berenson, R. A., & Rice, T. (2015). Beyond measurement and reward: Methods of motivating quality improvement and accountability. *Health Services Research*, 50(6), 2155-2186.
- Bras, P. L. (2019). L'Ondam et la situation des hôpitaux publics depuis 2009. *Les Tribunes de la santé*, 2019(1), 109-117.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985a). The General Causality Orientations Scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19(2), 109-134.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985b). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York, É.-U. : Prenum Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008b). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185.
- Deci, E. L., Olafsen, A. H., Ryan, R. M. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of a science, *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4(1), 19-43.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1024–1037.

Deci, E. L., Koestner, R., & Ryan, R. M. (1999). Une revue méta-analytique des expériences examinant les effets des récompenses extrinsèques sur la motivation intrinsèque. *Psychological Bulletin*, 125(6), 627-668.

Dautreppe, C., & Telion, C. (2021). Développer une culture qualité au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) du SAMU de Paris. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 33(4), 179-183.

Fryer, K. J., Antony, J., & Douglas, A. (2007). Critical success factors of continuous improvement in the public sector: A literature review and some key findings. *The TQM Magazine*, 19(5), 497-517.

Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331–362.

Glattleider, D. L. (2014). Une société sans risque. *Humanisme*, 2014(3), 59-66.

Grant, A. M. (2007). Relational job design and the motivation to make a prosocial difference. *Academy of Management Review*, 32(2), 393–417.

Hollnagel, E., Wears, R. L., & Braithwaite, J. (2015). From Safety-I to Safety-II: A White Paper. Denmark: *Resilient Health Care Net*.

Kim, W., Kolb, J. A., & Kim, T. (2013). The relationship between work engagement and performance: A review of empirical literature and a proposed research agenda. *Human Resource Development Review*, 12(3), 248–276.

Lahrech, A. (2017). Vers une approche globale de management de la qualité dans les services. *Revue Économie, Gestion et Société*, 2017(3), 141-154.

Larson, E., Sharma, J., Bohren, M. A., & Tunçalp, Ö. (2019). When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bull World Health Organ*, 97(8), 563-569.

Magali Robelet, (2001). La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité. *Sciences Sociales et Santé*, 19(2), 73-98.

MINVIELLE, E., & POUVOURVILLE, G. D. (2001). La mesure de la qualité des soins: un défi et un enjeu de santé publique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 49(2), 113-116.

Oguer (2020). Biens méritoires et nudges dans le domaine de la santé publique. *Revue d'économie politique*, 130(5), 799-821.

Parker, S. K. (2014). Beyond motivation: Job and work design for development, health, ambidexterity, and more. *Annual Review of Psychology*, 65(1), 661–691.

Pelletier, L. G., & Vallerand, R. J. (1993). Une perspective humaniste de la motivation : les théories de la compétence et de l'autodétermination. In E. Thill & R. J. Vallerand, Introduction à la psychologie de la motivation (pp. 234-281). Laval: Éd. Études vivantes.

Prakash, B. (2010). Patient satisfaction. *Journal of cutaneous and aesthetic surgery*, 3(3), 151.

Robelet, M. (2001). La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité. *Sciences Sociales et Santé*, 19(2), 73-98.

ROUGON-MOTTE, V., LAMBERT, R., CALLENS, E., et al. (2016). Analyse des barrières de prévention par une approche systémique des risques par le modèle de James Reason sur base de la cartographie des processus. *Cancer/Radiothérapie*, 20(6-7), 750.

Rotenstein, L. S., Huckman, R. S., & Wagle, N. W. (2017). Making patients and doctors happier - the potential of patient reported outcomes. *New England Journal of Medicine*, 377(14), 1309-1312.

Ruževičius, J. (2013). Changements de paradigme du management de la qualité. *International Business: Innovations, Psychology, Economics*, 4(1), 33–44.

Sebai, J. (2015). L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ? *Santé Publique*, 27(3), 395-403.

SFEIR, A. (2012). La santé est un devoir régalien de l'État, pas un pouvoir. *Les tribunes de la santé*, 33, 99-103.

TIMSIT, J. (2021). Covid-19 : 72% des Français pour la vaccination obligatoire des soignants. *Le Figaro*.

Trépanier, S. G., Fernet, C., & Austin, S. (2013). Workplace bullying and psychological health at work: The mediating role of satisfaction of needs for autonomy, competence and relatedness. *Work Stress*, 27(2), 123-140.

Trougakos, J. P., Hideg, I., Cheng, B. H., & Beal, D. J. (2014). Lunch breaks unpacked: The role of autonomy as a moderator of recovery during lunch. *Academy of Management Journal*, 57(2), 405-421.

Van den Broeck, A., Ferris, D. L., Chang, C. H., & Rosen, C. C. (2016). A review of self-determination theory's basic psychological needs at work. *Journal of Management*, 42, 1195–1229.

Veenstra, G. L., Dabekaussen, K. F. A. A., Molleman, E., Heineman, E., & Welker, G. A. (2022). Health care professionals' motivation, their behaviors, and the quality of hospital care: A mixed-methods systematic review. *Health Care Management Review*, 47(2), 155-167.

WECKERT, Elina et BERTILLOT, Hugo. ? La régulation de la qualité dans le secteur de la santé?. *Quaderni*, 2014, vol. 85, p. 39-52.

Woolf, S. H., Aron, L. Y., Dubay, L., Simon, S. M., Zimmerman, E., & Luk, K. (2015). How are income and wealth linked to health and longevity? Urban Institute.

Annexes

Annexe 1 : Interview de Données anonymisées pour mise en ligne cadre des unités de gériatrie aiguë (UGA) et de psychogériatrie, anciennement IDE

- **Est-ce que tu peux te présenter ?**
- Alors, Données anonymisées pour mise en ligne J'ai été infirmière pendant plus de 10 ans avant de devenir faisant fonction cadre pour l'unité de gériatrie aiguë et de psychogériatrie. Voilà comment j'en suis arrivée là.
- **D'accord. Qu'est-ce qui t'a donné envie de devenir manager ?**
- Alors très honnêtement, l'hôpital de jour ça faisait maintenant 7 ans que j'y étais et je le connaissais très bien, j'aimais beaucoup m'en occuper. Je pense que c'est les autres en fait, les collègues, qui m'ont convaincu que j'avais les capacités de le faire parce que bon, moi, j'avais un peu fait le tour de l'hôpital de jour et je me disais : « qu'est-ce que je vais faire après ? ». C'est un peu la question existentielle de tout le monde. Je suis quelqu'un qui aime bien apprendre, j'aime me nourrir de choses différentes. J'ai toujours voulu faire évoluer mes pratiques en tant qu'infirmière et j'ai fait des DU douleur et d'hypnose médicale. Voilà j'ai besoin de ça en fait. Je suis très fidèle à l'endroit où je suis, je suis très loyal et je me donne toujours à fond. Pour autant, il y a un moment où on se dit qu'il faut faire autre chose parce qu'on a fait le tour et qu'on connaît le boulot par cœur. Je savais ce que je ne voulais pas faire mais je ne savais pas ce que je voulais faire. C'est vrai que j'y ai pensé, le seul problème c'est que ma question c'était « est-ce que je suis prête à ne plus prendre en soin les patients ? ». Ça c'était mon gros problème parce que c'est mon cœur de métier et du coup je ne savais pas trop si j'étais prête à lâcher ça. Du coup, j'en ai beaucoup parlé avec la cadre supérieure, j'en ai parlé avec l'ancienne directrice des soins. Je ne savais pas, je leur demandais « mais quand est-ce qu'on sait qu'on est prêt ? » et donc tout le monde m'a dit « mais Données anonymisées tu es prête c'est juste que tu le sais pas ! ». Moi, je ne me rendais pas compte que on me disait que l'hôpital de jour, en fait, c'était moi qui le faisais tourner parce qu'il n'y avait plus de cadre et moi c'était mon quotidien donc je ne me rendais pas compte. La directrice des soins m'a dit «

mais si données anonymisées vous le faites déjà en fait ! C'est juste que vous ne vous en rendez pas compte ». A l'époque, j'avais encore la coordination, c'est un peu l'entre deux c'est-à-dire que je faisais encore des soins auprès des patients et en même temps je coordonnais l'hôpital de jour avec le réseau extérieur, les médecins de ville donc j'avais déjà ce côté organisationnel/animation d'équipe, et en fait je ne m'en rendais pas compte donc ce sont les gens qui me l'ont fait remarquer. Je ne savais pas si j'avais les épaules pour le faire.

- **Moi, qui t'ai connue uniquement en tant que cadre, ça me paraît évident pourtant. Enfin, j'ai l'impression que c'est dans ta façon d'être. Tu cherches toujours à améliorer les choses, quand tu parles enfin les gens t'écoutent.**
- Je ne me rends pas bien compte en fait, on a besoin de me le dire pour que je le voie. Ce n'est pas mon cœur de métier, j'ai été infirmière pendant 20 ans et je ne me suis pas rendue compte de ces capacités managériales après. J'ai véritablement changé de métier et ça c'est quand même un cap. De te dire que tu as exercé un métier pendant 20 ans et là tu changes, tu te remets en question. Tu dis « mais est-ce que vraiment j'en suis capable ? », « j'ai des compétences, j'ai des capacités mais est-ce que c'est suffisamment ? ». Et puis il y a cette nouvelle place hiérarchique que tu récupères dans un hôpital que tu connais bien, donc ça pose des questions quand même. Tu dis « est-ce que mes collègues vont m'accepter en tant que supérieure hiérarchique ? ». Faut dire les vrais termes. Mais je trouve que ça a été bien accueilli. Avec du recul, je pense que tu as raison. Je pense que ma façon d'être doit aider à ça. J'aime beaucoup parler avec les gens, j'aime bien comprendre les gens. En fait, l'empathie que je mettais auprès de mes patients au quotidien, ben je l'ai transféré auprès de mes équipes ! En fait, je pense qu'il faut trouver un équilibre entre l'organisation, la coordination, l'animation d'équipes etc.
- **Je vois, c'est la transition parfaite pour la prochaine question. Selon toi, quelles sont les trois qualités essentielles pour être un bon manager ?**
- Ah bah effectivement, j'ai fait une belle transition... Les 3 qualités qu'il faut... Je dirai d'abord, l'humanité. Ce n'est quand même pas évident de manager de l'humain, il faut quand même s'en rendre compte. Il faut être à l'écoute des gens,

parce que très souvent c'est ce qu'on oublie. Mais ça je le sais parce que j'étais à leur place il y a un an. Bien souvent, on a des problématiques et souvent les décisions sont prises d'en haut sans savoir comment ça se passe en bas. Ça c'est quelque chose sur lequel je m'appuie beaucoup. C'est-à-dire que je ne suis pas dans la verticalité descendante, moi je suis plus sur le côté horizontal c'est à dire que je pense que les solutions - et d'ailleurs les professionnels avec qui je travaille me le prouvent tous les jours- les solutions viennent bien souvent d'en bas. Ça marche beaucoup mieux quand on part du bas plutôt que quand ça vient du haut. Je ne sais pas si c'est clair ce que je veux dire. Voilà donc je pense qu'il faut être à l'écoute de son équipe. Il faut apprendre à les connaître individuellement pour essayer de capter un petit peu leur essence. Ce qui les intéresse, quelle appétence particulière ils ont pour leur métier. Je pense qu'il faut se servir de chaque atout de chacun pour essayer de faire un bon collectif. Je pense qu'il faut construire ensemble et c'est à moi de guider. Je pense qu'il faut vraiment se servir du vivier qu'on a comme professionnel parce qu'ils ont tous des intelligences différentes et je pense qu'il faut d'abord écouter ça. Ça je pense que c'est la première qualité... Alors après, je ne fais pas d'ordre. Je pense aussi qu'il faut avoir un certain leadership parce qu'il faut être capable d'impulser quelque chose. Il faut entraîner les autres avec soi, les pousser à la curiosité, à l'envie. Sinon, on tombe dans une routine surtout quand on est dans le service depuis longtemps. Donc il faut être un manager qui impulse une dynamique et qui ne laisse pas cette routine s'installer. Il faut travailler pour ne pas se retrouver dans un cercle plan-plan de « on fait comme ça parce qu'on a toujours fait comme ça ». Il faut donner envie aux gens de faire pas forcément plus mais faire mieux et pourquoi pas des choses nouvelles. Voilà il faut s'intéresser aux choses un peu novatrices et je pense que le bureau qualité nous y aide. Enfin tous les réseaux autour de nos unités nous aident à évoluer.

- Que penses-tu de la qualité ?

- Je pense que bien sûr qu'il faut en faire. C'est indispensable même. Mon leitmotiv c'est qu'il faut faire de la qualité car on le doit au patient et un jour nous aussi on aura besoin de soin. La qualité des soins, c'est hyper important parce que sans rigueur ça ne peut pas fonctionner donc il faut que chacun soit rigoureux et ça je

pense que c'est à nous, les manager de le promouvoir le plus possible. J'ai une conviction certaine, c'est qu'il faut de la qualité dans les soins et dans les pratiques. Il faut une certaine rigueur et je pense que c'est au cadre d'insuffler ça. Il faut que les gens aient envie d'en faire et s'ils n'ont pas envie, il faut les convaincre. Ça c'est une certitude. Je pense qu'il faut être présent, être encadrant. Vraiment, au sens propre du terme. Je pense aussi qu'il faut s'aider les uns les autres et s'appuyer sur les commissions comme le CLIAS. Quand on a un médecin qui est référent en infectiologie, il faut se servir de cet atout pour sensibiliser les équipes. On ne peut pas être garant de la qualité des soins car ce n'est pas nous qui faisons les soins en tant que cadres, pour autant il faut vraiment promouvoir la qualité, discuter avec les équipes, proposer des choses. Tu vois, par exemple, j'avais proposé de faire des cours aux infirmières sur les bonnes pratiques. Alors ça pourrait très bien s'appliquer aux aides-soignantes mais pour les ASH, pour le coup, j'ai moins de compétences et je pense que la gouvernante est mieux placée que moi. Le but était de faire des remises à niveau théorique, parce que parfois on oublie ou les règles ont changé. Il y a beaucoup d'évolution par exemple au niveau pharmaceutique ou au niveau du matériel donc il faut se mettre à jour régulièrement. Donc, moi j'avais proposé de faire des cours et les médecins par exemple, le docteur [REDACTED] était d'accord. Un jour, on a fait un cours sur l'insuffisance cardiaque aux infirmières. On avait aussi organisé ça avec [REDACTED] le pharmacien sur les médicaments à risque et bonnes pratiques. C'est une démarche qui va au-delà de la certification et je pense que c'est quelque chose sur lequel il faut s'appuyer pour avancer. Pour autant quand on parle de qualité de soins je pense qu'il faut aussi parler de qualité de vie au travail parce que ça c'est une de mes convictions premières. Je pense que si les équipes se sentent bien sur leur lieu de travail, forcément il y a un impact sur la qualité des soins. Ça j'en suis convaincue parce que quand on se sent bien dans son travail toutes les choses sont réglées, organisées. La QVT ça permet d'avoir une bonne cohésion d'équipe, de se faire confiance, de se sentir bien et forcément d'être plus aptes à prendre soin de l'autre, à dispenser des soins de qualité. Ça vraiment j'en suis sûre et certaine, je pense que quand on n'est pas bien dans son travail, quand on n'arrive pas à travailler avec son équipe, quand on ne s'entend pas alors on n'est pas organisé et ça peut nous faire commettre des erreurs. On se dit « je ne le fais pas, je m'en fiche ce sera celle de demain qui le fera » et forcément ça tire vers le bas ce genre de pensée. Du coup, ça c'est vraiment une de mes convictions donc je

fais tout pour que mes équipes se sentent bien, qu'on discute des problématiques, qu'on règle ensemble les problèmes. J'en suis encore plus convaincue aujourd'hui parce que j'ai vu la différence entre avant que j'arrive et maintenant. En fait, quand je suis arrivée en UGA, les filles tournaient sur les 3 étages, elles faisaient un jour en UGA 1, 2 jours en UGA 2, 1 jour en U à 3... et bon elle faisait ça en fait tout le temps, du coup les unités, mais quand je te dis que c'était le bazar : C'était vraiment le bazar ! Les postes de soins c'était n'importe quoi, les réserves étaient rangées n'importe comment, il n'y avait plus d'organisation et plus d'investissement des gens. En fait, c'était parce qu'ils ne se sentaient chez eux nulle part, parce qu'ils tournaient tout le temps. Tu comprends oui ? Et du coup, moi j'ai demandé à l'époque à la directrice des soins d'arrêter ça et de sectoriser, c'est-à-dire que je leur ai laissé le choix, soit elles restaient au 1^{er} étage, soit elles restaient au 3^{ème}, mais elles ne tournaient plus comme ça en permanence. Elles peuvent se rendre service d'un étage à l'autre parce que ça reste la même unité. Pour autant, pour essayer de retrouver un rythme de travail, une cohésion, une organisation et que chacun se sente chez soi, j'ai changé les choses. Je pense que quand on se sent chez soi, on s'applique plus. Effectivement, il n'y a pas photo ! C'est beaucoup mieux, elles sont chacune à leur étage et elles s'entraident les unes les autres quand elles en ont besoin. Vraiment, rien à voir, j'ai récupéré des équipes très fatiguées, les soignants ont quand même été très malmenés par la COVID. Ils ont beaucoup bossé du coup l'ambiance était un peu électrique entre les uns les autres. Dès qu'il y avait une remarque, quelque chose, ils étaient tous à fleur de peau, il y avait des conflits récurrents quand même. Aujourd'hui, on est plus du tout dans ce climat et c'est vraiment chouette. Au début, je me disais « ce n'est peut-être pas la bonne solution mais j'essaye et si ça ne marche pas, je chercherai autre chose ». Finalement, ça marche très bien et elles me le font savoir. D'ailleurs voilà, elles le disent, elles se sentent bien mieux. Enfin après, tu pourras leur demander à l'occasion mais je pense qu'elle si tu leur demandes elles te diront qu'elles se sentent beaucoup mieux comme ça.

Le fait d'être organisé, même la surcharge de travail est moins compliquée. Tu vois, elles me disent « on a 4 entrées et 4 sorties, mais on s'en fout parce qu'on est organisé donc on sait où on va. On sait comment on fait et qu'on peut compter les unes sur les autres » et ça c'est quelque chose qui existait plus quand je suis arrivée. Je suis très contente d'avoir tenté cette stratégie parce que c'était un test en réalité,

je ne savais pas si ça marcherait mais voilà. Après il faudrait plutôt leur poser la question à elles mais en tout cas moi, de ce que je ressens, je vois qu'elles sont mieux.

- As-tu reçu des formations en lien avec l'amélioration de la qualité des soins ?

- J'ai passé un DU de douleur, c'était en 2014 je crois. J'ai voulu passer ce DU parce que je trouvais qu'on était très mauvais dans la prise en charge de la douleur dans mon unité. Je me suis dit « bon qu'est-ce que je pourrais faire moi pour améliorer la prise en charge de cette douleur ? ». Donc ça va avec la culture qualité. Au début, je me suis dit « non c'est ridicule, je ne peux pas prescrire, ça ne va pas aider ». J'ai continué à réfléchir et je me suis dit que j'allais quand même le faire parce que je n'ai peut-être pas le droit de prescription, mais j'aurais peut-être un moyen de persuasion. Je me suis dit « je serais peut-être plus crédible si j'ai ce diplôme universitaire ». Du coup, ça m'a aidé à l'époque à mettre en place des feuilles de surveillance de douleur. J'avais créé des outils là-dessus du coup ça a été une vraie plus-value pour le patient. Ensuite, j'ai fait un DU d'hypnose médicale. Ça permet de réduire l'anxiété, les troubles du sommeil, la douleur pour les mêmes raisons : améliorer la qualité des soins.

- Tu anticipes mes questions, mais c'est très bien. Sinon, par rapport à la certification, il y a eu des méthodes et outils à assimiler, est-ce que tu t'es senti suffisamment accompagné pour la préparer ?

- Oui, quand même ! Parce que très honnêtement, je ne comprenais rien. Je mélangeais les patients-traceurs, les traceurs-ciblés, les audits système...je ne comprenais rien du tout ! Et un jour, je me souviens, je suis rentrée dans le bureau et je ne sais plus si c'était [données anonymisées pour] ou [données anonymisées pour] et j'ai dit « bon, expliquez-moi parce que je ne comprends rien, je mélange tout. Je n'ai pas compris lequel est le traceur, le patient tout ça, je ne comprends pas ! ». Donc elle m'a tout expliqué et j'ai compris. Ça m'a bien aidé après y a encore du boulot parce qu'il y a des choses que je n'ai pas encore faites. Mais ça y est, on a eu un problème ce week-end et j'ai appelé [données anonymisées pour] et allez c'est parti on va faire un CREX ! Je n'en ai jamais fait mais bon voilà clairement, c'est ce qui nous a été un petit peu souligné pendant la certification.

Je me dis que ce sont des axes qu'il faut travailler donc c'est parti. Donc non franchement, en toute honnêteté, quand j'étais infirmière je ne connaissais pas trop ce qui se passait en dehors de mon unité. Vraiment, pour être honnête, déjà on ne connaît pas vraiment les gens. On dit qu'il y a les gens des bureaux au fond là-bas... et c'est tout ! On ne travaille pas vraiment ensemble, on travaille en parallèle. On ne se croise pas donc je ne me rendais pas vraiment compte de ce qui se passait au-delà de mon univers restreint. C'est la COVID qui m'a beaucoup ouverte aux autres. Alors je ne dis pas que je ne suis pas quelqu'un sociable, pas du tout, mais ce que je veux dire c'est qu'on ne travaille pas ensemble. En fait, on travaille pour la même cause, toutes les directions travaillent pour la même cause, mais en fait ne travaillant pas vraiment ensemble. Enfin, en tant qu'infirmière en tout cas, c'était pas du tout le cas. En fait, la COVID m'a ouvert les portes de la direction des ressources humaines, de la direction des soins, de la direction des ressources matérielles. En fait, c'est vraiment la COVID qui m'a permis de rencontrer des gens supers parce qu'on était tous dans la même galère et qu'on a travaillé collectif. Ça c'était vraiment sympa, voilà. Donc ça, je l'ai découvert à ce moment-là et c'est peut-être ça aussi qui m'a ouvert des portes. Je ne sais pas si j'ai répondu à ta question. Je ne me rappelle plus la question... Ah si et voilà c'est ça ! C'est ça que je voulais dire ! La qualité, en tant qu'infirmière dans une unité, non on n'a pas vraiment de lien avec la qualité. Tu peux faire partie d'un comité si tu veux en tant que référent. Par exemple, moi j'ai été référente EOH, donc j'ai travaillé avec ce qu'on appelait le CLIN. Avant j'étais aussi référente au CLUD. Mais si tu veux la qualité, je n'avais pas vraiment de notion tu vois. Ce ne sont vraiment pas des choses qu'on nous apprend à l'IFSI. Enfin qu'on nous apportait, parce que je pense que ça a changé maintenant. Ou alors c'est parce que je suis cadre maintenant et que du coup j'essaie de faire rentrer à l'intérieur de mes unités cette dimension qualité. En tout cas à mon époque, en 2000, on ne parlait pas du tout de la « démarche qualité ».

- D'accord, du coup le cadre aurait aussi ce rôle-là ? Celui d'impliquer ses équipes dans la démarche qualité ?

- Bien sûr, avec de l'aide. J'ai invité [données anonymisées p] à mon futur CREX parce que je n'en ai jamais fait, je ne sais pas comment il faut faire. Je lui ai demandé de l'aide, j'ai dit « bon voilà, je sais que là il y a eu un presque-accident donc il faut qu'on en fasse

quelque chose ! ». Du coup, on veut se lancer et elle m'a dit « bien sûr, on va organiser ça ! » donc il faut que je fixe la date. Il faut que j'en reparle avec le docteur [Données anonymisées] aujourd'hui d'ailleurs. Mais je vais le faire parce qu'en fait, la qualité ça va avec nos bonnes pratiques. En fait, je pense que c'est mon rôle de la faire rentrer dans les unités, mais avec l'aide de la qualité.

- **D'accord. Notamment avec la certification, tu dirais qu'actuellement dans ton service ils sont quand même plutôt sensibilisés à la qualité et aux enjeux ?**

- Oui clairement. Le jour des résultats, certains m'ont envoyé des SMS. Ils m'ont appelé, se sont tous très impliqués. Franchement, ils m'ont dit que cette fois-ci, ils avaient été beaucoup mieux préparés que les années d'avant. Ça je le confirme parce que, il y a 6 ans, on a passé la dernière certification, moi j'étais infirmière et je n'ai pas du tout été préparée comme ça. On a travaillé tous ensemble. Précédemment, ce n'était pas du tout comme ça. C'est à dire que les experts arrivaient et 2 jours avant, on nous posait une grosse enveloppe en nous disant « voilà lisez ça avant la visite » et donc nous, on se dit « mais on ne va jamais pouvoir apprendre tout ça, ce n'est pas possible ». Enfin tu vois, ce n'était pas une culture qualité en fait. C'était « vite, vite les experts arrivent ! On se met sur notre trente-et-un ! ». C'est un peu ça l'idée, on ne travaillait pas du tout comme on a travaillé là. Et même, les équipes me l'ont dit. Ils m'ont dit « mais nous [Données anonymisées] on se sentait prêt parce que ça fait des mois qu'on travaillait ensemble ». On se sentait prêt voilà. Et pour avoir été de l'autre côté il y a 7 ans, c'est vrai qu'on n'était pas préparé comme ça du tout. On ne faisait pas de flash qualité. Alors je ne dis pas qu'il y avait zéro préparation attention, il y en avait mais pas aussi bien, pas autant et pas sur le long terme. Si tu veux c'était vraiment la veille pour le lendemain. Là c'est autre chose, on a eu les résultats le vendredi soir, moi dès lundi matin, quand je suis arrivée, j'ai refait le tour de toutes mes unités et j'ai dit « je vous préviens, on ne laisse pas descendre le soufflé. Là, vous avez fait de la qualité, on n'a pas fait ça pour les experts. On a fait ça pour nos patients donc on continue la qualité ». Elles ont dit « mais non, ne t'inquiètes pas, on a bien compris. On continue comme ça, on ne laisse pas tomber ». Voilà donc après, c'est à moi de le maintenir ça.

- **Et ça, le maintien de la dynamique, tu le vois comment ?**

- *Un peu comme un défi parce que je me dis qu'on le doit à nos patients en fait. Il ne faut pas oublier qu'on peut être patient nous aussi demain. Moi, j'aimerais bien être bien prise en charge et avoir des soins de qualité, avec des gens agréables et qualifiés. D'ailleurs, j'en parlais à je ne sais plus quelle réunion il y a quelque temps. J'ai dit qu'il faut qu'on maintienne cette culture pour ne pas se retrouver face aux mêmes problématiques dans 4 ans. Il faut vraiment se servir de ce qui nous a été dit, c'est à dire qu'on a quand même bien été récompensé par notre travail. Même si, la réponse n'est pas encore officielle, de ce qu'ils nous ont dit, je pense qu'on a 90% de conformité et du coup, je me dis qu'il faut maintenir ça. Ce que j'ai aimé pendant cette certification, c'est de me dire alors ok ça a été dur, franchement c'est un sacré marathon, ça met une grosse pression en tant que cadre parce que tu te dis que tes équipes vont refléter l'engagement que tu as dans cette unité et l'énergie que tu y mets. Je me dis qu'au travers de ce qu'elles vont présenter, de ce qu'elles vont répondre, ça va forcément refléter mon travail en tant que cadre. Et pas que moi d'ailleurs, parce qu'il y a aussi la qualité, je ne suis pas toute seule à gérer. Mais clairement oui, ton service est à ton image. Je pense que si tu es quelqu'un d'un peu je-m'en-foutiste, un peu bordélique et peu dynamique. Je pense que ça doit se refléter dans tes unités, clairement je vois que ça un peu comme ta marque. Donc c'était important pour moi que tout le travail qu'on avait fait ensemble avec les équipes soit valorisé parce qu'elles ont vraiment beaucoup bossé. Vraiment, elles avaient envie. Quand je rentrais dans mes unités, elles me posaient des questions « c'est quoi IQSS ? ». Tous les jours, quand je rentrais dans l'unité, elle me posait des questions et moi j'ai trouvé ça génial.*

- **Cet intérêt pour la certification, tu penses que c'est lié à la personnalité des personnes ou tous les soignants avaient un petit peu cette curiosité ?**

- *Non, je pense que c'est « personne-dépendant ». Je pense qu'il y a des gens comme dans tout boulot, dans tout service, qui sont plus investis que d'autres. Il y a des gens qui ont envie, des gens qui ont moins envie, voire des gens qui n'ont pas envie du tout. Donc mon rôle, je pense, c'est de donner envie aux gens qui n'ont pas trop envie ou plus envie. Tu vois, ils ont peut-être manqué cette simulation ou ils sont peut-être fatigués ou dans une période compliquée de leur vie aussi. Mais voilà, moi ce que j'ai aimé c'est de montrer ce dont on était capable collectivement, ça j'ai*

trouvé ça génial dans cette certification et je ne l'avais jamais vécu en tant qu'infirmière ou en tant qu'infirmière coordinatrice. Quand je vois ce qu'on a donné, tous à notre niveau, quel que soit le service, quel que soit le pôle, quel que soit la direction, je me dis que quand on est en mode collectif, on fait des trucs super quand même ! C'était le côté sympa de cette certification même si oui ça met une pression et on court partout, on vérifie tout, on essaie de recadrer tout... Enfin c'est sportif quand même ! Moi j'étais crevée, le week-end je me suis endormie habillée sur mon canapé devant ma télé. Je conseille à tout le monde de prendre des vacances parce que ce soit physiquement et surtout mentalement, la pression ça ne s'arrête pas ! Plus ça approche, plus on en parle et on commence à remarquer les tout petits défauts par-ci par-là bon. Et puis, c'était chouette d'avoir été aidé là-dessus parce que quand on est dans une unité de tous les jours, il y a des choses qu'on voit plus et ce travail collectif avec la pharmacie par le biais des audits croisés croisé, le fait qu'on soit les uns chez les autres, j'ai trouvé ça vraiment génial, très aidant

- D'accord, du coup tu m'as dit qu'il y a des référents qualité dans ton service pour aider les personnes âgées à répondre au questionnaire de satisfaction. Cette démarche s'est faite spontanément ?

- Ça rejoint ce que je te disais tout à l'heure. Quand je suis arrivée, j'ai un peu observé chacun pour voir un peu quelle était leur réticence. Il y avait deux aides-soignants que j'avais repérées soit parce qu'ils râlaient du fait que le patient n'était pas content, parce qu'un collègue avait fait pas comme-ci et l'autre comme-ça. Donc, je me suis dit « lui tiens, je vais le mettre référent à satisfaction ». Je pense qu'il faut sortir un petit peu aussi parfois du soin direct, faire autre chose qui du coup se relie aux soins du patient mais d'une autre manière. Il faut parfois sortir de cette routine du travail en 12h qui peut être fatigante psychologiquement. Ils m'ont dit oui tout de suite. J'ai insufflé cette dynamique en disant « écoutez, je vous propose de faire ça mais pas pour rien, on va en tirer des axes d'amélioration ». Finalement comme on dit, « le client est roi » dans les magasins et bien, à l'hôpital « le patient est roi », c'est pareil. S'il n'est pas content de sa prise en charge, c'est qu'il y a quelque chose qu'on n'a pas fait correctement ou en tout cas qu'on pourrait améliorer. La première fois, j'ai choisi la date de recueil et ai demandé qu'ils viennent en civil pour faire le tour des patients. Puis, je leur ai dit que ce serait bien de le faire

au moins une fois par trimestre. Dès la 2ème fois, ils avaient choisi la date entre eux de recueil et pour l'analyse des résultats. La 3ème fois est déjà prévue, ça y est ! Ils se sont lancés tout seul, se sentent autonomes donc ça c'est cool. Et, l'analyse mène à des améliorations concrètes. Il y aura toujours des patients pour se plaindre de la nourriture et on ne peut pas y faire grand-chose. Mais quand on parle d'intimité, de dignité, de douleur, là il y a des choses à faire. Ce sont des axes sur lesquels on peut agir, on peut faire bouger les lignes, donc il faut s'en saisir ! C'est pour ça que j'ai mis ça en place. Et puis pour les professionnels, c'est du challenge. On ne peut pas les récompenser avec plus d'argent mais on peut les aider à valoriser le bon travail qu'ils font.

- Si on revient sur la visite de certification, le jour J, comment toi tu te sentais ?

- Au moment de la visite, je n'étais pas stressée. Je dirais que je me sentais prête. De toute façon, on ne peut pas être plus près que ça ! C'est-à-dire qu'on a tellement bossé, maintenant faut qu'on y aille avec ce qu'on est et ce qu'on a. Et puis, ce n'est pas comme si on allait à un examen et qu'on n'avait rien préparé. On a travaillé ensemble et je me suis dit que si ça ne passait pas, c'est qu'on n'avait pas fait suffisamment. Mais franchement, nous on se sentait prêt. D'ailleurs, je pense que les experts l'ont senti. Ils ont bien dit qu'ils avaient été super bien accueillis, que les gens ne les ont pas fuis, qu'ils étaient dans l'échange voilà. Et je pense que ça a aidé de dire à mes équipes que « certes ça reste une évaluation, mais qu'il ne faut pas le prendre que comme ça. C'est aussi une façon de valoriser tout ce que vous faites au quotidien, c'est une façon de montrer à la HAS toutes les actions que vous faites pour que le patient se sente bien, pour qu'il soit bien soigné ». J'ai dit que « c'est l'occasion ou jamais de prouver et de montrer tout le travail que vous faites et puis on se qu'on fait aujourd'hui tout ce qu'on a mis en place, ce n'est pas que pour les experts ». Tout ce travail, c'est du travail à long terme. Ça je l'ai martelé. Et à la fin, j'ai dit « on ne lâche pas, on continue maintenant que les experts sont partis, je ne veux pas revoir de bazar dans les couloirs, je veux pas revoir de tiroir ouvert, je veux que les chariots de distribution de médicaments restent comme ils sont parce que c'est très bien ». Enfin voilà, on ne l'a pas fait pour eux, ce n'est pas pour 6 personnes qu'on l'a fait tout ça. On l'a fait pour nos patients.

Sinon le jour J, oui il y a quand même une appréhension parce que tu ne sais pas comment vont être les experts, s'ils vont être très durs ou dans la bienveillance, dans l'échange ou dans le jugement. Mais bon, il faut être comme tu es tous les jours et puis montrer ton travail et celui de tes équipes

- Je vois, et toutes ces règles, tu continues à les rappeler aujourd'hui, plusieurs semaines après le départ des experts ?

- Tous les jours, je fais le tour de mes unités et je check que tout est fait correctement. Quand ce n'est pas le cas, je fais en sorte que ce soit corrigé. Il faut être actif sur le terrain. C'est compliqué, parce qu'on a beaucoup de travail à côté lié à l'organisation administrative mais il faut quand même être sur le terrain parce que sinon ça part à volo, c'est sûr.

- Dernière question, quels ont été les retours de tes équipes par rapport à la certification ?

Eh bien, ils m'ont envoyé des messages et même appelé pour me faire part de leur ressenti. Ils étaient contents. Et pour leurs pratiques dans l'avenir, je me montre clair et elles ont bien compris ce que j'attendais. Autant, j'essaie de les comprendre, autant elles doivent comprendre comment je fonctionne. Je suis quelqu'un de plutôt transparent donc quand ça ne va pas, je le dis. Mais quand ça va, je le dis aussi ! Je les encourage beaucoup et je les ai beaucoup remerciés avant, pendant et après la visite. Je les ai remerciés aussi parce que voilà, elles étaient engagées, elles avaient envie de faire bien. Quand il y a cet esprit, cette envie de faire bien, il faut s'en saisir. Je les ai remerciés pour leur engagement, pour leur travail, pour leur flexibilité parce qu'on a changé quand même pas mal de choses. Ça a conduit à de meilleures conditions de travail pour qu'on puisse donner des soins de meilleure qualité, donc le changement c'est toujours compliqué notamment sur le circuit du médicament. On leur a demandé de faire des choses qu'elles ne faisaient pas avant donc je les ai remercié d'avoir été aussi flexibles. Et j'ai été super touchée parce qu'elles m'ont toutes dit que c'est elles qui me remerciaient moi. Pour mon engagement en fait et du fait de rendre ça possible. C'est plutôt gratifiant pour moi. Je me dis qu'avec mes équipes, on se comprend et qu'on construit intelligemment ensemble et ça c'est plutôt chouette. Je suis exigeante avec moi et les autres. J'aime la rigueur mais aussi

le travail d'équipe : il faut allier jovialité et bon travail. Mais pour cela, il faut savoir communiquer, on peut tout dire à tout le monde mais il faut avoir la forme. Il faut considérer chacun, privilégier les rapports individuels et ça simplifie les rapports. Oui, la communication est la clef de tout ce que j'arrive à mettre en place.

Annexe 2 : Interview de Données anonymisées pour mise en ligne cadre supérieur du Pôle Urgence, interventionnel, spécialités médicales et chirurgie, anciennement IDE

- **Peux-tu me présenter ton parcours professionnel ?**
- *J'ai été cadre supérieur de pôle au sein du Centre hospitalier d'Auxerre en 2009 avant de l'être au CHRDS. Je suis issue de la filière infirmière avec un diplôme en Roumanie qui date de 1990. Donc après douze ans d'expérience en Roumanie et je suis arrivée en France où j'ai fait une équivalence. Ensuite j'ai fait l'école des cadres. J'ai poursuivi avec un master 2 en organisation et conduite de changement que j'ai eu en 2017. Donc après l'école, j'ai récupéré un service de SSR pendant trois ans. J'avais combien de lits ? J'avais 50 lits sur deux étages ! Je gérais les équipes, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes aussi. Ensuite en 2019, j'ai pris le service de l'UGA avec des lits de soins palliatifs. J'étais aussi responsable de la qualité pendant une période. J'ai toujours été engagée, en tant que cadre comme infirmière, dans cette démarche d'amélioration continue. C'est ce que j'aime, c'est être sur plusieurs projets. Je travaille beaucoup en collaboration avec la qualité depuis toujours. Enfin bon, et puis je suis et bien évidemment, on a créé des liens avec la qualité.*
- **Oui, c'est vrai que tu es une des cadres avec qui on travaille le plus, qui est la plus active par rapport à la qualité. Et puis il y a plein de trucs qu'on n'a pas spécialement besoin d'expliquer.**
- *J'ai beaucoup travaillé sur ces sujets et le master m'a aidé. Quand on fait ce master d'organisation et conduite de changement, on est formé sur la qualité.*
- **Sinon, concernant le management d'équipe, qu'est-ce qui t'intéresse dans ce domaine ? Et quel est ton rapport au soin ?**
- *Alors le soin pour commencer, il m'a manqué au début car je suis quelqu'un du terrain. J'aime bien être sur le terrain, le contact avec le patient en tant que professionnel et les autres professionnels aussi. Alors je me soucie beaucoup du bien être des professionnels, mais aussi de tout ce qui est relatif à la prise en charge des patients. C'est ce que j'aime. Donc, même si aujourd'hui je ne*

fais pas les soins, pour autant ils peuvent me solliciter. Je n'ai pas perdu la main et j'aime bien leur donner un coup de main. Je suis beaucoup sur le terrain, aussi pour vérifier les pratiques. Peut-être que c'est une question de rigueur, que j'exige de moi et que j'exige aussi des autres. Et ce n'est peut-être pas bien d'être aussi perfectionniste.

- ***Tu penses que ça peut être un défaut ?***

- *Il faut de la rigueur mais il faut trouver... Comment ça s'appelle...L'équilibre ! En tant que cadre, il faut se construire avec la différence des autres. Que ça soit constructif, positif. Moi, je suis tellement dans cette optique positive. Cette envie de bien faire, je pense que c'est ça que je veux transmettre, même quand je suis sur le terrain. Quand je me dis que le soin me manque, c'est que j'ai toujours été passionnée par ce que je faisais et j'ai voulu transmettre déjà en tant qu'infirmière quand j'avais des étudiants. J'aime bien montrer. Et puis, depuis toute petite, j'étais leader dans la classe. C'était la période des communistes, du coup on m'appelait « commandants d'unité ». C'est ma personnalité en fait d'être autonome et leader en même temps.*

- ***Selon toi, quelles sont les trois qualités indispensables d'un bon manager ?***

- *D'un bon manager ? Non, ça dépend de quel angle on regarde ça. Si je suis là en tant que cadre supérieur de Pôle, déjà comprendre l'organisation, savoir de quoi il s'agit et les écouter. Une bonne communication, le respect et la loyauté, c'est ce qui est primordial. Et être toujours dans cette dynamique positive. Et puis, moi je dirai que quand tu manages aussi des cadres, il faut montrer ce qui est attendu avec le rôle de manager, montrer les exigences. En fait, le management doit être le miroir de la personnalité du manager. On le voit tout de suite si la personne est superficielle, désordonnée, si elle peut passer à côté des choses importantes. Le management, ça dépend de la personnalité et de l'envie de chacun de d'évoluer. Pour moi, on ne peut rien faire s'il n'y a pas un cadre, de la discipline et du respect*

- ***Comment qualifierais-tu ton style de management parmi les styles suivants : directif, délégitif, participatif et persuasif ?***

- *Je dirai que je fais de tout mais à tendance directif. Quand je connais bien le sujet, et le professionnel surtout, je dis « voilà, c'est comme ça et pas autrement ». À un moment donné, on est obligé d'être directif pour imposer une discipline. Après je fais aussi du management participatif. C'est important de faire appel à tout le monde et je le fais. Mais bon ici c'est compliqué, le rôle de cadre supérieur de pôle n'est pas reconnu. Et il est mal vu par le cadre de proximité parce que c'était le fonctionnement historique. Et c'est un peu compliqué de trouver sa place mais je ne lâche rien. A côté de ça, je suis apprécié par des gens que j'apprécie aussi, comme le chef de pôle et qui m'a impressionné depuis mon arrivée sur les plans d'actions, le pilotage de tout ce qui était la démarche qualité. Et je trouve que ça vaut le coup d'avancer. Et comme je dis voilà, je ne lâche rien. Sinon, persuasif oui. Même si peut-être que ça ne se voit pas. Mais je le fais aussi, c'est un peu de la manipulation et c'est parfois utile pour le convaincre. J'ai toujours tendance à vouloir arriver à mes fins, je veux atteindre mes objectifs à tout prix. Je vais toujours trouver un moyen de vous expliquer des choses pour vous faire adhérer à ce que je souhaite, que ce soit dans la vie professionnelle ou chez moi, dans la vie perso. Pour le délégatif, ça c'est peut-être le plus difficile. Je suis dans le contrôle. En fait, je le fais mais tout en supervisant, voilà ce que je fais. Pas parce que je ne fais pas confiance, mais parce que je suis dans le contrôle. Je supervise. J'ai besoin de dire, de voir et c'est pour ça que, des fois, les gens peuvent interpréter ça comme un flicage ou un manque de confiance. Mais non, c'est parce que j'aime bien que les choses soient parfaites. Je vise l'excellence. Mais oui, je peux dire que déléguer, j'ai du mal, mais je le fais.*

- Que penses-tu de la qualité ?

- *C'est primordial. Je fais directement le lien avec la qualité de vie du patient. La qualité, c'est assurer la sécurité et le bien être des patients. C'est faire de ton mieux pour eux. Comme je l'ai dit en tant qu'infirmière, j'ai participé à des audits, des EPP. J'étais vraiment dans cette démarche et j'ai toujours aimé, en fait, montrer les bonnes pratiques. Parce que je suis dans la rigueur et exigeante avec moi-même en fait. J'ai voulu que mon travail soit parfait.*

- **Qu'est ce qui, à ton avis, permet de faire adhérer à la démarche qualité ?**
- *Il faut les engager. Ah oui ! Et utiliser des méthodes pédagogiques comme à l'école. Leur montrer, leur dire pourquoi on fait ça comme ça. Et puis c'est très important de leur dire ce qui est attendu. Par exemple, on a fait des grilles pour faire des audits. Quand j'arrive sur le terrain, la première fois, j'explique les attendus et j'explique ce que j'aimerais voir comme changement quand je reviendrai. Et voilà. Je pense que quand on donne de la qualité, quand on donne le meilleur de soi-même, on en tire de la satisfaction personnelle. Il faut que tu sois fier du travail rendu. C'est comme cela que je vois la qualité. D'accord, et c'est comme ça qu'on peut inciter les gens à progresser. Et puis, il faut les féliciter. Quand on voit une salle de soins propre et bien organisée, ça donne envie. Il ne faut pas non plus négliger l'accueil, c'est le premier soin aux patients, il faut lui sourire. Pour moi, c'est primordial. C'est les bases. Mais à côté de ça, il faut que le soignant soit curieux, fasse des recherches et reste en veille technologique et la qualité aide pour ça. Même si tu fais un master, tu sais, si tu mets tous les acquis de côté, ça ne sert à rien. Dans ce métier, tu es obligé d'être curieux. Il ne faut pas se reposer sur ses acquis.*
- **Est-ce que tu as fait preuve d'initiative dans la démarche qualité du CHRDS ?**
- *Bien sûr parce que j'ai cette envie de bien faire. Il faut que je sois tout le temps occupé. Des fois, je vais trop vite parce que j'ai envie de travailler sur différentes choses. D'ailleurs, à mon ancien travail, ils m'ont reproché ça. Le fait que je vais trop vite. On me disait que je faisais trop de procédures, des choses sauf que j'ai toujours vécu pour cette vocation. J'étais complètement bouleversée. Moi, je considère que rester sans rien faire, ce n'est pas possible. J'ai besoin d'être active. Peut-être que c'est une question d'éducation ou c'est en lien avec d'où je viens. J'ai peur qu'on me reproche d'échouer, de ne pas être active... Mais du coup, on me reproche l'inverse, je vais trop vite. Mais du coup, on me reproche l'inverse. Du coup, la voilà.*

- ***Cette volonté de donner toute cette énergie dans son travail. Est-ce que tu arrives à la communiquer à tes équipes ?***
- *Alors avec les cadres, on a des caractères différents. C'est aussi ce qui fait la richesse. Il y en a une qui n'a pas autant cette envie mais si on lui demande, elle met du cœur pour accomplir sa tâche. L'autre sort de l'école. Donc c'est compliqué mais on arrive quand même à préparer les équipes soignantes pour les enjeux de la qualité*
- ***Mais du coup, c'est toi qui a préparé les équipes à la certification ou les cadres de proximité que tu manages ?***
- *On le fait ensemble. Je le fais en étant pilote sur le plan d'action, je travaille en collaboration avec la pharmacie et avec les médecins et puis pour les soignants, j'étais sur le terrain. Mais si tu veux, en tant que cadre supérieur, on m'a demandé un peu de me détacher du soin, pour ne pas m'imposer, pour laisser la place aux autres. Mais s'il y a des choses et des pratiques qui ne sont pas bien, je le dis. J'ai cette appétence pour la proximité avec les patients. Et du coup, je peux déranger en même temps parce que je ne laisse pas la place au cadre de proximité. Mais bon, en ce moment, je remplace la cadre de proximité qui fait son stage.*
- ***Et du coup plus personnellement, le fait de ne plus être autant en contact avec les patients et les professionnels, qu'est-ce que ça te fait ?***
- *Alors avec du recul, je vois les choses différemment. Je peux faire la part de choses. On fait des réunions hebdomadaires. J'essaie de voir les patients et les professionnels tous les jours pour des points. Pour montrer ma présence, je ne suis pas quelqu'un qui s'enferme dans le bureau.*
- ***Comment jugerais-tu l'implication des soignants dans la qualité ?***
- *Les IDE sont impliqués, et c'est les plus anciens qui sont plus impliqués. A côté de ça, il y a beaucoup d'information qui ont été données et on a fait des audits à blanc mais il y a plein de chose que les gens ne connaissaient pas lors de la certification. J'ai été étonné de voir ça. Et du coup, c'est frustrant*

parce qu'il y avait des « tops info » de 30 minutes que j'avais intégrée à mon arrivée, justement pour qu'on puisse assurer des mises à jour et des informations. J'ai demandé à [données anonymisées] de le faire tous les jeudis. On a parlé des précautions standard. Après, on est parti sur tout ce qui est qualité. C'est frustrant de voir qu'ils ont dit qu'ils n'avaient pas cette information sur la qualité, sur les indicateurs, alors que pourtant on a mis à leur disposition.

- **Et qu'est-ce qui expliquerait ce mauvais transfert de connaissance ?**
- *Parce qu'il n'y a pas assez d'accompagnements, de temps. Parce que, le cadre n'est pas suffisamment là à cause du stage. Ce n'est pas un taux effectif sur le terrain, ça ne suffit pas de juste afficher l'information. Il faut s'assurer que l'information a été prise en compte. Mais ce n'est qu'une question de temps, de rigueur, et d'accompagnement. Pour moi, c'est essentiel que le cadre de proximité accompagne les collaborateurs en discussion de libre, qu'elle pose des questions : « Qu'est-ce que vous avez compris ? Vous avez les informations et si ça ne marche pas ? si ça passe à côté ? Vous avez pris connaissance de ça ? Il faut que les soignants aient aussi envie d'apprendre, qu'il se soucie de l'image de l'hôpital et c'est au cadre de les pousser dans cette voie. C'est mon point de vue. Et puis, il faut respecter les volontés de la direction, ne pas contester devant les équipes ou être négatif. Sinon ça peut les démoraliser ou démotiver.*
- **As-tu senti plus d'implication pendant la semaine de certification ?**
- *Ce que j'ai remarqué lors de cette semaine, c'était vraiment la solidarité dans mon service. Parce qu'on voulait montrer qu'on avait cette envie de réussir et peut-être aussi à cause de la concurrence entre les services. C'est clair, là moi aussi je voulais qu'on soit les meilleurs donc.*
- **Ils ont dû bien réviser !**
- *Oui, le vocabulaire professionnel, ce qui est attendu en qualité des soins. Quand tu es soignant, tu peux travailler la tête dans le guidon et te dire « Bah je m'en fous parce que je n'ai pas le temps ». Et c'est ça, en fait, ils n'ont pas le temps. Il y a beaucoup d'administratif et entre guillemets, on les embête*

avec toutes ces informations, ils courent partout. Et du coup, quand on arrive avec toutes ces exigences, alors qu'ils n'ont pas le temps de bien s'occuper de patients, ça n'est pas bien reçu. Il y a plein d'informations à saisir et parfois ils ne sont pas informés et doivent aller à la pêche aux infos.

En fait, depuis la visite de certification. On reprend les mauvaises habitudes. Les gens n'ont pas compris que ce n'est pas pour la certification. Que c'est pour tout le temps. C'est comme ça qu'il faut qu'on travaille.

- ***Et maintenant que tu as remarqué cette mauvaise approche, que comptez-vous faire ?***

- Je vois avec Données anonymisées on fait un point hebdomadaire et je lui dis ce que j'ai remarqué. On veut changer les choses et continuer dans cette démarche d'amélioration continue et maintenir cette dynamique. Mais comme je le dis, il faut qu'on soit sur le terrain, il faut un travail effectif de cadres sur le terrain pour pérenniser les pratiques. Les gens ont besoin d'être boostés en permanence. En cas de non conformité, il faut qu'on corrige, qu'on arrive à faire au mieux. Et puis, dès que c'est fait, il faut les féliciter, leur donner envie, les engager, les mettre en avant. C'est difficile de travailler avec tout le monde, c'est très difficile notamment parce qu'on vit beaucoup dans l'individualisme. Il y a le fait qu'on a beaucoup d'intérim. Cette comparaison avec des salaires, c'est blessant pour celui qui est présent parce que c'est celui qui est présent depuis des années et qui est engagé dans quelque chose. Au final, celui qui arrive en intérim, qui est juste de passage et qui ne va pas s'investir est récompensé. C'est ce que propose la société qui malheureusement nous détruit. C'est de l'individualisme, de plus en plus chacun pour soi. Et globalement, on nous déshumanise avec cette nouvelle manière de communiquer. On communique sans communiquer en fait, on se renvoie la balle. Et on ne s'écoute pas. Les échanges de mail, ça peut être interprété de l'autre côté. Peut-être qu'on a quelque chose d'agressif à la fin. La gentillesse, pour moi, c'est primordial. Le respect, la politesse, aussi.

- ***Et du coup, malgré ce manque de temps, est-ce que tu arrives à les impliquer en matière de qualité ?***

- *Oui, car ils savent qu'il faut le faire. Je pense qu'ils vont peut-être souffler. Pour autant, il ne faut pas que l'on baisse les bras, il faut qu'on soit toujours dans cette optique de progrès. On peut être tout le temps dans cette démarche mais ça repose sur les efforts du cadre de proximité. Quand tu vois un professionnel qui est dans la chambre et qui n'écoute pas le patient, qu'il a des oreillettes pendant qu'il fait la toilette d'un patient, c'est de maltraitance, on n'est plus dans l'empathie, les gestes sont automatiques, mécaniques. C'est au cadre d'être sur le terrain pour réagir.*
- ***As-tu repéré des petites personnes qui ont cette appétence pour la qualité. Un peu comme toi quand tu étais soignante ?***
- *Oui, oui, les anciens, ils ont des connaissances. C'est étonnant parce que parfois c'est les gens qui sont tellement réservés, qu'ils ne font pas des commentaires qui font le plus en sorte d'appliquer les règles, de faire les choses bien comme il faut.*
- ***Et ce personnel, est-il mobilisé dans des groupes de projets en lien avec la qualité ?***
- *Et bien, on n'a pas vraiment l'occasion de faire des travaux de groupe. Là où j'étais avant, chaque cadre était obligé d'être pilote de quelque chose. Il y avait des groupes en lien avec des problématiques spécifiques : fin de vie, chutes, cicatrisation, vigilance... On faisait des réunions, on était invité permanent aux comités en lien avec notre problématique. Ici, je ne vois pas ça. Pas de participation. Et puis, j'avais des référents dans le service, notamment sur la satisfaction. Tous les mois, il me faisait un rapport sur les questionnaires de satisfaction par rapport au nombre de sorties. Je leur donnais des objectifs et s'il n'arrivait pas à un taux de retour suffisant alors je leur disais de faire mieux. C'est comme ça que je suis arrivée première. On avait aussi mis en place un livre d'or sur un petit support à la sortie du service, à côté de l'ascenseur. Ensuite, on le donnait à la qualité et on présentait au bureau qualité et aux équipes les mots de gentillesse et de remerciements. Ça faisait partie de la valorisation de notre travail. Je leur disais « Bravo, Bravo, Bravo ! Vous voyez, on a atteint 98 % de taux de satisfaction ». Le but c'était*

de les motiver, leur donner envie de s'appliquer. Il faut les responsabiliser. Mais pour ça, il faut être près du terrain. Parfois ça peut être stressant pour les équipes. Quand je fais des audits des chambres ASH, on regarde si elle a bien travaillé. Je regarde la poussière etc. Si ça ne va pas, je le dis mais toujours gentiment. Je suis toujours dans la bienveillance, pas dans la critique ni le jugement. Au début, c'est peut-être mal perçu, mais bon ça montre juste les problèmes d'organisation, quand on les règle, on peut mieux faire notre travail. Mon but c'est que quand le patient arrive, il trouve sa chambre et le personnel accueillant. Quand j'étais IDE, les patients m'appelaient rayon de soleil à chaque fois quand j'arrivais. Même si des fois tu as envie de crier, tu es fatigué mais tu fais un effort, tu leur dis bonjour, tu souris. C'est une question de dévouement, c'est ça la qualité.

- **Alors quel est le rôle du manager dans tout cela ?**

- *Il doit aller sur le terrain pour faire en sorte que les choses soient faites correctement. C'est beaucoup plus simple et plus facile de faire copain-copain avec le personnel. Le pire, c'est qu'il y a des professionnels qui ont grandi dans l'établissement, qui sont là depuis quinze ans avant de devenir cadres. Si tu n'as pas les épaules solides pour dire « bon, là ça ne va pas », impossible d'améliorer la qualité dans ton service. Et puis c'est important que la cadre était une infirmière impliquée, à la base. Comme Données anonymisées pour mise en ligne on voit qu'elle arrive à transmettre ça à ces équipes. Pour les médicaments, on a eu un point et c'était la seule cadre sur Courbevoie qui a écouté. Les autres restent dans les mauvaises habitudes. Mais et c'est quoi ça? Même si les soignants sont habitués, il faut progresser. Ils sont habitués ? Mais alors, quel est ton rôle alors? Tu fais quoi alors ? Ce ne sont pas des fioritures la qualité. C'est super important pour être content à la fin de ta journée, pour être fier de ce que tu as rendu.*

- **Sinon, comment t'es-tu sentie le jour de la visite de certification ?**

- *Plutôt un stress positif parce que je veux être à la hauteur. Je n'aime pas les échecs. Pourtant, je sais que les échecs, ça fait grandir. Mais je n'aime pas ça et du coup, je ferais toujours tout pour que tout le monde soit prêt pour la*

certification. Il s'agit de mon équipe. Je veux que tout le monde puisse être dans la même dynamique de réussite.

- **Et c'est ce qui s'est passé ce jour-là ?**

- *Le fait que les cadres ont joué le jeu a déclenché un peu cette envie de réussir. Et puis, il y a eu aussi le Dr [données anonymisées pour mise en ligne] qui est vraiment quelqu'un comme moi, comme moi qui a transmis cette dynamique aux médecins et les internes.*

- **Après la visite, est-ce que tu as eu des retours ? Comment les soignants l'ont vécu ?**

- *Alors ils sont contents. On n'arrête pas de les remercier pour leur effort. Il y a un soulagement, on va dire. Pour moi, en tant que manager, mais pour eux aussi. Voilà, c'est passé. Moi, je l'ai vécu comme à l'école, comme un examen. C'est ça en fait, c'est le reflet de qu'on vend, l'image qu'on donne de nous. Je trouve qu'on a eu quand même de la chance notamment sur le circuit médicamenteux.*

- **Comment avez-vous prévu de maintenir un peu une dynamique avec des cadres ?**

- *Déjà, on va commencer par créer cette cohésion d'équipe. Là, j'ai proposé justement de se voir à l'extérieur pour les remercier différemment. Ensuite, il faut continuer avec des réunions, de la discussion. Et puis transmettre l'information. S'assurer qu'elle est bien comprise aussi et communiquer, être sur le terrain pour les entraîner dans la démarche qualité et les engager.*

- **Bon et bien merci beaucoup**

.

Annexe 3 : Interview de Données anonymisées pour mise en ligne cadre du bloc opératoire, anciennement IBODE

- **Que penses-tu de la qualité ? Pour toi cela évoque quoi ?**
- *Le mot qualité...Il faut mettre des mots parce que qualité, ça veut tout et rien dire aussi. Donc il faut donner des critères de qualité, des objectifs. Et oui, il faut que ce soit posé et il faut qu'il y ait des règles et un seul mot qualité on y met tout derrière.*
- **As-tu été formée à la qualité en tant qu'infirmière?**
- *Alors moi qui suis une diplômée de 87, ça n'existait carrément pas (rires). On ne savait pas ce que c'était que de la qualité. Mais non, ça n'existait pas, non. Donc ça a commencé à se voir vraiment pour moi quand j'ai fait l'école d'Ibode d'infirmière de bloc opératoire où là bas, justement, on est obligé d'avoir des critères de qualité. On est obligé d'avoir des suivis, on est, voilà, on a.... Et puis par exemple, dans les blocs, dans le service, je ne pense pas. Mais nous, on a quand même toutes ses études de préparation à l'opérer avec l'antibioprophylaxie. On fait partie de ce genre d'études sur l'année, les infections du site opératoire... Donc du coup on a une espèce d'éducation qualité.*
- **Est-ce qu'en pratique est-ce que tu as déjà participé à des CREX à des RMM ?**
- *Alors en tant qu'invité ici. Ailleurs, j'en ai et j'ai participé à l'élaboration de la RMM, de CREX.*
- **Dans ton service, est-ce qu'il y a des points qualité?**
- *Alors des points, j'en ai fait avec les personnes qui étaient référents check list parce qu'avant la certif, là, on avait relancé le PP parce qu'on voulait la faire évoluer. Alors évidemment, avec la certification, ça s'est accéléré. On a été accompagnés pour ça. Les points qualité, c'était plutôt des choses qu'il fallait que je remette sous forme de réunion. Mais j'avoue que depuis que je suis arrivé, on ne m'a pas laissé beaucoup de temps. D'ailleurs, je vais dire que j'ai pris soin de l'endoscopie. J'ai moins pris soin du Bloc parce que, au Bloc, il fallait avant toute chose que je remette de la bientraitance dans mes équipes. D'accord, ça a été le premier travail et là, ça commence. C'est-à-dire que ça fait six, sept mois que les gens commencent à comprendre que c'est des*

professionnels spécialisés de santé. Mais allez-y, proposez, faites. Et ça marche.

- Comment les soignants ont vécu la certification?

- *Alors la certif, j'en ai eu certains qui se sont sentis très concernés. Mais comme dans toutes les équipes. On va parler en premier des iBode. J'ai deux IBODE très autonomes qui m'ont rejoints et qui me connaissent parfaitement parce qu'on a déjà travaillé ensemble, ils sont très fiables et donc la qualité, le biomédical, etc elles savent que j'y suis très attachée. Et du coup, elles ont redonné, elles ont insufflé quelque chose au niveau des Ibode. Elles ont vraiment participé activement à la préparation de la certif. Voilà, ça a été une évidence. Les IAD, j'en ai quatre, ils ne sont pas nombreux, ils sont sept en tout mais j'en ai eu quatre qui étaient vraiment dedans, vraiment. Et puis mes deux nouvelles IBODE qui ont entraîné les autres collègues, vraiment avec elle*

- Donc il y a une sorte de dynamique collective ?

- *Oui, il y a eu cet effet collectif. En fait, là, il y avait un collectif. La salle de réveil a participé, l'endoscopie aussi. Voilà, donc ça a été vraiment. Ça a réveillé des réflexions sur la qualité et ça c'est ce qu'on ne veut pas lâcher.*
- ***Donc la certification a joué quel rôle dans la mise en œuvre de la démarche qualité?***
- *La certif, c'est l'occasion pour que tout le monde prenne la qualité à cœur. Alors comme j'avais des équipes, j'ai vu la résistance au changement en endoscopie mais j'ai réussi à les entraîner. Donc maintenant, ça y est elles veulent encore plus progresser. C'est bon. Au niveau du Bloc, j'étais en tel sous-effectif que j'ai porté énormément de choses toute seule, mais je les ai emmenées petit à petit et du coup, tout le monde veut continuer. Les iad, j'ai eu quelque chose de formidable et ils m'ont suivi. C'est vraiment un partage d'équipe cette certif. Et la seule chose que je reprocherai et que j'ai reproché depuis le début, c'est que je trouve qu'on n'est pas parti assez tôt pour la préparer. Moi, je demandais depuis que je suis arrivé ça a dû être avant les premières réunions 2021 où là, j'ai commencé à dire mais il faut le rétro planning maintenant. Il faut qu'on y aille maintenant. Pour moi, une certif qui se passe bien, c'est une certif en routine. Et en fait, j'ai l'impression qu'on s'est réveillé au mois de septembre l'année dernière. Et pour moi ça a été épuisant.*

- **Comment est-ce que l'on peut faire face à cette résistance?**
- *Il faut être sur le terrain. la seule chose que tu puisses faire vraiment pour débloquer cette résistance au changement, c'est d'être sur le terrain. C'est-à-dire que... que tu commences à écrire ton parcours. On va prendre l'exemple du parcours patient en endoscopie. J'ai commencé à écrire quelque chose sur le parcours. Oui, il y avait un truc qui n'allait pas. Claudine est arrivée en renfort un peu en panique et on a commencé à écrire. J'ai fait participer les équipes à l'écriture. Donc toute façon, tu y arrives que si tu les fais participer après, tu laisses un peu mûrir le sujet. Alors évidemment tout le monde me dit "tu vas pas assez vite". Mais ce que j'ai fait, ce que j'ai réussi à faire c'est que ce soit elles finalement, qui donnent des idées, qui aillent dans mon sens. Après, c'est un truc de manager, et du coup, les idées qu'elles donnaient, c'est ce que j'avais déjà écrit sans leur dire et ça venait d'elles. Qu'une équipe puisse penser que ça vient d'eux, que les choses évoluent et que le sujet va aboutir, c'est hyper important. ça donne le sentiment de faire corps avec l'établissement. A partir du moment où une équipe te dit "OK, on participe, on y va, on écrit ensemble", on est bon. C'est pas toujours évident. Moi je les ai eu après parce que c'était "oui, d'accord, tu nous dit de faire ça, mais on n'est pas secrétaires" Après, ça a été oui. Et puis après elle venait nous voir puis elles me disaient "non mais c'est quand même plus simple de prendre rendez-vous nous-mêmes". Au départ, elles ne voulaient pas. Et puis finalement elles disaient non laisse tomber on va le faire ça prend deux minutes. Donc du coup, l'équipe a le sentiment que c'est eux qui ont eu l'idée. Tant mieux. Il faut les laisser s'exprimer. Il faut les laisser se mettre en colère. Puis toi aussi tu as le droit de te mettre en colère contre eux. Moi, j'ai eu des échanges assez houleux, mais finalement ça marche.*
- **Et comment faire quand il y a un conflit ou un échange houleux ?**
- *Il faut avoir un entretien avec chacune des personnes avec qui tu as un conflit. Après, si tu vois qu'il faut les mettre ensemble, il faut le faire. Dire qu'on n'est pas là pour se crêper le chignon, mais qu'on est là pour aboutir à quelque chose. Et en général, après, c'est toujours pareil. Je sais pas, c'est péjoratif de dire ça, mais t'as aussi le niveau intellectuel de chacun. Je pense qu'une infirmière va plus réfléchir qu'une ASH après il y en a qui sont vraiment très*

très intelligents. Mais non, en général c'est toi qui gère, si tu n'y arrives plus tu as un cadre au dessus qui va t'aider. Puis après t'as la direction hein.

- ***Et donc tu disais que tu avais eu l'impression que ça s'était fait un peu trop vite avec la certif. Comment, personnellement, tu l'as vécu? Tes sentiments à ce moment-là?***
- *En fait, moi en plus je suis devant un truc où j'ai quand même été très seule et donc là, les échéances qui arrivaient. La solitude, ça c'était dur. Moi j'ai adoré quand [Données anonymisées pour] est arrivée. Qu'elle me dise "bon, à telle date, il faut que ça se soit fait". En fait, j'avais mon rétro planning. Elle me le donnait sans peut être s'en rendre compte. Mais au moins, je n'avais pas de... Je ne demandais pas qu'on fasse pour moi. Je voulais qu'on me donne des échéances, qu'on voit, qu'on fasse le point sur où j'en étais pour continuer à avancer. Mais là, j'étais tellement seule sur tous les fronts. Oui, je me suis épuisé, épuisé mentalement car j'étais trop seule. J'avais trop d'absences de mes supérieurs.*
- ***D'accord. Oui, ça a dû être difficile et très stressant.***
- *Oui. Oui.*
- ***D'accord. Et du coup, comment imagines-tu la suite?***
- *Il est certain qu'on a dit qu'on laissait nos équipes un peu tranquilles. Là y'a la période des vacances, mais on va continuer nos démarches qualité. On va continuer dans ce sens là, dans le sens que cette certif n'a pas servi à rien. On ferme pas les classeurs et on attend quatre ans donc on va continuer sur notre lancée. Toutes les directives et tout ce qu'on a appris, on va continuer, on va les poursuivre. Donc là, on continue. C'est un peu un combat pour certaines choses, mais on continue tout en étant au courant des évolutions. Moi, ce que je veux, c'est qu'on me donne les évolutions du manuel de certification. Je sais qu'en janvier ils ont changé quelques items de certif. Moi, ce que je souhaiterais, c'est qu'on soit au courant tout le temps et qu'on avance pour que la prochaine certification soit un contrôle de routine. On évolue en même temps pour qu'au dernier moment ce soit "Bon, ben voilà, là on nous demande ça. On a juste ça à faire." Et ce ne sera pas un stress pour les équipes. C'était super le petit fascicule, mais faire réviser l'équipe le matin avant qu'ils arrivent en disant "combien on a eu d'événements indésirables déclarés ???". Moi je le faisais sur le ton de la plaisanterie, mais je trouve que c'était violent. J'ai trouvé que c'était violent pour tout le monde. Moi, je*

voudrais arriver dans quatre ans que les experts visiteurs posent une question à chacun des membres de mon équipe. Et puis que ce soit un peu ce regard “Mais tu me poses cette question, mais en fait, je le fais tous les jours”. C'est pas “Mais qu'est ce qu'il faut répondre?” mais leur dire “mais t'es bête ou quoi?” Qu'ils sentent que c'est la vie de tous les jours. Et puis que tu n'as même pas besoin de poser la question, qu'ils arrivent à voir que c'est dans leur pratique sans poser de question.

- **Concrètement comment fait-on pour maintenir cette dynamique?**
- Faut pas s'arrêter, il ne faut pas s'arrêter. Il faut impliquer les équipes, toujours. Et puis si tu sens que t'en a un qui lâche un peu, il faut lui trouver le collègue qui va le remonter. Et puis c'est aussi notre job à nous. En fait, il faut que tu aies tes personnes ressources. Faut que tu repères les éléments moteurs. Il faut toujours trouver des personnes ressources. N'oublie jamais si tu prends un poste ailleurs. Le langage des équipes, il faut que tu apprennes le langage des équipes.
- **Est ce que tu as repéré dans ton équipe des personnes avec des appétences particulières en lien avec la qualité?**
- Oui, quand même. Moi je peux même te dire que j'en ai un qui voulait faire la formation expert visiteur et que ça lui a été refusé l'année dernière. J'en ai même deux. Mais même moi, il y a quelques années, je voulais être expert visiteur. Mais oui, j'en ai plusieurs dans mon équipe qui voudrait être expert. Donc oui, il y a des appétences.
- **Cette certif c'était pas ta première en tant que cadre?**
- Ma deuxième en tant que cadre de santé. Sinon j'en ai fait dans le domaine de la stérilisation. Mais moi c'était avec la NSL, donc c'était même peut-être pire que l'HAS. Ils sont plus strictes. Ils épluchent même les dossiers de tes agents à la virgule près. Ils regardent les diplômes.
- **Et du coup donc la préparation. Est ce que les flash qualité sont là pour préparer la visite? Qu'est ce qui t'a aidé comme support? Plutôt les flash qualités? Plutôt les réunions de cadres où on parlait un peu de qualité ?**
- Les flash qualités nous ont bien aidé. Parce que toutes mes réunions de pôle ont été pratiquement toutes annulées. Parce que nous c'était le mardi, donc à chaque fois on n'a pas de bol. Données anonymisées pour mise en ligne est un peu pris et c'est notre directeur de pôle. Données anonymisées l'était aussi. Donc voilà, pas de chance. Et puis, un

cadre supérieur qui n'a pas fait de réunion de suivi, qui ne nous a jamais rien dit, rien fait, pour mon compte, pas aidé. Ben donc les flash qualités quand ils arrivaient, ça me permettait de ne pas passer à travers certaines choses. Et puis moi je trouve qu'ils sont très bien fait. Je pense qu'il faut continuer pour le coup.

- **On se posait la question parce que le principe c'était "en route vers la certif" ...**
- Oui mais et après la certif que se passe t il? C'est à ce moment là que "pouf" que ça retombe.
- **Je pense qu'il serait question d'espacer un petit peu plus parce que moi je le faisais tous les mois. Peut être faire tous les deux ou trois mois?**
- Peut-être oui mais il faut continuer. Parce qu'en plus là dedans, je pense qu'il faudra rajouter développement durable. C'est un gros sujet le développement durable. Mais oui je pense qu'il ne faut pas l'arrêter.
- **Est-ce que tes équipes t'ont fait des retours après cette visite de certif?**
- Ils sont heureux. Ils sont contents. Oui. Le Bloc avait des réserves pour l'endoscopie, le parcours au bloc opératoire du patient et tout ça ça a été levé. Et donc voilà, ils sont fiers et puis moi je les ai remerciés. WhatsApp tout de suite après. Oui, oui, ils sont contents. Et puis même ceux qui n'ont pas suivi, je les ai mis dans le jeu et mis dans le truc. Pour une histoire d'équipe.
- **Bien sûr. Donc tu vois ça vraiment comme une victoire collective?**
- Ah oui, eux disent que c'est grâce à moi. Moi, je dis que c'est grâce à eux. Ce ne serait pas arrivé sans une équipe. C'est impossible d'arriver sans équipe. C'est trop lourd. Les gens ne se rendent pas compte, mais on se prend un train sur le dos quand on a la certif. Comme moi, quand j'ai pris ce bloc, on m'avait dit que tout était nickel, que tout était fait. Et au final, je pense qu'il y avait beaucoup de poussière. Je ne sais pas pourquoi il y avait ça. Donc il a fallu moderniser. Non, non, j'ai eu énormément de travail. je te le dis à toi, je n'ai pas pu le dire à d'autres personnes puisque la personne qui était au bloc avant moi, elle était très protégée. Donc je n'ai jamais pu vraiment exprimer que c'était un gros bordel le Bloc.
- **Et tu penses quand même que globalement des gens ont conscience du fait qu'il y ait tous ces changements quand même ?**
- Tous les jours, c'est tous les jours, on me le dit.

- ***Et du coup, ça te permet, toi aussi, de valoriser ton travail. Ça fait un peu peur à tout le monde. Dans ma classe, on craint tous d'arriver dans un endroit et se rendre compte qu'il y a tout à faire.***
- *Après, le plus important, c'est ton équipe. T'arrives à un endroit, il faut que tu te donnes un mois, que tu écrives tout ce que tu vois, tout ce que tu ressens, dans ton carnet, écris tout, tu prends des notes. Les gens vont demander "pourquoi tu écris tout?" tu dis "bah c'est pour moi, pour apprendre à vous connaître, à ne pas oublier des choses". Et puis après tu vas vite trouver tes personnes ressources. C'est pas forcément celles qui vont te dire "bonjour" comme ça, tous les jours. Tu le vois après dans le travail, tu as trouvé la personne, les personnes clés aux endroits où tu as envie de les voir et ils te donneront un coup de main. Et après, comme ça, tu vas t'installer et il faut que tu fasses ton analyse de départ au bout d'un mois. Puis, comme on dit, c'est pour quelque temps. Tu fais ton rapport d'étonnement. Donc tout ce que tu as vu, tu l'écris, c'est ton rapport d'étonnement et après ce que tu pourrais mettre en place pour améliorer ce que tu veux. C'est très important. Et si tu vas quelque part, les managers apprécient que tu fasses un rapport d'étonnement. Ça s'appelle rapport d'étonnement, parce que tu découvres le truc et tu écris tout ce que tu vois. Et même si tu vois des choses malveillantes ou bienveillantes, des souffrances, pas de souffrance. Il faut tout balayer. Et ça s'appelle un rapport d'étonnement. Et si t'as quelqu'un au dessus de toi, au bout d'un an, tu dis "j'aimerais qu'on prenne un rendez vous pour que je fasse le rendu de mon rapport d'étonnement".*
- ***C'est ce que tu as fait ?***
- *Oui, complètement. Et elle était étonnée que je lui propose. Ce n'était pas dans les pratiques d'ici. C'était trop ce que je voyais. et après elle le demandait à chaque personne qui arrivait.*
- ***Bon l'entretien est terminé, je te remercie.***

Annexe 4 : Interview de [Données anonymisées], ergothérapeute en SSR

- **Alors est ce que vous pouvez me présenter votre parcours professionnel?**
- *Donc je suis parti du bac, J'ai fait une école prépa pour entrer en école d'ergothérapie et sur la fin de mes études en ergothérapie, j'ai bifurqué pour faire un deuxième diplôme en même temps et un BTS agricole.*
- **D'accord.**
- *Donc j'ai une casquette que je n'utilise absolument pas aujourd'hui. Je suis ergothérapeute, diplômé d'État de l'école de Montpellier.*
- **OK, pourquoi ce métier là?**
- *Je voulais me rapprocher des métiers du soin quand j'étais en terminale, c'est un ami à moi qui m'a fait découvrir ce métier parce que c'était assez caché. Je pense que je n'avais pas les épaules assez solides pour aller dans le médical pur. Donc le paramédical était une bonne option.*
- **OK. Vous êtes managé par [Données anonymisées] ?**
- *Oui. [Données anonymisées] fait fonction de cadre. C'est notre encadrante directe.*
- **Ah oui, voilà.**
- *Le plateau de rééducation, en fait, c'est une cellule qui est un peu transversale à tous les autres. Donc ça regroupe les kinés, les ergo, des brancardiers par exemple. Dans certains établissements, il peut y avoir d'autres paramédicaux. Mais là, chez nous, c'est surtout les kinés, les ergo.*
- **Sinon la qualité, même avant la certif, qu'est ce que ça vous évoquait?**
- *On ne nous en a pas du tout parlé à l'école, pas du tout. En plus, mon école, elle est loin maintenant parce que j'ai mon diplôme depuis plus de dix ans. La qualité on n'en parlait pas du tout et pas avec ces termes là en tout cas. Oui, quand on parlait de qualité pour un soignant, le terme de qualité, c'est faire un soin de qualité. Et ça n'a pas la connotation technique de faire un tout ce que vous faites avec la cellule qualité, c'est à dire créer les procédures, de rendre intelligible ce qu'on voit moins nous tout ça on n'a jamais appris.*
- **Est-ce qu'avant cette certification, vous avez participé à tout ce qui est audit ou évaluation?**
- *Oui, oui, on a eu une grosse période où tout ce qui est audit a été un peu malmené. Entre le fait que les soignants n'aiment pas de base trop faire ça et*

j'en fais partie et le fait qu'on a eu beaucoup de problèmes qui se sont surajouter les uns aux autres, l'histoire de notre hôpital est un peu chaotique sur ce plan là. Mais pour autant, à chaque fois qu'il y en a eu, je n'étais jamais très, très loin. J'ai été consulté, je participais aux réunions, je participais aux audits.

*- **Et ce n'est pas un exercice que vous appréciez?***

- Ça dépend. Ça dépend vraiment qui est derrière cet exercice.

*- **C'est-à-dire?***

- Si, par exemple, si là, aujourd'hui, [nommes anonymisées] est notre cadre depuis pas très longtemps. Je l'ai eu en tant que collègue et je la respecte énormément. Donc quand elle me dit qu'on va devoir faire ça. On le fait . Et j'avoue, elle s'y connaît même un tout petit peu plus que moi. Elle sait trouver les mots aussi pour nous guider parce qu'elle est très proche des soignants et elle fait cette traduction du jargon de la qualité là envers nous. Ça se passe plutôt bien, voire même on peut rigoler de ça de temps en temps. A un moment, on a eu une cadre sup avec qui ça ne s'est pas très bien passé parce qu'elle est arrivée avec cette connaissance de la qualité. Et elle n'a pas réussi à transmettre aux soignants. Et on a eu une très grosse réunion où elle est venue nous annoncer plein de choses et en fait elle s'est juste confrontée à un mur et ça a été horrible.

*- **C'était trop technique ?***

- Alors très certainement. Mais je pense que là où ça n'a pas marché, c'est qu'elle ne s'est pas rendu compte que nous, on ne pouvait pas être avec elle en fait dans ce discours là. Et autant [nommes anonymisées] vient nous chercher et autant quand la cellule qualité s'est créée ici avec madame [nommes anonymisées pour nous], j'étais un peu sceptique quand même. J'étais hostile. Peut-être qu'elle s'en rappelle. Mais j'ai appris à travailler avec elle et elle a appris à travailler avec nous. Et elle et elle est vachement descendue vers les soignants. C'est-à-dire qu'entre son premier positionnement où, il fallait faire de la qualité et ensuite en apprenant, en venant sur le terrain parce que finalement, c'est ce qu'elle a fait. C'est ce qu'on reproche un petit peu aux gens qui ont la qualité, c'est de venir vers nous, on nous demande, nous, de venir vers la qualité et de temps en temps, ça nous fait vachement de bien de voir que la qualité vient vers nous. Et elle a fait un peu cette démarche-là. Et depuis, chaque fois qu'il y a eu quelque

chose de proposé, en fait, je traîne pas trop des pieds, ça un peu, mais beaucoup moins parce que je sais que derrière, il y a une personne qui va comprendre ce qu'on va dire et qui va peut être faire la traduction.

- **Pour le coup, ce que vous dites, ça me parle beaucoup parce que donc moi je suis nouvelle dans la qualité, j'en fais depuis ce début d'année et justement, j'ai vachement observé et je me demande quelle est la différence entre un cadre qui arrive à emmener ses équipes et un autre qui n'y arrive pas.**
- *Dès que c'est imposé, ça part mal. Et puis, ça reste un exercice qui est très gourmand en temps, en énergie, en tout ce qu'on veut. Là, il y a beaucoup de cadres qui sont partis et on a deux faisant fonction de cadres, voire une troisième qui arrive sur le terrain en ce moment, qui sont des anciennes collègues à nous. La direction n'a pas hésité très longtemps à en faire des faisant fonction de cadres parce qu'ils connaissent leur valeur et ils savent surtout qu'ils seront suivis par les équipes. Donc il y a ça aussi, ça marche bien et c'est des gens qui, avant même d'être faisant fonction, avaient un peu le pied dans la qualité, savaient qu'il ne fallait pas faire les choses de travers. Quand il y avait des réunions, elles y étaient tout le temps. Elles ont suivi un peu le processus de cette transformation. Quand on est vraiment sur le terrain, il y a des infirmières qui participent à aucune réunion à rien. Je ne vois pas comment, en fait, on peut faire une forme de transition dans leurs compétences pour aller vers de la qualité. Je ne vois pas à quel moment ça serait possible.*
- **Mais donc, vous pensez qu'il y a des gens ne pourra jamais emmener dans cette démarche ?**
- *Oui clairement, je pense que certains ne rentreront jamais dedans. Enfin du moins, il faudrait commencer vraiment très en amont. Je ne suis pas très optimiste, mais si jamais il fallait le faire, il faut le faire dès le début. Je pense que c'est un travail à part entière, c'est-à-dire que moi sur le plan personnel, je connais un peu la qualité parce que dans ma famille, il y en a beaucoup qui font ce genre de métier et je sais ce que c'est. Donc, et je sais surtout que c'est un métier à part entière et on ne peut pas demander à un soignant d'apprendre à faire son métier en fonction de tous ces critères qualité, alors qu'en plus il est juste un technicien. On est juste des bac plus deux. Si on*

apprend à un technicien à faire de la qualité faut pas attendre à ce qu'il se transforme en un bac plus cinq. Donc soit on amène des petites doses petit à petit et on inculque progressivement, il faut attendre peut être une ou deux générations de soignants et peut être que ça arrivera naturellement sur le terrain. Mais là, actuellement, on a des soignants qui ont vécu beaucoup de transition, des nouveaux cadres, une nouvelle façon de manager. Et donc, pour ces personnes-là, c'est juste une façon de plus de venir les emmerder. Nous, en tant que rééducateurs, on est un peu protégés. C'est-à-dire que quand on va faire des soins, on n'est pas chronométré. Les ergothérapeutes sont encore mieux parce que personne ne sait ce qu'on fait. On a carte blanche. [REDACTED] sait ce qu'est un ergothérapeute donc elle sait quand est ce qu'on la trompe ou pas. Donc ça, là dessus, on est surveillé. Mais les aides soignants, même pour apprendre à utiliser du matériel, n'ont même plus cette énergie là à donner. Donc apprendre une nouvelle façon de faire, une nouvelle façon de réfléchir, ça me paraît peu probable. Mais il faudrait vraiment dégager beaucoup de temps. S'ils n'ont pas le temps, ils ne peuvent pas réfléchir et ne peuvent pas apprendre. C'est comme s'ils passaient en mode un peu automatique pour pouvoir faire ce travail au quotidien qui est très dure en plus. Et si on perd cinq minutes sur un patient, ça veut dire que le patient d'après, on ne pourra pas faire ça et en fait ils sont tout le temps en train de jongler dans leur tête. Comment faire? Donc ça te déshumanise. Mais du coup, si on veut leur apprendre autre chose, et ça, c'est là où nous les avons embêtés. Des fois, on aimerait leur apprendre un nouvel outil pour progresser et c'est là où on se rend compte que même ça, ça ne passe pas, même sur le truc qui pourrait les aider. Alors si en plus on vient leur dire qu'il faut faire de la qualité, il faut vraiment leur dégager du temps.

- **Quelle est la raison de cette résistance au changement?**
- Même si quelqu'un vous promet que vous allez gagner du temps. Il y a un moment où il y a un blocage qui peut se faire. C'est peut être un tout petit peu en neurologie, mais grosso modo, c'est le cerveau, le cerveau, le système nerveux central, c'est ça. Et là, il y a la moelle épinière. Là, il y a le cortex, la matière grise et là, c'est la matière blanche. En réalité, quand on réfléchit, on n'utilise que ça et tout ce qui est automatisé, c'est ce qu'il y a ici. Donc quand on marche, on ne réfléchit pas. En fait, quand on a grandi et quand on était

enfant, on a créé des espèces de petits programmes qui font les choses toute seule. On n'est pas conscient de combien on va gonfler un muscle, comment on va ralentir, à quel angle la jambe elle va aller pour marcher. Nous, on veut juste marcher, on déclenche juste une idée et après l'idée va aller chercher le programme. Et ça, c'est ce qui permet d'être peu coûteux pour l'esprit humain. C'est exactement la même chose qui se passe pour les aides soignantes. C'est-à-dire que s'il fallait réfléchir à tout en permanence, ce serait trop coûteux en énergie. Donc qu'est ce qu'elles font les aides soignants? Elles viennent rentrer leurs tâches dans cette partie du cerveau liée aux automatismes. Or ces apprentissages sont beaucoup plus durs à bousculer en fait. C'est ça qui est gourmand en énergie en fait. Et même si une fois qu'on a appris un nouveau programme, on a gagné du temps et bien le temps de faire cette transformation peut être long, il faut faire des formations. Je sais que ce ne serait pas bon pour un hôpital. C'est de l'accompagnement que la direction qualité doit faire et je pense que le cadre a un très grand rôle à jouer là dedans. Oui, si vous voulez rentrer dans une équipe, vous avez besoin du cadre.

- ***D'accord. OK***
- *Je suis désolé je parle beaucoup*
- ***Non c'est très intéressant. C'est exactement ce que j'essaie de comprendre, la psychologie du soignant. Alors si on s'intéresse un peu plus à la certification, comment ça s'est passé?***
- *Il y a eu plusieurs périodes. C'est des grosses vagues de beaucoup et des grosses vagues de pas du tout. Quand on nous a annoncé ça, ça a été un peu la douche froide. Donc c'était la fameuse cadre qui n'a pas été très fine. Après tout, ce qu'elle a dit était vrai, mais c'est juste que, à ce moment-là, l'équipe n'avait pas besoin d'entendre ce genre de chose, elle n'était pas prête. Donc oui, on savait qu'il y avait la certif, mais là c'était vraiment un peu une entrée en grande pompe. Il va falloir faire plein de choses, il va falloir faire comme ça et ça même si ce n'est pas programmé. C'est un peu l'angoisse pour les soignants. On leur annonce qu'il va falloir faire un truc de plus et on s'est dit mince, on va nous embêter, mais vraiment beaucoup, beaucoup. Et puis d'un coup, plus rien. Un gros temps alors peut-être parce que justement, il y a eu une grosse friction et qu'il fallait le temps de digérer. Et pendant longtemps, en*

fait, il n'y a rien eu. Puis ensuite, on a dit tic tac, tic tac, ça arrive faut bouger et donc ensuite on a des cadres qui sont partis et remplacés par des faisant fonction de cadres et qui ont pratiquement tout repris à zéro. Et d'un coup, on en entend plus parler. Et puis un coup mince vite on est en retard. Ça a été un peu comme ça jusqu'à la certification avec le dernier mois qui était très intense. Et j'avoue que je me dis "Dieu merci, je ne suis pas cadre". Je ne sais pas comment ils ont fait pour tenir. Entre les médecins chefs qui devaient être pratiquement à toutes les réunions, on ne sait pas à quoi ils ont tourné. Mais franchement, je veux la même drogue parce qu'elles sont encore en vie après tout ça. Nous, on a fait réellement qu'une petite participation et ça a été comme ça en escalier tout le long, dans toute la préparation. On a eu des moments où on nous a dit "allez, faut bachoter". Puis des moments où on nous en parlait plus donc très rapidement comme c'est du bachotage, on oubliait et on nous remettait une dose. Et puis on nous disait "Mais non, on a changé un protocole donc faudra apprendre ce nouveau protocole", mais c'était pratiquement le même que l'ancien. On n'a pas compris ce qu'il y avait changé. Sans compter que ça donnait l'impression qu'il fallait qu'on travaille pour avoir un score, une note et et que toutes ces questions qu'on avait soulevées avant qu'il y ait la certif, personne s'en occupait. Il y a des choses qui ont été organisées, réparées parce que la certif est arrivée. Mais avant que la certif arrive, c'était des choses qui étaient un peu sorties à droite, à gauche, peut-être pas de la bonne manière. Ce n'était pas non plus 50 fiches d'événements indésirables, mais plein de petits problèmes dont on aurait aimé discuter avec nos cadres, que nos cadres n'ont pas réussi à remonter à la direction et des choses qu'on aurait pu régler depuis longtemps. En fait, oui, et on a l'impression que la direction, sous le coup d'une menace, se dit faut qu'on se bouge.

- **Oui, je peux comprendre votre point de vue.**
- *C'est vraiment parlant, le avant et l'après certif. Maintenant, qu'elle est passée si vous passez dans les services, personne vous regardera de travers en tant que qualité, en tant que direction. Donc c'est un peu comme si la hache de guerre était enterrée. Tout le monde a subi en fait. Tout le monde est d'accord pour comprendre, tout le monde en a pris plein la tête, que ce soit les soignants, les pas soignants. Et voilà. Donc là, on a eu un ennemi commun.*

Mais c'est quelque chose dont il faut profiter. Il faut miser dessus. Et en fait, j'aurais peut-être pas parlé comme ça il y a deux mois. Les soignants, c'est une famille qui est très dangereuse pour les directions parce qu'ils sont très soudés. Ils ont besoin d'un ennemi commun et la direction est une cible très facile. Des fois c'est mérité et des fois, ce n'est pas mérité, on va dire ça. On demande à la direction d'être plus raccord avec nous, avec le quotidien et en fait, on leur interdit de le faire. On leur demande des choses et à la fin, on leur dit "non cassez-vous vous ne faites pas partie des nôtres". Cette position là est très délicate et je pense qu'une certification comme tout le monde en souffre, à la fin, c'est un espèce de moment de relâchement et c'est le moment où il faut envoyer. C'est là pour moi, c'est maintenant qu'il faudrait travailler.

- ***D'accord. Super intéressant. Comment avez-vous réagi à l'annonce des résultats?***
- *Alors ... il y a beaucoup de trucs différents. C'est là où les soignants sont un peu compliqués. La première, c'est que je suis content parce qu'on ne fermera pas. Il y a cette épée qui est sur la tête de cet hôpital depuis très longtemps. On sait qu'on n'est pas rentable, on sait tout ce qu'on veut, mais on est un petit hôpital de campagne dans les trois villes les plus riches de France. Et ça, on veut le tenir. Le problème, c'est que comme on ne rapporte pas de sous, nos concurrents directs ne sont que des cliniques. Quelques-uns à but non lucratif, mais ça reste des cliniques. On a cette fierté d'être un peu le dernier rempart de beaucoup de choses. C'est-à-dire qu'il y en a beaucoup de patients. Si on parle de la gériatrie, parce que c'est le domaine où je suis vraiment le plus performant ici et où je participe le plus. Mais ces fameuses cliniques sont très bien pour certaines choses, mais 60 à 80 % de leurs patients finissent chez nous un ou deux mois après. Pourquoi ? C'est parce qu'ils savent très bien réparer ce qui est de l'ordre du médical. Mais en fait, nous, on sait très bien faire du médico-social. Donc on est un peu le dernier rempart dans notre secteur où on est capable. Donc on a cette fierté là. Et j'avoue que quand ils ont menacé de fermer l'hôpital il n'y a pas longtemps, ça me foutait vraiment les boules. Donc je suis content qu'on puisse maintenir ça, que même un hôpital avec peu de qualité, soit capable de rivaliser un peu avec des gens qui engendrent de l'argent. Le deuxième point, c'est que des*

fois, notre hôpital va tellement mal qu'on est quelques uns qui aimeraient que l'hôpital coule définitivement. On est un peu méchant comme ça quand on est au bord du gouffre, mais ça fait partie du genre de personnalités qui pensent que par exemple, les gens qui font des règles pour l'hôpital public devraient mettre leurs familles à l'hôpital public quand ils ont besoin de faire des soins. Ça donne l'impression qu'on prend des décisions pour nous et qu'après, on ne les utilise pas. Eh bien, si personne ne veut de l'hôpital public, on ferme, et puis c'est tout. Et puis après, on verra bien ce qui se passe. Il y a beaucoup de soignants qui en sont arrivés à ce point un peu autodestructeur. C'est à dire que c'est tant pis s'ils veulent plus que personne soit soignés, on soignera plus personne ou va rentrer chez nous mais il y en a plein qui sont prêts à ce que ça explose, à dire "mais je m'en fous on avait prévenu depuis longtemps quoi". Donc il y en a qui sont un peu déçus qu'on ait eu une bonne note. Ils auraient aimé que les grands problèmes de l'hôpital public apparaissent, c'est-à-dire qu'encore une fois, on est passé, en réalité, on est passé ric-rac avec une bonne note. Tout le monde s'est mis un coup de stress monstrueux. On a fait des trucs qu'on n'avait pas l'habitude de faire et il y a des choses horribles dans notre hôpital et qui ne vont toujours pas changer.

- **Vous vous dites "ca y est on est reparti pour quatre ans"?**
- Oui, un peu. Et moi j'ai quelques collègues qui sont presque déçus qu'on se soit pas pris une bonne grosse gamelle et que tout le monde pleure un bon coup, qu'on ferme la moitié de l'hôpital, qu'on nous mette une tutelle. Il y a parfois cet esprit revanchard.
- **Et par quoi est-il alimenté.**
- Les conditions de travail, le manque de moyen... enfin c'est une question très difficile. Moi j'ai une explication qui m'est personnelle. Pour moi, le problème c'est le PMSI, c'est la tarification à l'activité. Tant qu'on ne changera pas ce système, ça n'ira pas. En fait, c'est une très très bonne idée. Sincèrement, je le reconnais, cette idée est très très bonne parce qu'avant c'était le foutoir. Mais le problème, c'est que ça défavorise d'emblée l'hôpital, c'est à dire que ça creuse encore plus l'écart entre l'hôpital et les cliniques, et puis on n'est pas des livreurs d'Amazon. On ne va pas scanner chaque fois qu'on fait un acte, on va pas scanner chaque fois qu'on fait un patient. Moi, je fais partie des gros réfractaires, la cadre pourra l'attester. Tant que personne n'arrivera

en disant “moi je veux sauver l'hôpital pour de vrai”, ce sentiment continuera de grandir dans toutes les équipes. C'est pas pour rien qu'on arrive plus à recruter ni de médecin ni d'infirmière. Ce sont des gens qui abandonnent. Je m'occupe des stagiaires ici et ça fait partie de ma mission de leur inculquer et de planter une graine dans leur tête, comme quoi ça va être dur. Il y a dix ans, quand j'ai commencé l'ergothérapie, il y a le magazine Capital, qui faisait un classement des métiers où on était les plus heureux. Un truc comme ça, je sais plus. L'ergothérapie était dans les dix premiers parce qu'en fait on était tranquille, on était peinarde, on n'est pas payé cher mais on faisait ce qu'on voulait. On n'avait pas beaucoup de reconnaissance mais on en demandait pas. Maintenant, tous les soignants font partie du bas du tableau. Tous systématiquement. Il n'y a plus aucun qui est heureux parce qu'on a cette impression qu'il y a quelque chose qui se dégrade et on essaie de mettre le doigt dessus. On râle et on ne met pas le doigt sur le bon truc. Mais il y a bien un problème, il y a quelque chose. Donc quand on commence à nous dire qu'on veut faire de la qualité, ça nous inquiète parce que c'est un outil qu'on ne maîtrise pas en tant que soignant. Et c'est des outils sur lequel on va venir faire des statistiques, faire des prises de décision. Et donc ça veut dire que d'un côté, on nous retire notre participation à la décision. Je travaillais dans un autre hôpital où la chef de service nous a demandé de bien coder. Elle ne voulait pas du surcodage parce que c'est un hôpital qui était justement à la limite de passer sous tutelle. Et elle dit qu'il fallait qu'on prouve qu'on fait les choses bien. À la fin de l'année, elle présente les résultats à la direction et on nous a dit “ce sont de très bons résultats du coup, on supprime un poste d'aide soignante. On remplissait tellement bien les critères qualité qu'on nous a puni”. Donc les soignants sont très méfiants de tous ces systèmes. On aurait fait des mauvais résultats, ils auraient peut-être supprimé la même chose. En fait, c'est ça qu'il y a toujours cette crainte, il y a toujours cette crainte qu'on ait dépossédé quelque chose. A la fois on nous demande de participer, mais à la fin, on ne sait pas à quel point ça va influencer le système. Et puis, il y a trop d'étapes. Quand je travaillais dans une maison de retraite, j'avais un problème, j'allais voir la directrice et je lui disais on manque de ça, on manque ci. Au moins je pouvais discuter directement avec la direction, ici, il faudrait que ma cadre arrive jusqu'à la directrice. Il faudrait que la directrice ait

du temps pour ça aussi. Donc cette espèce d'éloignement fait que quand on nous demande de participer à des prises de décision mais on a l'impression qu'on a été laissé de côté depuis très longtemps. En fait, et c'est con parce qu'on a besoin de ces intermédiaires, parce qu'on est trop nombreux. Oui, mais ces intermédiaires, les cadres, on a l'impression qu'ils sont entre le marteau et l'enclume. C'est pour ça que je n'aime pas leur position. Il y a des cadres que je n'aime pas, mais j'aimerais ne jamais être à leur place, ils sont obligés de faire descendre des décisions. Et quand nous, on a besoin de faire monter des choses, on a l'impression qu'ils n'y arrivent pas tout à fait.

- ***Et sinon pendant la visite de certification, comment l'avez-vous vécu ?***
- *Il y a eu deux évaluateurs avec qui ça c'est relativement bien passé, ils ont compris très rapidement où étaient nos problématiques dans le service et qui était, je dirais, plutôt bienveillant, c'est-à-dire qu'ils ne nous ont pas promis de nous mettre une bonne note. Ils nous ont dit "c'est un problème, il faut le régler". Et voilà, on a réglé ce problème. Et puis, il avait un sourire, un bonjour. En revanche avec une sage femme, ça a été très dur, très très dur. Parce que, outre le fait de retrouver les mêmes problématiques qu'on avait déjà découvertes auparavant, je suis plutôt sensible à des communications non verbales Et là, la communication non verbale de cette personne était très dure. Clairement, c'est une personne qui a pris du plaisir à nous renvoyer nos incapacités dans la tête. Très rapidement donc, elle découvre nos problématiques. Elle nous pose des questions, elle a la réponse. Donc on projette en même temps au tableau le dossier du patient. Elle voit clairement que quelque chose n'est pas marqué. On le lui dit à l'oral, on montre que c'est pas marqué. Là, il y a une espèce de sourire qui se met un peu sur le visage et elle se tourne vers les personnes et elle repose encore une fois la question. Ça a été très très dur. Le soir même, j'ai dû communiquer avec ma cadre. J'ai dû débriefer avec beaucoup de collègues parce que autant les autres, ça, c'était plutôt très bien passé. J'étais à l'aise, j'étais bien. On a pu discuter comme on voulait, mais avec cette personne, c'était horrible. Mais je pense que c'est une question de personnalité. Le contact relationnel était horrible. On s'est senti rabaissé.*
- ***Sinon, est ce que maintenant que la certification est passée, vous vous sentez plus à même de participer à des CREX, audit...?***

- Alors des CREX on en a pas eu beaucoup, mais on s'est fait mettre la main dessus, par exemple. Un petit peu aussi. Je sais que j'ai un poil dans la main pour certains trucs, mais si c'est [Données anonymisées] qui me le demande je ne pourrais pas le refuser. Il va falloir qu'on se fasse des indicateurs et du travail de fond. Et oui, il faut qu'on fasse tout ça même si je n'en ai pas envie. Et puis, il y a trop de problématique, en fait, je n'aime pas dire que la cellule qualité a raison. C'est censé faire progresser et je comprends que si on ne fait pas ces choses là, au bout d'un moment, les problématiques sont tellement emmêlées les unes aux autres qu'on ne sait plus par quel bout les prendre. Donc il faudra se créer des indicateurs, créer des réunions, se créer plein de choses pour que les choses avancent, pourquoi pas? Je pense que c'est maintenant qu'il faut commencer. Par contre, il ne faut pas que ça soit un travail qui n'a eu aucune utilité sinon c'est décourageant. Ce sont les gens, comme [Données anonymisées], qui me donne un peu envie de m'y mettre, c'est qu'elles sont à des postes où en fait, ces infos là peuvent les aider à travailler, mais si ces personnes sautent et sont remplacées, je ne suis pas persuadé que je le ferais. Je suis un bon suiveur, mais je veux un bon meneur en phase avec moi. Être sur un navire et qui n'a pas de pilote, ne mène à rien.. Un comportement de chef, chez les soignants, c'est quelque chose qui se respecte d'une certaine manière. Donc, même si elle embête tout le monde avec ses idées, eh bien, à la fin, on a quand même un meneur et ça fait très longtemps qu'on n'en avait pas eu des comme ça. Donc ça donne envie un peu de se démenier pour ces personnes là, mais faut que ça serve.
- **Oui, bien sûr. Quelle serait votre réaction si ces demandes ne venaient pas de l'encadrement soignant mais des administratifs?**
- En fait, il va se passer ce qui s'est passé avec Mme [Données anonymisées pour mme] au début, c'est-à-dire que dans ma tête je me suis dit "qu'elle aille se faire voir". Et c'est que un an et demi après que je me dis "merde, j'aurais dû l'écouter." Si c'est [Données anonymisées] qui me le dit en revanche, on gagne six mois à un an de blocage. [Données anonymisées] est là et me fait faire des trucs que je n'ai pas du tout envie de faire. Mais vraiment pas du tout envie. Et c'est quoi? C'est ce que madame [Données anonymisées pour m] me disait de faire il y a un an et demi lors des premières discussions qu'on avait eu ensemble et où j'étais juste fou de rage. Je n'avais

pas envie d'un truc et j'avais juste envie de râler contre la première personne qui me disait qu'il fallait faire un truc de plus.

- ***C'est donc une question de leadership, elles savent vous parler.***
- *Oui. ça me fait penser à un autre. Un autre sujet sur lequel je suis, c'est l'acculturation. En ce moment, on fait un travail avec l'équipe... L'équipe mobile de soins palliatifs, le EMSP. On fait beaucoup, beaucoup de réunions parce que le SSR se transforme progressivement et en SM qui vont devenir des structures dans lesquelles on acceptera plus de fin de vie. Mais accompagner une personne en fin de vie, nos soignants de SSR gériatrique savent le faire. Ils l'ont toujours fait. Mais qu'on devienne officiellement un endroit où on va les accueillir, ça, c'est une autre paire de manches. Et donc l'EMSP fait avec nous ce qu'on appelle de l'acculturation, c'est faire rentrer de la terminologie, des pratiques, des pensées. Il ne faut pas être pressé. Ils font ça depuis plus d'un an et demi, deux ans peut-être, et je m'aperçois que ça marche, alors c'est très lent, très très lent. Dans les soins, la première fois qu'ils se sont présentés à nos services, c'est "allez vous faire foutre, on connaît notre métier, on n'a rien à craindre de vous". Un peu comme la simultanéité dans le théâtre, cette espèce de gros blocage, une grosse barrière et ils n'ont pas abandonné. ce que vous n'avez pas fait non plus. Ça, je suis capable de le reconnaître et c'est ça l'acculturation, c'est que plus vous allez être au contact de nous et plus il y a des choses qui vont devenir perméables et on va faire rentrer des parties de vous de notre côté. Mais c'est très long, c'est clairement très long.*
- ***Donc c'est vraiment des réunions pluridisciplinaires pour améliorer la prise en charge des personnes en fin de vie?***
- *Oui, on réfléchit à changer des petits protocoles, à changer des mots sur nos fiches où on parle des problèmes qu'on a eu. Qu'est ce qu'on aimerait améliorer, même si on n'avance pas très très vite. Mais du coup, nos médecins, nos infirmières sont en confrontation avec ces organes-là. Et on parle, on parle et on s'aperçoit que ce n'est pas un ennemi en fait. Et donc on les voit plus souvent dans nos services et on nous dit "bonjour" avec un gros sourire de plus en plus souvent. Et donc c'est ça l'acculturation. C'est à dire qu'à un moment vous êtes infirmière de l'EMSP, donc l'équipe mobile de soins palliatifs va arriver et va dire "bon, c'est une situation un peu compliquée pour*

vous? Je comprends. Moi, à votre place, je ferai ça". Et si elle n'avait pas fait tout ce travail avant, elle aurait été confrontée à un mur. Mais puisque ça fait un moment qu'elle dit bonjour, qu'elle commence à connaître quelques prénoms, elle va passer crème et les gens vont reconnaître qu'en fait elle vient avec une utilité particulière. C'est pas pour nous apprendre à faire notre travail. C'est un échange. On fait partie de la même famille.

- ***C'est super intéressant. C'est un versant de la démarche qualité. Pour moi, en fait, vous, on vous donne peut être cet aspect un peu technique pour coller au référentiel et à ce qui est attendu par l'État. Mais vous, vous avez ce côté pratique. Et quelque part, nous on ferait de l'acculturation. Mais vous, vous en ferez aussi.***
- *Oui, mais on a besoin de le ressentir. Et c'est là où c'est dur, là où c'est compliqué.*
- ***D'accord, sinon, des conseils pour l'après certification ?***
- *Il n'y aura pas de stratégie parfaite. Il y a toujours des déboires, mais je pense qu'il faut essayer de montrer que tout le monde a bien trimé. Que ces derniers temps, il y a beaucoup de choses, beaucoup d'outils qui ont changé. Et ce n'est pas juste une application sur un smartphone avec le doigt. Ça a demandé du travail à tout le monde. Je pense que les gens de la même façon, qui se plaignent que vous ne comprenez pas leurs difficultés dans les soins et tout ça, je pense qu'ils ont besoin de voir aussi que la cellule qualité a trimé, que la direction a trimé pas en faire du spectacle. Mais il faut fraterniser un peu.*
- ***Ok. Bon ben oui, pour moi c'est bon pour moi.***

Annexe 5 : Interview d' [données anonymisées] , sage femme coordinatrice

- ***Alors, entrons dans le vif du sujet. Comment avez-vous vécu la visite de certification?***
- *On a toujours été dans la démarche qualité. Il y a des check-list d'ouvertures de salles, beaucoup de traçabilité... Malgré tout, je trouve qu'il y a toujours un pic de stress assez monstrueux sur la semaine où les experts sont là. D'ailleurs ça monte en puissance sur cette semaine là. Alors que moi je suis quelqu'un d'assez peu stressée. Et puis, j'ai un peu cette mentalité de " même s' il y a une bouse au milieu du service, il ne va rien se passer derrière. On aura trop besoin de nous. Derrière, il n'y a pas de conséquences". Mais bon, c'est valorisant pour les professionnels et puis c'est pour le confort des patients. Et même l'établissement peut communiquer largement s'il a de bons résultats. Ne pas être certifié, ça fait peur à tout le monde. Sinon, c'est la première fois que je faisais tout ça. Comment j'ai vécu? Plutôt bien. c'est marrant, parce qu'il y a des niveaux de stress assez différents en fonction des personnes. La cheffe de pôle était extrêmement investie et stressée à vouloir tout contrôler. Moi, à l'opposé, plutôt assez détendu à dire, je trouve vraiment que sur le service, les filles travaillent bien, que nous, on suit les procédures, que les traçabilités sont faites, En fait, il y a beaucoup de choses acquises. Et ça, j'avais pas peur de ça, donc je voyais venir les choses plutôt bien. Après, je trouve que ce qui est compliqué, c'est de sensibiliser les équipes. Nous, on est hyper sensibilisé parce qu'en fait, on avait droit à toutes les réunions de cadres et la qualité qu'on voyait assez souvent, c'était le sujet brûlant de chaque réunion, la certification, la certification. Il avait à charge de faire passer ce message là.*
- ***Et comment passer vous ce message aux soignants?***
- *Il y a des supports qui ont été donnés, le classeur qualité et les petits trucs, les petits jeux de questions, le petit memento à la fin. Donc ça permet de donner des supports à tout le monde. Moi je sais que je profitais des temps de pause, où elles prennent leur petit déj pour discuter un peu avec elles, pour leur dire "si vous avez un moment ou si vous ne savez pas quoi faire, lisez le classeur qualité, interrogez vous entre vous". Ces moments de détente pour le personnel, de discussions informelles, ça permet aussi de faire passer un peu*

des messages. Oui, c'est que j'allais faire à ces moments là et je faisais un peu de veille. Après, il y a eu des réunions, il y a eu les histoires de WOOC LAP. Elles ont plutôt bien participé. Donc tout ça, ça a participé à faire passer un peu le message. Mais c'est vrai que je pense que quand l'équipe qualité libère 100 % des messages, derrière la coordination, on en a 80 et puis on fait passer peut-être 30 % du message aux soignants et dans ces 30%, il y a des trucs qu'elles intègrent super bien mais d'autres non. Mais genre le zéro bijou, oui, les cheveux attachés, ça c'est intégré et acquis. Les nouveaux machins types les IQSS. Là je leur dis ça et elles vont me regarder avec des gros yeux. Les vigilances aussi. Certaines, c'est acquis, d'autres pas. On voit qu'au fur et à mesure et il y a des couches supplémentaires de nouveaux trucs qu'elles intègrent. Et ça prend du temps comme processus.

- **Et tu les sens plutôt réceptives ?**
- Ça dépend qui. En fait, il y en a certaines elles intègrent bien que la qualité fait partie intégrante du travail et donc que c'est aussi important que de vérifier qu'une personne va bien. Et il y en a d'autres, effectivement, elles sont réfractaires. Elles arrivent à la conclusion qu'on n'a pas le temps, on est en sous-effectif. Alors carrément, j'ai des tas d'amis sage femme qui travaillent à côté et elles ont des discussions un peu surréalistes du style "ouais la certification, ça fait chier". Et non, ça ce n'est pas entendable parce que tu sais, on peut abattre beaucoup de travail mais si on le fait n'importe comment, ça n'est pas bien et clairement on sera délétère par la suite. Donc s'il y a une vraie culture qualité à mettre en place qui est effectivement, ce n'est pas la priorité numéro un des hôpitaux, ça c'est sûr, mais ça doit faire partie au moins du trio. Mais ça, il y a vraiment des super réfractaires du genre ce qu'on dit c'est la merde, ça ne sert à rien, j'en veux pas. Oui, sauf que non, après je trouve que les hôpitaux dans lesquels je travaillais, c'était plutôt bien. Et je trouve aussi que certains hôpitaux ont des... parce que moi j'ai travaillé 14 ans à Saint-Cloud. Ensuite, trois ans à Louis Mouriers, donc j'ai vu, en ayant fait ces trois hôpitaux, qu'il y a une culture qui est liée à l'hôpital dans lequel on travaille, qui est très axé sur un thème de la démarche qualité généralement. Et ce ne sont pas les mêmes dans chaque hôpital. Il y a un cheval de bataille pour chacun, qui est par exemple à Saint-Cloud les événements indésirables. Et là, lors de la visite, les experts nous disent "vous

ne faites pas ces événements indésirables, ça ne va pas. Vu votre activité, vous devriez en faire plus". Et en fait, je retrouve ce truc de Saint-Cloud, qui eux avait saisi ça et il y avait cette culture de "on fait l'événement indésirable non pas pour dénoncer quelque chose mais pour participer à cette démarche d'amélioration continue". Et je me dis "oui, oui, je comprends ce qu'ils veulent dire en fait les experts". Effectivement, ici, il n'y a pas cette démarche liée à la déclaration d'événement indésirable, c'est vu comme un truc de dénonciation. On va dénoncer ses petits camarades et limite parfois j'ai [Données anonymisées de] qui m'appelle et qui me dit "Je suis désolé, je vais faire un événement indésirable parce qu'il y a le conjoint de la patiente qui est arrivé en jean au bloc" et bien ce n'est pas possible effectivement. Le mec en jean au bloc ça ne dérange personne. Donc non c'est pas bien. D'une certaine manière, il faut changer de point de vue pour qu'on arrive à en faire plus. Mais ça c'est propre aux établissements dans lesquels on travaille. En revanche, à Neuilly, j'ai jamais vu des thermomètres de frigos aussi bien tracés, truc de fou ! Moi si J'en avais deux sur le mois, j'étais contente. Chacun a ses points forts. Et puis ça dépend clairement de la culture du lieu. Mais ça en fait, on s'en rend compte que quand tu fais plusieurs sites et je me rends compte qu'en fait, oui, il y a une culture très forte à cet endroit là et on se fout complètement dans un autre, ça va être carrément l'inverse dans l'hôpital à côté.

- ***Et du coup, tu penses que c'est possible d'être bon dans chaque pans de la démarche qualité?***
- *Je pense que l'idéal serait qu'on arrive à combiner tout, mais ça veut dire qu'en fait ce soit le cas dans chaque équipe, donc l'équipe qualité, l'équipe machin, l'équipe bidule, ça passe par tout le monde en fait. Et que tous on soit ultra performant tout le temps, c'est pas forcément facile, c'est pas forcément simple. Et aussi il y a des habitudes propres aux établissements, des vraies habitudes qui sont ancrées et difficile de faire changer certaines habitudes qui sont là depuis longtemps. C'est quelque chose de très compliqué. Il y a toujours beaucoup de : on a toujours fait comme ça. Et donc la remise en question est assez difficile. Après je pense que de base, le français est réfractaire au changement. Donc du coup, cette évolution, elle est compliquée à avoir. Et en plus, je sais bien que quand on arrive dans un autre endroit, dire à Bidule "on faisait comme ça, c'était bien", c'est super pénible d'entendre ça.*

Donc il faut très adroitement arriver à faire passer le message qu'effectivement, c'est bien de travailler comme ça. Mais il y a une autre manière de faire qui peut être aussi bien voire peut être mieux, mais ça ne veut pas pour autant dire que la méthode d'avant n'était pas bonne. ça veut juste dire que non, il y a moyen de faire un peu mieux. Et la certification, ça peut participer à ça, Justement, une remise en question de nos façons de faire pour une évolution

- ***D'accord. Et concrètement, comment fait-on passer ce message?***
- *Il faut faire un état des lieux de la situation. Et après moi, je suis toujours pour le participatif. Je trouve que faire participer les agents au changement de pratiques, c'est bien parce que ça leur permet de s'approprier les choses. Quand on est un peu décisionnaires du truc, on participe plus derrière, on fait. On n'arrive plus à mettre ce truc là en application que quand ça nous a été imposé*
- ***OK, Tu vois, typiquement c'était ma question. Le participatif, qu'en penses tu?***
- *C'est bien le participatif, mais ça dépend du caractère des gens. Moi, j'ai souvent le souci de me dire je ne suis pas du tout un tyran mais ça peut servir. Il faut savoir adopter le point de vue de l'autre et se dire "pourquoi est ce qu'elles adhèrent pas à ça? Il y a peut-être des bonnes raisons parce que de mon point de vue, c'est comme ça, mais le votre peut être aussi intéressant.*
- ***Bien d'accord. Pour toi c'est quoi les trois qualités du bon manager?***
- *Oui, euh les trois qualités du bon manager. Il faut savoir décider des choses parce que le manager qui décide de rien, c'est l'horreur. Après, je pense qu'il faut savoir se remettre en question et être à l'écoute de ce qu'on lui dit parce qu' on se plante et on fait des erreurs. Alors on fait des erreurs tous les jours, de planning ou on leur dit quelque chose alors que c'était autre chose qu'il fallait dire... Enfin bref, même des trucs tout bête. La réunion a eu lieu à 15 h. Non, pas du tout. C'est à 15 h 30. Donc il faut être très humble. Et après? Bien sûr, il faut savoir faire quinze trucs en même temps. Oui, je ne sais pas si c'est une qualité. Le défaut de ce truc là, c'est que si on fait 15 trucs en même temps, je ne pense pas qu'on arrive au bout des 15 trucs. On n'arrive pas à boucler les quinze machins, peut être qu'on arrive en boucler deux. Moi je me fais des to do list quasiment partout. Il y a des to do list que j'ai écrit y'a six*

mois et que j'ai toujours pas fini et je les multiplie un peu partout et c'est difficile.

- **As-tu reçu une formation en qualité lors de tes études de sage-femme?**
- Oui, oui, on nous en parle. On avait des cours, je sais plus comment ça s'intitulait parce que ça remonte un peu. Moi je connaissais les CREX, les RMM. Et même, quand on est en stage, on tourne quand même beaucoup sur les hôpitaux. Et quand il y a ce genre de choses, on y allait parce qu'on suit les sages-femmes des services. Donc on pouvait aller au RMM. On pouvait aller à ce genre de choses là. Donc, si, c'était quelque chose qu'on avait fait, que je connaissais. Après, c'était pas forcément le cours le plus poussé. Et puis, de mon point de vue, quand j'étais étudiante de sage femme ce qui m'intéressait plus c'était l'obstétrique, la gynéco. C'est vrai que les cours plus général, bof. Au début, on nous fait des cours de stérilisation du matériel et ça m'est passé un peu au-dessus de la tête. Et puis après le droit, la qualité, ce genre de machin, ça c'était plutôt qu'il fallait cocher nos cases de partiel etc. C'est vrai que c'étaient pas les cours qui nous marquaient le plus.
- Une sage-femme qui arrive en poste, elle ne sera pas sensibilisée à la démarche qualité en sortant de l'école mais si l'établissement est à fond là dedans, là elles le deviennent. Quoi que j'ai une sage femme vacataire qui m'a sorti : c'est quoi les certifications?
- **Est ce que t'as eu des retours de la part de ton équipe après la certification? Tu les as senti comment?**
- Et bien elles étaient ...c'est assez surprenant. J'en ai quand même eu une qui a changé sa journée de travail pour ne pas travailler le jour de la certification. Ça montrait un peu que voilà, y'avait du stress. Moi, quand je suis arrivée le lundi de la certification, limite je ne reconnaissais pas les services ! Toutes les portes fermées, rien qui traînait. Nulle part. Waouh! Qu'est ce qui s'est passé? Et ce n'était pas moi qui a fait la guerre avant, donc elles savent ce qu'il faut faire pour que ce soit bien. ça montre qu'elles étaient assez concernées et investies finalement. Et après, au moment où on a rencontré les experts, donc il y a eu l'audit de système avec l'équipe ici, et bien elles étaient toutes là, de l'agent, en passant par la sage femme et avec le chef de service, à vouloir parler. J'ai une de mes agents qui m'a dit "mais ils ne sont pas allés voir le frigo, ils n'ont pas vu la traçabilité". Donc il y a un souci de montrer qu'on fait

bien. Ce que je trouve assez touchant. Et après elles étaient curieuses de savoir les résultats. J'en ai certains qui se sont déplacés, elles ne travaillaient pas hein et se sont déplacées à 13h30 pour les résultats Et d'autres qui m'ont demandé un lien visio. Elles voulaient avoir le résultat et savoir un peu.

- **Et cette implication, c'est dû à la préparation ?**
- Je pense qu'elles ont peut-être perçu un certain enjeu à cette certification. Ils voulaient savoir si c'était bon ou pas bon. Et puis une certaine fierté aussi, peut être à avoir participé à tout ça. Mais oui, elles se sont, je trouve, rendues disponibles. Je trouve que c'est aussi une manière de valoriser un peu leur travail et de pouvoir répondre aux questions. Et c'était ce qui a fait l'audit du système. Oui, je pense que c'est une certaine valorisation et mise en avant de leur travail.
- **Est ce qu'il y a eu des remerciements, des félicitations ?**
- Oui, on les a remerciés pour le travail qu'elles avaient fait et pour le résultat. On a des groupes WhatsApp. F[données anonymisées] et M[données anonymisées] ont envoyé des remerciements. Moi c'est pas trop mon truc de communiquer comme ça. Donc moi, je sais qu'en individuel, je l'ai fait. Mais déjà, même avant, je leur disais, quand elles étaient toutes en panique : "Mais je ne vais pas savoir répondre", je leur disais "vous travaillez bien, je le sais. Donc juste parler de votre travail. Mettez en avant, valorisez ce que vous faites parce que vous le faites bien. C'est une manière de parler de ce que vous faites et de mettre en avant les points forts qu'on a. Donc allez-y!"
- **L'encadrement a lui aussi été remerciée?**
- Ah non, non. Enfin si par l'équipe qualité, oui. Par [] chef de service un peu. Mais sinon non, Non. Non, pas spécialement. Non, mais des fois, il y a des oubliés. Et puis surtout ce type de poste, on est le bureau des réclamations géant quand rien ne va et en revanche quand ça va bien, personne ne le dit.
- **Eh bien c'est bien dommage.**
- Mais voir même la chef de pôle... c'est confidentiel un peu ?
- **Oui oui**
- Elle nous a fait une jaunisse. On a pas compris pourquoi.
- **C'était pourtant hyper bien**
- Le jeudi, lors de la restitution de 15 h, celle avec les experts, je n'y étais pas moi, mais [données anonymisées] m'a raconté qu'elle était comme une ado de quinze ans qui

boude. “Non, non, je ne veux pas vous parler, je ne suis pas contente.”
Soi-disant qu’elle aurait vérifié les services toute seule et que nous, on aurait rien fait. J’ai trouvé ça particulier. Ça n’est pas logique surtout que le travail avait été fait. On n’a pas trop compris pourquoi. On attend de voir la suite.

- **Bon et bien super, je n’ai pas d’autres questions.**
- *Et c’est un master de quoi?*
- **Du management stratégique des organisations santé.**
- *Et c’est où ça?*
- **C’est à Montpellier.**
- *Montpellier, Montpellier. OK.*
- **Bon bah merci beaucoup.**
- *ça me fait plaisir de t’aider parce que je suis passé par là. Je sais à quel point c’est compliqué.*

Annexe 6 : Interview de [données anonymisées pour D], puéricultrice

- *Je n'ai que 10 minutes mais je peux répondre à vos questions sur la certification car j'ai bien participé.*
- ***Très bien merci. Alors est-ce que vous pouvez vous présenter tout d'abord ?***
- *Je suis [données anonymisées pour D], je suis puéricultrice depuis une vingtaine d'années.*
- ***Est-ce qu'avant la certification on vous avait initié à la démarche qualité ?***
- *Oui quand même ! Il y avait des gens qui venaient nous former assez fréquemment sur la règle du zéro bijou par exemple. Ce genre de choses, pour nous sensibiliser. J'ai aussi participé à un patient traceur avant la certification.*
- ***Comment ça s'était passé ?***
- *C'était un travail de groupe très intéressant. C'est quelque chose que je pourrais refaire.*
- ***Pour la certification, qui vous a préparé ?***
- *L'équipe qualité avec le Dr [données anonymisées pour D] mais surtout les cadres. J'ai participé à un quizz en visio et puis, je lisais le classeur qualité. On manquait de temps pour le lire, par contre ça a bien servi.*
- ***Cela a suffi le jour de la visite ?***
- *Moi, ça a été mais certaines collègues se sont plaintes justement qu'elles connaissaient les réponses mais pas le jargon de la qualité. Il y a des termes tellement compliqués qu'on se perd un peu. Il y a des mots clés à connaître. Parfois on dirait qu'on ne parle pas le même langage. Qu'on est pas dans le même monde. Et puis c'est frustrant de ne pas pouvoir montrer tout ce qu'on sait.*
- ***Je comprends tout à fait, et du coup, comment on pourrait mieux vous préparer pour la prochaine ?***
- *Plus de mises en situation et puis ne pas s'y mettre au dernier moment.*

- **C'est le sentiment que vous avez eu ?**
- *Oui, ça s'est fait les 6 derniers mois. Le dossier de soin a été fait à la va-vite, au dernier moment. Nous on sait qu'on travaille correctement, qu'on travaille bien. J'ai l'impression que parfois la qualité ne reflète pas la vraie vie, ne prend pas compte les difficultés à l'hôpital.*
- **En pratique, avez-vous remarqué un changement dans votre management ?**
- *La cadre était très stressée. Elle a été pédagogue, ouverte, on posait plein de questions et elle était à l'écoute. Ça nous a rassuré. Après, elle a toujours été à l'écoute et bienveillante.*
- **Et le jour de la visite, comment vous l'avez vécu ?**
- *Pour moi ça allait mais pour d'autres collègues ça a été long. Ils sont parfois très pointilleux, comme s'ils cherchaient la petite bête, c'est angoissant pour tout le monde. Mais celles qui ont été le plus sollicitées sont les collègues qui sont en recherche de cette qualité. C'est comme une validation pour elles et elles savent bien s'exprimer pour le groupe donc c'est le plus simple. Après c'est un travail collectif, on a tous participé.*
- **Qu'est-ce que vous pensez du résultat ?**
- *C'est très valorisant ! ça a été applaudit. Et puis, personnellement j'ai mieux compris le but de la qualité. Mais je me demandais si on pouvait avoir les notes pour chaque services ?*
- **C'est une note collective, pour tout l'établissement. Sinon, comment voyez vous la suite ?**
- *On va continuer à travailler comme on l'a déjà fait. Avec certainement des plus parce qu'on sait qu'on peut améliorer certaines choses. On doit continuer nos efforts pour faire mieux pour nos patientes et leur bébé. On est juste au commencement en fait. La cadre a lancé un groupe de travail pour le choix des produits qu'on met sur le bébé.*

- ***Bien, merci !***
- *Mais de rien, c'est un retour d'expérience donc c'est aussi de la qualité que de répondre à vos questions.*

Annexe 7 : Interview de [Données anonymisées] [Données anonymisées pour mise en ligne] Cadre du SSR locomoteur, anciennement ergothérapeute

- **Alors est-ce que tu peux te présenter s'il te plait ?**

- Je m'appelle [Données anonymisées pour mise en ligne], je suis diplômée en ergothérapie depuis 2002. Je suis dans l'établissement depuis fin 2005 en tant qu'ergothérapeute et je suis faisant fonction de cadre depuis mars 2022 du service de SSR locomoteur. J'ai en charge donc les rééducateurs, ce qui fait dix kinésithérapeutes, quatre ergothérapeutes et deux enseignants en activité physique adaptée.

- **Devenir manager est quelque chose que tu prévoyais depuis le début ?**

- J'ai toujours été de ces personnes qui s'engagent. J'ai été nommée ergothérapeute-coordinatrice des ergos puis coordinatrice des rééducateurs, donc kiné et ergo à l'époque. J'ai fait un peu l'intérim quand il n'y avait pas de cadre. Après quand il y avait une cadre qui était d'origine infirmière, j'étais en appui à cette cadre. Je n'avais pas forcément au départ l'idée de devenir cadre parce que je trouvais que c'était un métier trop difficile et que je me suis dit « ça va sera trop dur pour moi, psychologiquement, trop lourd. Je trouve que c'est vraiment le métier qui est un des plus difficiles à l'hôpital, qui se retrouve vraiment en porte à feu entre les équipes et la direction. Je trouvais que c'était vraiment dur. Mais en effet, je crois que j'y étais destinée. J'ai fait des recherches car je dois présenter mon parcours pour le concours de cadre de santé et j'ai retrouvé des évaluations annuelles où la cadre 2011, disait que je devrais réfléchir à me présenter au concours de cadre. C'est ça qui me frappe un peu, c'est que j'ai l'impression qu'au final, il y a plusieurs personnes qui ont vu ce côté chez toi. En fait, c'est ça. Devenir faisant fonction ici, ce n'est pas une décision facile, mais on était sans cadre depuis un moment. On a eu aussi une cadre d'origine infirmière mais c'était compliqué pour elle de comprendre nos métiers et les collègues m'ont dit « Mais vas-y, depuis le temps que tu es coordinatrice, essaies, tentes ». Et puis voilà, c'est comme si un peu tous les ingrédients se sont réunis autour de toi. Et puis, c'était une période aussi où j'avais besoin d'évoluer, où j'ai senti que voilà, il fallait que je fasse quelque chose. Soit j'allais faire ergo ailleurs, dans une autre structure, soit je tentais ça. Et puis, comme en fait, finalement, j'avais

l'impression de faire déjà un peu le boulot. Au final, je trouve que c'est une consécration de ce que je faisais déjà.

- ***C'est un parcours intéressant. Peux-tu me dire les trois qualités qui te semblent essentielles pour en être un bon manager ?***
- *Je pense qu'il faut avoir une bonne capacité d'observation et de compréhension des situations de façon globale. C'est-à-dire que j'ai besoin de voir les gens, de voir leurs activités, de voir comment ils fonctionnent, de comprendre pour ensuite discuter sur des solutions, pouvoir partager, là-dessus. Je pense qu'il faut pouvoir en effet avoir une vision globale des fonctionnements. Ensuite, je pense qu'il faut être capable de faire preuve de bienveillance, ça je pense que c'est la base et partir du principe que si les gens ne font pas bien, c'est qu'ils ne savaient pas et qu'on a mal expliqué. Si on fait preuve de bienveillance envers les gens, je pense que les gens vont être en retour plutôt bienveillants aussi, même entre eux. Ouais voilà, mettre un climat de bienveillance au sein de l'équipe les uns envers les autres et donc ça se répercute envers les patients. Et puis, je dirais avoir de l'humour et puis l'honnêteté aussi. Je dirais de pouvoir être honnête, de pouvoir dire aux gens clairement les choses, ne serait-ce que pour pouvoir appliquer des décisions de la direction. Les agents, il faut qu'ils comprennent pourquoi on leur demande de faire comme ça ou pourquoi on change ou on décide tel ou tel projet et pas une autre chose. Moi, il y a longtemps de ça, je me souviens d'une cadre qui disait des choses telles que « Il ne faut surtout pas dire aux agents ». Et ça, je trouve que c'est dommage, parce qu'en fait, finalement, les décisions sont prises, les choses se font et quand les gens en face ne comprennent pas, c'est sûr qu'au niveau d'après, pour l'appliquer il n'y aura pas l'adhésion. Après, j'entends bien qu'on ne peut pas tout expliquer tout le temps parce que ça peut être perturbant pour les agents mais bon. Après sinon, c'est des capacités de leadership, il faut savoir emmener les équipes.*
- ***Et le leadership, c'est dans notre personnalité ou ça se construit ?***
- *Alors, c'est un vaste sujet, presque philosophique, je dirais. Je pense qu'il y a des gens qui de toute façon, ont ça en eux. Après, je pense que ça ne suffit pas. D'accord, tu peux avoir des capacités de leadership, mais ce n'est pas pour*

autant que tu vas pouvoir emmener toute une équipe. Je pense qu'il faut d'autres compétences en plus. Moi je t'avouerais que je commence tout juste à expérimenter tout ça. Là, au bout d'un an, je commence à toucher du doigt ça et à en être surprise moi-même. Tu vois par exemple sur la certification, j'ai, j'ai mis en place des choses, j'ai demandé aux équipes de faire les choses et tout ça et que ça a été fait. Je veux dire je suis presque surprise. Là j'apprends justement à déléguer et à repérer dans mon équipe les gens qui sont capables de faire les choses, à me dire « ça n'ira pas forcément plus vite si c'est toi qui le fais ». Voilà, il faut faire en sorte que ce soit tes agents qui font les choses

- ***Belle transition vers la prochaine question. Quel est ton style de management parmi le directif, le participatif, le délégatif et le persuasif ?***
- *Disons que je suis dans le style de management... « je fais ce que je peux ». Pour le moment, c'est un peu brouillon et je fais comme ça vient et c'est aussi pour ça que je me dis que l'école des cadres va me servir. Je vais apprendre ces choses-là. Après, j'ai en tête des cadres qui m'ont géré ou qui ont géré les équipes où je n'appartiens pas. Je me souviens d'une première cadre un peu à l'ancienne qui était quelqu'un d'hyper compétente dans son domaine, qui était kiné à la base et sur qui on pouvait s'appuyer. Voilà, si on avait un souci avec un patient ou avec un médecin on pouvait s'appuyer sur elle et je trouvais ça hyper appréciable. Cependant, certes c'était quelqu'un d'hyper carré et qui sur le fond était souvent très bien, très juste et tout ça, mais qui sur la forme était moyenne. Après on a eu une cadre, une jeune cadre, qui elle était beaucoup plus inspirée genre éducation positive. Et là, je me suis dit « Ah donc on peut aussi gérer des équipes sans être hyper cadrant, hyper carré et en disant oui tout le temps ». Au début, je me suis dit « mais elle dit oui à tout le monde, tout le temps ! Mais comment ça va marcher ça? » Et en fait, voilà, je m'inspire un peu de ces deux-là. Je pense qu'il faut réussir à trouver, à amener les choses justement dans la bienveillance et en poussant les gens pour qu'ils aillent vers le mieux d'eux-mêmes tout en réussissant à cadrer quand même*
- ***Donc tu te sers en fait de l'expérience que tu as vécue en tant que soignant pour pouvoir adapter ton management ?***

- *Oui. Je n'ai pas l'impression d'être quelqu'un d'hyper directive, j'ai l'impression d'arriver à mes fins sans donner des ordres stricts mais en les convaincant d'avancer avec moi. C'est-à-dire que j'arrive, j'explique vers où on va, ce que je souhaiterais. J'attends d'eux qu'ils me disent aussi ce qu'ils en pensent et qu'ils me donnent des idées et on progresse comme ça en fait*
- ***Sinon, quelle est la place que tu veux laisser à la démarche qualité dans le management de tes équipes ?***
- *Alors ça c'est difficile parce que ce n'est pas encore ancré dans nos pratiques, dans les pratiques des soignants donc il faut réussir à amener ça auprès des équipes pour que les équipes s'en inspirent et s'en saisissent. Mais, c'est difficile parce que c'est un langage en particulier et en fait même si on parle tous français quand l'équipe qualité va parler ou quand on lit des textes sur ça, on ne va pas comprendre la même chose, voire même on ne va pas comprendre du tout quand c'est du pur qualité, c'est pas accessible. Donc je pense que ce qui est important c'est d'avoir quelqu'un qui est capable de faire la traduction quoi entre langage qualité et le langage soignant et j'espère que j'arriverai à amener ça. Je veux que mes équipes y trouvent de l'intérêt. Mais d'abord, il y a ce travail de traduction. De toute façon, moi qui gère des équipes où il y a infirmières, aides-soignantes, kiné, ergo, médecin... déjà chaque profession a un peu son langage aussi. Vraiment, même un ergo et un kiné qui sont des professions très proches, ne vont pas avoir tout à fait la même vision des choses et c'est ce qui fait d'ailleurs la richesse de l'équipe pluridisciplinaire c'est-à-dire que chacun apporte son regard sur une même situation et va l'analyser de sa façon, mais pourtant on utilise tous la même langue aussi. Et du coup, avec la qualité, on rajoute un langage donc ce n'est pas simple, mais je pense que ça vient petit à petit. Surtout là, sur cette dernière certification, on a vu quand même que ça cherchait à être vraiment au plus près des pratiques, pas comme les autres certifications où c'était plus sur des protocoles purs et durs qu'il fallait remettre à jour. Et puis bon, les protocoles donc c'est très bien mais finalement est-ce que ça sert au quotidien, je ne suis pas sûre. Finalement, on cherche un protocole quand on se retrouve confronté à une difficulté et donc à une à une situation inhabituelle or le protocole, il va décrire la situation habituelle donc là ben de toute façon, il faut faire preuve d'adaptation.*

- ***D'accord , selon toi, qu'est ce qui va faire que la démarche qualité sera un succès auprès de de ton équipe ?***
- *Je dirai que ce sera un pari réussi lorsque l'équipe me réclamera de faire un CREX par exemple. C'est qu'ils auront vraiment compris l'intérêt, qu'ils voient que ça permet d'avancer.*
- ***As-tu reçu une formation en qualité lors de tes études d'ergothérapeute ?***
- *Non c'est avec les certif que j'ai connu tous ces outils qualité. De toute façon, même il y a vingt ans ça démarrait tout juste. Après, je pense qu'ils sont formés quand même sur des choses de l'ordre des risques par exemple parce que ça peut servir aussi avec les patients au quotidien. Voilà pour calculer le bénéfice risque et voir le risque de chute d'un patient, on peut s'inspirer des échelles de risque de criticité. Donc je pense que les ergots maintenant sont formés un peu à ça.*
- ***Comment tu jugeais l'implication des soignants dans la démarche qualité ?***
- *Je pense que la démarche ne leur parlait pas avant la certif, que le covid avait mis un coup d'arrêt franc à ce qu'on avait initié suite à la certif précédente et qu'elle restait un peu un traumatisme. Moi j'ai une infirmière qui est partie en retraite. Elle a dit « je pars au premier avril parce que je ne veux pas revivre une certification ». Elle aurait pu faire six mois de plus, mais « non, je pars au premier avril, je refuse de revivre ça ».*
- ***Mais c'était dû à quoi?***
- *En effet, ce sont des gens extérieurs qui viennent tous les quatre ans regarder comment on fonctionne. Alors, c'est une équipe qui fonctionne clairement correctement. On n'a pas tous les jours des événements indésirables graves ou des soucis. Les patients sont ravis en général. Enfin, 95% des gens sont contents, ils demandent à revenir. On voit qu'on a l'impression de bien fonctionner. Et en fait, tous les quatre ans, quelqu'un vient regarder et il vient dire « non mais comment ça? Vous faites comme ça? Mais c'est pas possible! Vous pouvez faire comme ça plutôt... Or c'est une équipe ancienne, qui a ses*

habitudes, qui a ses fonctionnements. Et puis c'est pas de la médecine aiguë ce qu'on fait donc c'est le SSR c'est un peu un lieu de vie. Dans ce service les gens, ils restent un mois, six semaines et c'est des gens autonomes pour la plupart, au niveau cognitif du moins donc on les accompagne et clairement, on ne peut pas appliquer des procédures qui sont faits pour de la médecine aiguë. Chez nous, c'est pas du tout ça donc s'imposer des contrôles plus plus plus, c'est juste du boulot en plus. Donc la certif, c'est une remise en cause de leur fonctionnement. Même si moi j'ai essayé de les accompagner au mieux, de les détendre au mieux en disant « non, mais attendez, de toute façon, vous fonctionnez bien, on sait pourquoi on fonctionne comme ça. On sait pourquoi on fait les choses. Il faut juste qu'on décrive ce qu'on fait et qu'on sache le l'assumer et l'expliquer ». Après, c'est sûr qu'il y a des choses qui évoluent aussi. Il faut changer les pratiques. Mais ça, ça demande un accompagnement et plus sur le long terme que juste deux mois avant la visite.

- **Comment fait-on face à la résistance au changement ?**

- J'apprends encore. Je crois que les gens résistent au changement de prime abord et finalement ne sont pas si résistants. Moi la première, c'est à dire que moi je suis quelqu'un, et je suis très honnête là-dessus, je suis quelqu'un qui de base va en général dire non. Voilà, et après je réfléchis. Là les infirmières clairement, quand les audits ont été faits les uns derrière les autres, que les gens à chaque fois pointent un nouveau truc qui n'allait pas et bien c'était hyper stressant pour elles et elles se sont opposées clairement au changement. Après, j'ai dit « Bon, attendez, on essaie ». Finalement, j'arrive un lundi et une infirmière qui était là, ce week-end a tout changé pour faire ce qu'on leur avait demandé de faire et qu'elles avaient refusé. Finalement, j'ai dit « très bien, essayez comme ça vous faites une période d'essai et chacune votre tour, vous voyez si ça marche, si ça vous prend trop de temps ou au contraire si c'est bénéfique ». Bon, au bout de quinze jours, elles disaient « non mais il faut revenir comme avant parce que voilà ». Et moi j'ai dit « Bah attendez, on ne va pas rechanger deux jours avant la certif. Là, on reste comme ça ». Ensuite, j'ai discuté avec elles et leur ai dit « Attendez on nous pointe ça comme problème. Comment vous pourriez faire autrement ? » Au début c'était « bah non, on ne peut pas faire autrement, ça nous prendra trop

de temps et puis on est en sous-effectif ». Et c'est vrai que moi j'ai une infirmière pour vingt-huit patients, c'est quand même beaucoup. Donc ça fait vingt-huit piluliers tous les jours. Et un jour, j'ai embauché une intérimaire. Ça permet finalement de voir des gens qui ont un regard extérieur, un fonctionnement différent. Ça les a fait réfléchir aussi car l'intérimaire qui est venue n'a pas fait leur façon de faire. Elle a fait des allers retours pour chaque pilulier enfin bon bref, et donc j'ai dit « tu vois, elle a fait comme font tous les autres services en fait donc vous voyez, c'est vraiment vous qui êtes à part » et donc ça les a fait réfléchir et finalement là, petit à petit, l'autre jour, elle m'a dit « Ah ben je réfléchis » été elles ont changé leur fonctionnement alors qu'elles fonctionnaient comme ça depuis toujours. Donc je pense que la résistance au changement, elle est réelle et elle est normale parce qu'on n'aime pas être bousculé mais je pense qu'on peut travailler dessus en amenant petit à petit les choses, en discutant, en échangeant, en cherchant quels sont les obstacles, pourquoi ça ne marche pas. Et moi, pour le coup, avec les infirmières. Mon avantage, c'est que je ne connais pas leur métier, du moins pas dans les détails. Donc je pose beaucoup de questions probablement naïves. Je prends ce temps-là aussi pour comprendre justement leur fonctionnement. Je disais tout à l'heure avoir une vision globale des choses, comprendre pourquoi elles font comme ça donc en posant ces questions-là, ça permet aussi, je pense, aux infirmières de se dire « bah oui pourquoi je fais comme ça? ». C'est un peu une ouverture soit en regardant un peu ce que les autres font, soit en posant des questions et en faisant réfléchir les gens qu'on veut amener à changer. Il faut essayer de comprendre comment ils font et après expliquer ce vers quoi on aimerait les amener. En tout cas, il y a une dimension d'accompagnement et pas du tout de confrontation des forces.

- Comment ton équipe a vécu la certification ?

- *Une experte a été hyper rude et un des ergo l'a très mal vécu. Il m'a dit « j'étais choqué, elle prenait un malin plaisir à nous foutre la tête dans le caca ». Mais apparemment c'est la même histoire dans tous les groupes où elle est passée. Au final, je pense que dans ses comptes rendus, elle n'était pas si cassante que ça mais sur le terrain, l'entretien était difficile. Après les autres, ils ont eu de bonnes expériences. Sinon, je pense qu'ils ont senti que j'étais stressée. Ouais, tous me*

l'ont dit d'ailleurs. Mais pour le coup, ils ont bien joué le jeu et voilà, ils étaient réactifs quand je demandais quelque chose. Tout le monde était attentif, était soucieux de savoir comment ça s'était passé et demandeur d'info. A chaque fois on me demandait « alors ça a été ? ». Et puis leur réaction quand ils ont su qu'on était à 91%, j'ai trouvé ça super, ils étaient contents.

- Comment l'as-tu vécu personnellement?

- *Alors moi comment je l'ai vécu? En effet, je devais être stressée. Après, j'ai pas eu... comment dire... l'impression que tout reposait sur mes épaules. Parfois c'était pas toujours clair ce qu'on devait faire mais c'était plutôt pas mal. Et puis je trouvais ça chouette en fait d'avoir les débriefs.*

- Comment envisages-tu la suite ?

- *Travailler sur la déclaration des EI et aussi de créer des indicateurs spécifiques par service. Moi, j'en ai déjà discuté avec la chef de service. On a déjà cherché deux trois trucs. Après on attendra au niveau institutionnel, ce qu'il nous demande. Mais je pense que c'est surtout là-dessus qu'on va travailler. Et puis, ça ouvre un peu la voie vers autre chose, quoi. On va essayer d'intégrer la démarche qualité dans notre quotidien. Après, je ne sais pas si on y arrivera parce qu'à chaque certif on a dit ça. Je veux dire qu'à chaque fois on a dit « Oh mais il ne faut pas que ce soit au dernier moment, il faut que ça sur le long terme », puis on n'y arrive jamais. C'est ça, c'est le défi je pense. Après, je pense qu'on a quand même maintenant beaucoup plus d'outils qu'avant qui sont tout fait, ça diffuse quand même plein de choses aussi. C'est plus facile maintenant en tout cas qu'il y a dix ans. On y arrivera. Après, la difficulté, c'est que on va devoir faire avec le personnel qu'on a or si on continue comme ça, on n'aura plus que des vacataires ou des intérimaires. Le principe c'est que tout le monde soit amené à avancer ensemble. Si t'es dans un établissement avec trop de vacataires, ça c'est sûr que ce n'est pas possible. Et puis même en quatre ans, les mauvaises habitudes, elles ont le temps de revenir. Mais bon, après, c'est le jeu, c'est-à-dire que c'est une certification, c'est enfin je ne sais pas. Je n'ai pas fait le service militaire, mais quand le général ou je ne sais pas quoi passe, il faut que tout soit nickel, qu'il n'y ait pas de poussière dans les coins et que les lits soient au carré.*

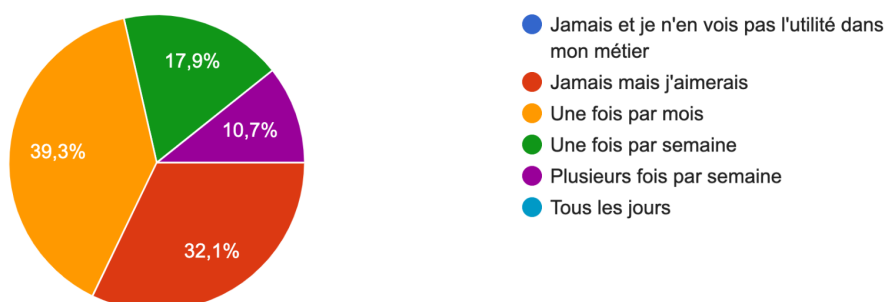
Et donc, forcément il y a un peu de ça, quand on vient se faire évaluer, mais je pense que ce n'est pas ce à quoi il faut se tenir. Ouais, je pense que ce n'est pas ça l'important, de planquer les choses. C'est à dire qu'en tant que rééducateur, on a besoin de fauteuil roulant. On a besoin de matériel et les lieux n'ont pas été prévus pour qu'on puisse avoir des zones de rangement. Donc oui, c'est dans les couloirs, mais malheureusement il n'y a pas de choix. Je pense que ce n'est pas ça le plus important. Moi je pense que l'important ce sera vraiment de pouvoir impliquer les soignants dans la démarche qualité. Voilà, poursuivre les histoires des indicateurs. Je pense que ça, même si ça nous fait un peu saigner les oreilles ces termes, parce que c'est très qualité quand même, je pense que ça rentre petit à petit et que ce sera ça le plus utile en fait. Après les questions de rangé ou pas rangée quoi, c'est pas le plus important.

- Très bien, merci beaucoup

Annexe 8 : Résultats de l'étude quantitative réalisée via des questionnaires au sein de l'EHPAD notre dame du bon accueil

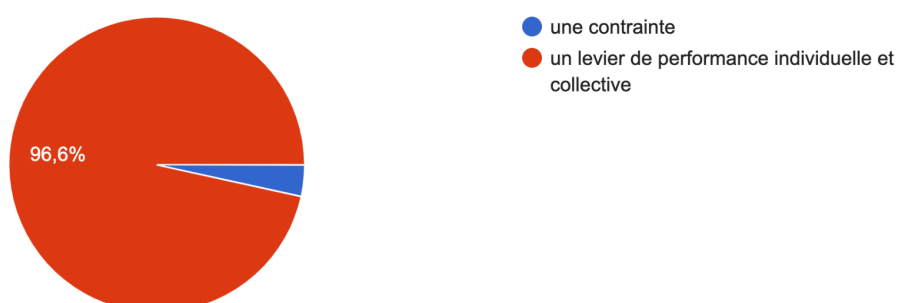
1. Avez-vous été sensibilisé à la démarche qualité dans votre établissement (réunion sur le sujet, formation ou sensibilisation) ?

28 réponses



Vous voyez plutôt la mise en place de la démarche qualité comme

29 réponses



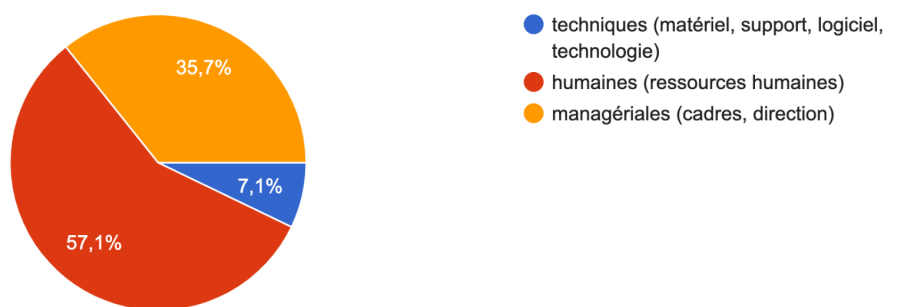
3. Selon vous, quelle est l'importance de l'implication du personnel dans la réussite de la démarche qualité dans l'établissement ?

29 réponses



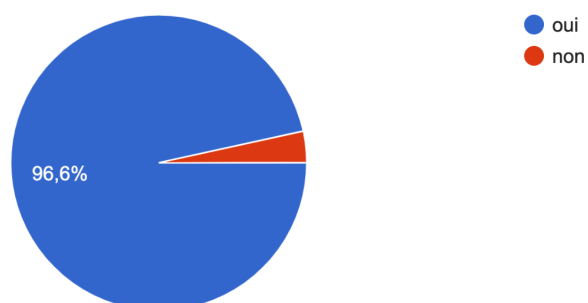
À votre avis, quelle peut être la principale nature des obstacles à l'implication du personnel dans la démarche qualité ?

28 réponses



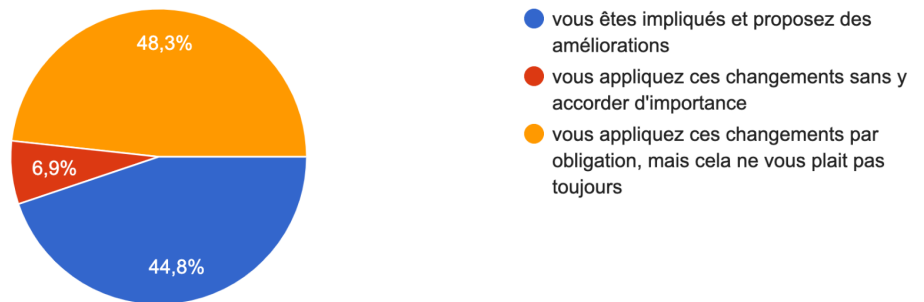
Vous sentez-vous autonome dans la réalisation de votre travail au quotidien ?

29 réponses



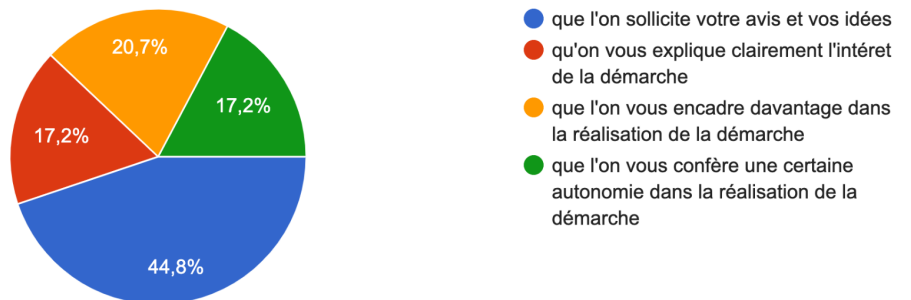
Lorsqu'il y a des changements impliquant directement votre poste et vos missions :

29 réponses



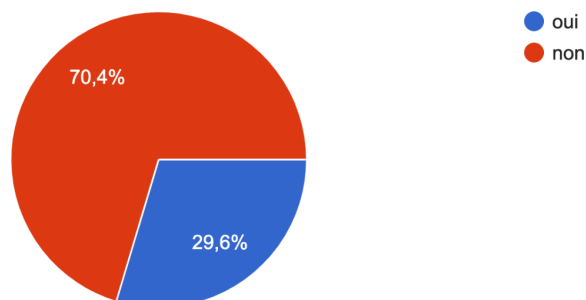
Selon vous, qu'est-ce qui vous ferait adhérer à une démarche qualité ?

29 réponses



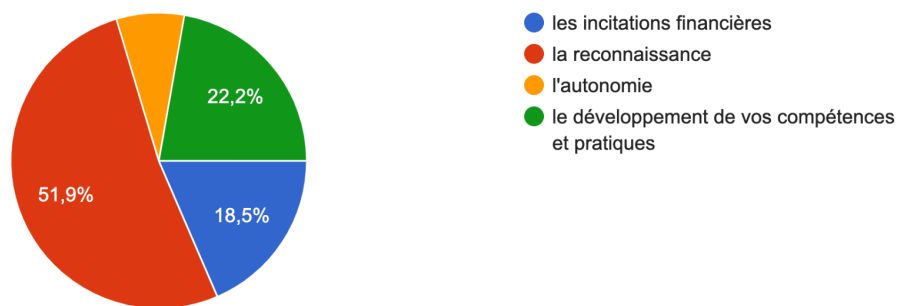
Seriez-vous volontaire pour prendre un rôle actif dans la mise en place du système qualité (relevé d'indicateurs, recueil de la satisfaction des patients...lles, évaluation des pratiques professionnelles...)?

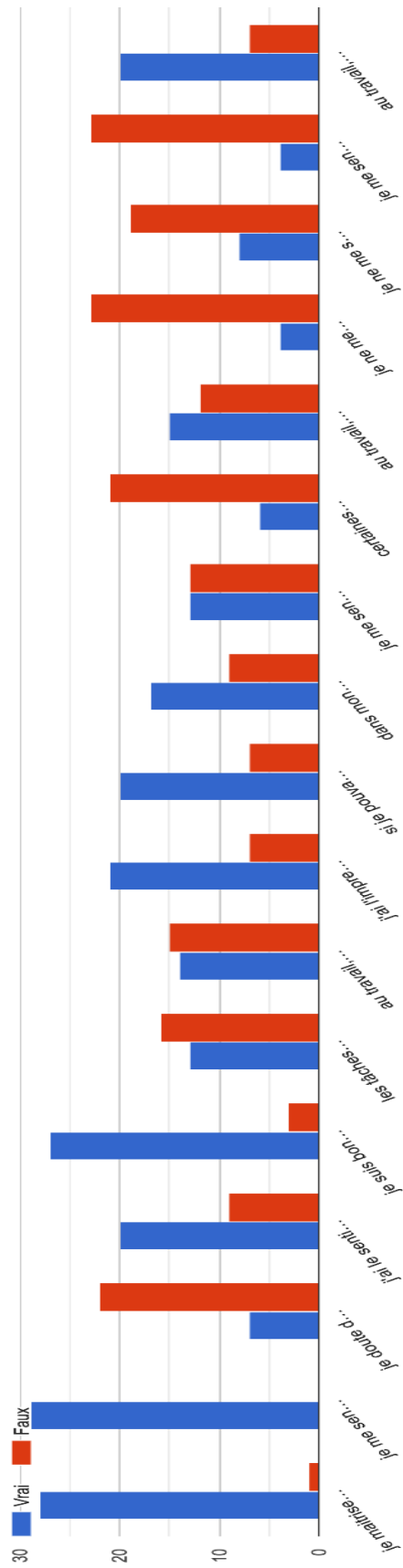
27 réponses



Qu'est ce qui est vecteur de motivation dans votre travail ?

27 réponses





Annexe 9 : Questionnaire distribué lors de l'étude quantitative au sein de l'EHPAD notre dame du bon accueil

QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de mon mémoire de deuxième année de Master Management des Organisations de Santé porté sur l'influence de la motivation des soignants dans la qualité des soins, je vous prierais de bien vouloir m'accorder deux minutes en répondant aux 10 questions suivantes (anonyme) :

QU'EST-CE QUE LA DÉMARCHE QUALITÉ EN GENERAL ?

La démarche qualité a pour objectif l'amélioration, dans sa globalité, de la vie quotidienne en Ehpad. Le fonctionnement de l'établissement, les prestations, l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées sont autant de critères permettant de favoriser leur bien-être et préserver leur autonomie.

La Qualité c'est Planifier des objectifs qualité, établissement d'indicateurs et de procédures concernant plusieurs domaines (sécurité du patient, gestion des événements indésirables, qualité des soins et de la prise en charge, satisfaction des résidents, des salariés etc...) mais pas que ! C'est en réalité tout geste, toute action que vous réalisez et qui contribue à délivrer des soins adaptés et de qualité.

1. Avez-vous été sensibilisé à la démarche qualité dans votre établissement (réunion sur le sujet, formation ou sensibilisation) ?

- Jamais et je n'en vois pas l'utilité dans mon métier
- Jamais mais j'aimerais
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Plusieurs fois par semaine
- Tous les jours

2. Vous voyez plutôt la mise en place de la démarche qualité comme :

- Une contrainte
- Un levier de performance individuelle et collective

3. Selon vous, quelle est l'importance de l'implication du personnel dans la réussite de la démarche qualité dans l'établissement ?

- Pas important du tout
- Peu important
- Important

- Très important

4. À votre avis, quelle peut être la principale nature des obstacles à l'implication du personnel dans la démarche qualité ? (1 réponse possible)

- Techniques (matériel, support, logiciel, technologie)
- Humaines (ressources humaines)
- Managériales (cadres, direction)

5. Vous sentez-vous autonome dans la réalisation de votre travail au quotidien ?

- Oui
- Non

6. Lorsqu'il y a des changements impliquant directement votre poste et vos missions :

- Vous êtes impliqué et proposez des améliorations
- Vous appliquez ces changements sans y accorder d'importance
- Vous appliquez ces changements par obligation, mais cela ne vous plait pas toujours

7. Selon vous, qu'est-ce qui vous ferait adhérer à une démarche qualité ?

- que l'on sollicite votre avis et vos idées
- qu'on vous explique clairement l'intérêt de la démarche
- que l'on vous encadre davantage dans la réalisation de la démarche
- que l'on vous confère une certaine autonomie dans la réalisation de la démarche

8. Seriez-vous volontaire pour prendre un rôle actif dans la mise en place du système qualité (relevé d'indicateurs, recueil de la satisfaction des patients et des familles, évaluation des pratiques professionnelles...)?

- oui
- non

9. Qu'est ce qui est vecteur de motivation dans votre travail ?

- les incitations financières
- la reconnaissance
- l'autonomie
- le développement de vos compétences et pratiques

10. Répondez par vrai ou faux aux affirmations suivantes :

	VRAI	FAUX
Je maîtrise vraiment mes tâches à mon travail		
Je me sens compétent dans mon travail		
Je doute de pouvoir exécuter mon travail correctement		
J'ai le sentiment que je peux même accomplir les tâches les plus difficiles au travail		
Je suis bon dans les choses que je fais dans mon travail		

Les tâches que je dois faire au travail sont en ligne avec ce que je veux vraiment faire		
Au travail, j'ai souvent l'impression de devoir suivre les ordres des autres		
J'ai l'impression que je peux être moi-même dans mon travail		
Si je pouvais choisir, je ferais les choses au travail différemment		
Dans mon travail, je me sens obligé de faire des choses que je ne veux pas faire		
Je me sens libre de faire mon travail de la façon dont je pense qu'il pourrait être fait le mieux		
Certaines personnes avec qui je travaille sont des amis proches		
Au travail, je peux parler avec les gens de choses qui comptent vraiment pour moi		
Je ne me mélange pas vraiment avec d'autres personnes à mon travail		
Je ne me sens pas vraiment connecté avec d'autres personnes à mon travail		
Je me sens souvent seul quand je suis avec mes collègues		
Au travail, j'ai l'impression de faire partie d'un groupe		



Annexe 10 : Guide d'entretien semi-directif utilisé lors de l'étude qualitative à destination des managers

A- Mieux connaître le manager

- Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel ?
- Qu'est-ce qui vous a donné envie de devenir manager ?
- Citez-moi les 3 qualités qu'il faut pour être un bon manager selon vous ?
- Classez ces 4 styles de management en partant de celui qui correspond le plus à votre style de management à celui qui correspond le moins (participatif, persuasif, délégatif, directif) ?
- Pouvez-vous me donner des exemples/mises en situation qui expliquent votre classement ?

B- La qualité : le pdv du manager

- Que pensez-vous de la qualité ?
- Avez-vous été formé à la qualité (méthode, enjeu...) ?
- Si oui, qu'avez-vous pensé de cet enseignement ?
- Avez-vous fait de la qualité en pratique une fois au poste de manager ? (CREX, RMM, audit, EPP, sensibilisation...)
- Si oui, étiez-vous à l'initiative de la démarche ?
- Est-ce que vos soignants ont participé ?
- Comment réagissent-ils quand il est question de faire ce genre d'exercice ?
- Pensez-vous qu'ils soient suffisamment sensibilisés par rapport à la sécurité et la qualité des soins ?
- Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?
- Est-ce qu'ils viennent spontanément vous parler d'amélioration de la sécurité et la qualité ?
- Avez-vous vécu une certification en tant que soignant ?
- Si oui, comment l'avez-vous vécu à l'époque ?
- Est-ce que la certification du 18/04 était votre première certification en tant que manager ?
- Comment avez-vous préparé votre équipe à cette visite ?
- Comment les soignants ont réagi durant les semaines qui ont précédé la visite ?
- Comment avez-vous vécu la visite en tant que manager ?
- Comment vivez-vous l'après-visite ?
- Comment les soignants la vivent ?
- Avez-vous eu des retours de la part des soignants :

- lors de la phase de préparation ?
- lors de la visite ?
- après la visite ?
- Avez-vous des remarques sur le déroulement de cet événement ? Par rapport au management de la qualité en général ?
- Qu'avez-vous pensez de cette interview ? Avez-vous des remarques ?

Participatif = conseil et soutien +++, écoute les avis/propositions avant de donner son avis, préfère passer l'info dans les entretiens individuels plutôt qu'en réunion, n'insiste pas sur le rapport hiérarchique

Persuasif = justifie +++ ces décisions et demandes, écoute et répond aux objections, explique ses idées/valeurs, adapte son discours pour être compris et convaincre chaque individu

Délégatif = responsabilise les soignant sur les missions, les objectifs, les projets, favorise l'initiative, contrôle mais à distance + fait confiance, n'est pas très proche des collaborateurs

Directif = donne des ordres et peu d'explications, communication ++ par écrit, favorise une communication collective en réunion plutôt que individuelle, contrôle fréquents et à court terme, relation avec l'équipe est distante.

Annexe 11 : Guide d'entretien semi-directif utilisé lors de l'étude qualitative à destination des soignants

A- Mieux connaître le soignant

- Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel ?
- Qu'est-ce qui vous a donné envie de faire ce métier ?
- Qu'attendez-vous de votre manager ?
- Citez-moi les 3 qualités qu'il faut pour être un bon manager selon vous ?
- Classez ces 4 styles de management en partant de celui qui correspond le plus au style de management de votre cadre à celui qui correspond le moins (participatif, persuasif, délégatif, directif) ?
- Pouvez-vous me donner des exemples/mises en situation qui expliquent votre classement ?

B- La qualité : le pdv du soignant

- Que pensez-vous de la qualité ?
- Avez-vous été formé à la qualité (méthode, enjeu...) ?
- Si oui, qu'avez-vous pensé de cet enseignement ?
- Avez-vous participé à des exercices d'amélioration de la qualité en pratique dans cet établissement ? (CREX, RMM, audit, EPP, journée sensibilisation, lecture Flash qualité...)
 - Si oui, comment ça s'est passé ?
 - Si oui, est-ce que c'est votre manager qui vous y a encourager ?
 - Si non, pourquoi ? Aimeriez-vous en faire ?
- Vous parle-t-il régulièrement de qualité et de sécurité des soins ?
- Vous arrive-t-il d'aller lui parler spontanément de ces questions ?
- Votre manager vous a-t-il expliqué votre rôle dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ?
 - Si oui, que vous-a-t-il dit ?
 - Si oui, est-ce que vous avez pris des initiatives en la matière ? (Remarque afin d'améliorer un protocole-procédure, participation à des évaluations, analyse des causes suite à un événement indésirable)
- Est-ce que la certification du 18/04 était votre première certification en tant que manager ?
 - Si non, comment l'avez-vous vécu à l'époque ?
- Comment avez-vous vécu la préparation de la visite ?

- Comment avez-vous vécu la semaine de visite ?
- Quel rôle votre manager a joué dans votre préparation ?
- Est-ce que cet événement vous a donné envie de participer davantage à la démarche qualité ?
- Si oui, en avez-vous parlé à votre manager ou comptez-vous le faire ?
- Avez-vous des remarques par rapport au déroulement de cet événement ? Par rapport au management de la qualité en général ?
- Qu'avez-vous pensé de cette interview ? Avez-vous des remarques ?

Participatif = conseil et soutien +++, écoute les avis/propositions avant de donner son avis, préfère passer l'info dans les entretiens individuels plutôt qu'en réunion, n'insiste pas sur le rapport hiérarchique

Persuasif = justifie +++ ces décisions et demandes, écoute et répond aux objections, explique ses idées/valeurs, adapte son discours pour être compris et convaincre chaque individu

Déléгатif = responsabilise les soignant sur les missions, les objectifs, les projets, favorise l'initiative, contrôle mais à distance + fait confiance, n'est pas très proche des collaborateurs

Directif = donne des ordres et peu d'explications, communication ++ par écrit, favorise une communication collective en réunion plutôt que individuelle, contrôle fréquents et à court terme, relation avec l'équipe est distante.

Annexe 12 : Tableau d'analyse des entretiens semi-directifs relatifs à l'étude qualitative

	"Mon témoignage c'est qu'il faut faire de la qualité car on le doit au patient et si on ne nous assure on aura besoin de soin." "On a fait ça pour nos patients donc on continue la qualité." "un peu comme un défi parce que je me dis qu'on le doit à nos patients en fait." "Il ne faut pas oublier qu'on peut être patient nous aussi demain. Moi, j'aimais bien être bien prise en charge et avoir des soins de qualité, avec des gens agréables et qualifiés." "comme on dit, « le client est roi » dans les magasins et bien, à l'hôpital « le patient est roi », c'est pareil." "on ne lâche pas, on continue maintenant que les experts sont partis, je ne veux pas renouer de baser dans les couloirs, je veux pas renouer de triser ouvert, je veux que les chariots de distribution de médicaments restent comme ils sont parce que c'est très bien - Enfin voilà, on ne va pas fait pour eux, ça n'est pas pour 5 personnes qu'on l'a fait tout ça. On l'a fait pour nos patients." "Il n'est appelé, ça sent tout très intelligant." "ils ont dit « mais nous Sophie, on se sentait prêt parce que ça fait des mois qu'on travaillait ensemble ». C'est aussi une procédure valorisante pour les équipes « certes ça repse une évaluation, mais qu'il ne faut pas le prendre que comme ça. C'est aussi une façon de valoriser tout ce que vous faites au quotidien, c'est une façon de montrer à la HAS toutes les actions que vous faites pour que le patient se sente bien, pour qu'il soit bien soigné." "c'est l'occasion ou jamais de prouver et de montrer tout le travail que vous faites et puis on se qu'on fait espérer/that tout ce qu'on a mis en place, ça n'est pas que pour les experts ». Tout ce travail, c'est du travail à long terme." "je les ai beaucoup entendus avant, pendant et après la visite. Je les ai remercié aussi parce que voilà, elles étaient épatées, elles avaient envie de faire bien." "Précédemment, ça n'était pas du tout comme ça. C'est à dire que les experts arrivaient et 2 jours avant, on nous posait une grosse enveloppe en nous disant « voilà tout ça avant la visite » et donc nous, on se dit « mais on ne va jamais pouvoir apprendre tout ça, ça n'est pas possible »" "ce n'était pas une culture qualité en fait." "C'est une démarche qui va au-delà de la certification et je pense que c'est quelque chose sur lequel il faut s'appuyer pour avancer" "Dès lundi matin, quand je suis arrivée, j'ai refait le tour de toutes mes unités et j'ai dit à je vous préviens, on ne laisse pas redéborder le soufflé. Là, vous avez fait de la qualité, on n'a pas fait ça pour les experts. On a fait ça pour nos patients donc on continue la qualité ». Elles ont dit « mais nous, ne l'oubliez pas, on a bien compris. On continue comme ça, on ne laisse pas tomber ». Voilà donc après, c'est à moi de le maintenir ça." "j'ai dit qu'il faut qu'on maintienne cette culture pour ne pas se retrouver face aux mêmes problèmes dans 4 ans." "Je pense que si les équipes se sentent bien sur leur lieu de travail, forcément il y a un impact sur la qualité des soins." "ça fait d'être organisé, même la surcharge de travail est moins compliquée." "ça a conduit à de meilleures conditions de travail pour qu'on puisse donner des soins de meilleure qualité" "C'était vraiment le bazar à l'époque des postes de soins c'était n'importe quoi, les réserves étaient ringolées n'importe comment. Il n'y avait plus d'organisation plus d'investissement des gens. En fait, c'était parce qu'ils ne se sentaient chez eux nulle part, parce qu'ils tournaient tout le temps. [...] Et du coup, j'ai demandé à l'époque à la directrice des soins d'arrêter [ce mode fonctionnement] et de s'arrêter." "Pour essayer de retrouver un rythme de travail, une cohésion, une organisation et que chacun se sente chez soi, ça change les choses." "Effectivement, il n'y a pas photo l c'est beaucoup mieux, elles sont chacune à leur étage et elles l'entraident les unes les autres quand elles en ont besoin." "ça les encourage beaucoup" j'ai un peu observé chacun pour voir un peu quel était leur rythme." "la qualité des soins, c'est hyper important parce que sans rigueur ça ne peut pas fonctionner donc il faut que chacun soit rigoureux et ça je pense que c'est à nous, les managers de le promouvoir le plus possible et c'est au cadre d'appliquer ça. Il faut que les gens aient envie d'en faire et s'ils n'ont pas envie, il faut les convaincre." "il faut être patient, être encourageant"	"C'est primordial. Je fais directement le lien avec la qualité de vie du patient. La qualité, c'est assurer la sécurité et le bien être des patients. C'est faire de ton mieux pour eux."			"En fait, il y en a certaines elles intègrent bien que la qualité fait partie intégrante du travail et donc que c'est aussi important que de vérifier qu'une personne va bien. Et il y en a d'autres, effectivement, elles sont effrayées. Elles arrivent à la conclusion qu'on n'a pas le temps, on est en sous-effectif. Alors certes, j'ai des des d'années sage femme qui travaillent à côté et elles ont des discussions un peu contradictoires du style "vous la certification, ça fait chier". Et non, ça ce n'est pas contradictoire parce que tu sais, on peut abriter beaucoup de travail mais si on le fait n'importe comment, ça n'est pas bien et clairement on sera délaissée par la suite. Donc c'est à une vraie culture qualité à mettre en place qui est effectivement, ce n'est pas la priorité numéro un des hôpitaux, ça c'est sûr, mais ça doit faire partie au moins du trio"	"On doit continuer nos efforts pour faire mieux pour nos patients et leur bébé."
La qualité, devoir vis-à-vis des usagers						
						</

TITRE

Motivation et Qualité des Soins dans les organisations de santé : Vers une Approche Autodéterminée pour l'Amélioration Continue

RÉSUMÉ

Dans un contexte de recherche de qualité au sein des organisations de santé, ce mémoire explore les liens entre la motivation intrinsèque des soignants et la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. En s'appuyant sur la Théorie de l'Autodétermination, cette étude propose des recommandations novatrices pour stimuler l'engagement des professionnels de santé. Les résultats de nos analyses qualitatives et quantitatives, combinés à une revue approfondie de la littérature, dévoilent des stratégies prometteuses pour initier et maintenir une démarche qualité axée sur les besoins fondamentaux d'autonomie, de compétence et d'appartenance. Ce mémoire offre une vision globale et pratique de l'intégration de l'autodétermination dans le management des établissements sanitaires mais aussi médico-sociaux.

MOTS CLÉS

Qualité des soins
Démarche qualité
Management de la qualité
Motivation intrinsèque
Autodétermination
Besoins fondamentaux
Autonomie
Compétence
Appartenance sociale
Cercle vertueux