

Six maisons de repos et de soins en Wallonie ont mis en œuvre un changement de paradigme centré sur la qualité de vie, la participation et l'empowerment, malgré des contraintes systémiques majeures. En croisant analyses théoriques et récits de terrain, l'étude s'appuie sur une recherche qualitative robuste et révèle à la fois les leviers d'innovation et les tensions qui freinent la transformation durable des pratiques d'accompagnement et de soin.

Étude ESCaP

EVALUATION SCIENTIFIQUE
DES PROJETS PILOTES
« CHANGEMENT DE
PARADIGME »

Thérèse Van Durme & Tatiana de la Croix

**Avec la contribution, pour la partie
discussion**

Laure Istas & Denis Herbaux (PAQS)

Laura Deprez, Pierre Misotten & Stéphane

Adam (Université de Liège)



Institut de recherche santé et société

1. Résumé des résultats : la peur du changement induite par des facteurs systémiques et personnels

L'étude scientifique ESCaP, consacrée à l'évaluation de la mise en œuvre du projet Changement de paradigme dans six maisons de repos en Wallonie a mis en lumière des résultats encourageants et porteurs de transformation pour le secteur du soin et de l'accompagnement aux aînés. S'inscrivant dans une démarche qualitative rigoureuse, la recherche a permis d'identifier une série de facteurs structurels, cognitifs et humains qui influencent profondément l'appropriation des changements. L'analyse transversale des domaines à l'aide de lunettes analytiques d'un cadre théorique de l'implémentation, des styles de leadership et de l'empowerment organisationnel révèlent plusieurs constantes critiques qui mènent à ce qui est communément appelé « la peur du changement ».

Les sources de données incluent des interviews avec 14 parties prenantes externes aux MR·S (formateurs s'étant rendus dans les MR·S, membres de l'AVIQ et du cabinet de l'ex-ministre wallonne Mme Morreale, coaches de la PAQS et scientifiques), 6 focus groups incluant 36 professionnels aux profils représentant bien la diversité présente dans les MR·S (profils médicaux, infirmiers, paramédicaux, animateurs, techniques, cuisine), des notes d'observation ainsi que des documents mis à la disposition par la PAQS et les MR·S participantes.

1. Une sur-ambition organisationnelle freinant l'engagement

Malgré un contexte marqué par des tensions structurelles et une surcharge institutionnelle post-pandémique, plusieurs professionnels des établissements engagés ont manifesté un engagement remarquable. Cependant, les objectifs, bien que porteurs d'un sens reconnu, étaient souvent surdimensionnés, mal hiérarchisés et rigides. Leur déconnexion du terrain a freiné l'appropriation et l'efficacité. Une démarche de co-construction plus réaliste et adaptée aux capacités des acteurs locaux aurait permis un meilleur alignement stratégique, afin d'en faire un vrai projet institutionnel.

2. La participation des résidents aux processus décisionnels en voie d'augmentation

Les intentions déclarées étaient souvent sincères, portées par des valeurs humaines fortes. La participation des résidents aux processus décisionnels, bien qu'encore perfectible, a été citée comme une réussite majeure, contribuant à une revalorisation du rôle des usagers dans les dynamiques institutionnelles. La volonté de développer des pratiques de soins centrées sur la personne s'est traduite par l'adoption de méthodes innovantes (ex. approche Montessori, outils de communication adaptés), attestant de la capacité du secteur à intégrer des pratiques réflexives et éthiques. Toutefois, sans un environnement structurant, un accompagnement incluant l'AVIQ et une gouvernance participative, ces intentions sont restées à l'état d'idées ou se sont érodées. Une mobilisation efficace exige une transformation de l'intention en action à travers un cadre facilitant, cohérent et inclusif.

3. Le contexte environnemental, obstacle structurel majeur

La surcharge de travail, le sous-financement chronique et l'instabilité des équipes ont créé un environnement peu favorable à l'innovation. La crise post-COVID a accentué cette réalité. L'absence de relais techniques internes a également freiné l'appropriation des outils pourtant essentiels au pilotage des actions. Le projet s'est parfois greffé sur des structures déjà fragilisées, augmentant les résistances.

4. Les connaissances : levier et barrière simultanément

Nos résultats soulignent également l'impact positif du coaching et des formations dispensées, lesquelles ont permis d'introduire de nouveaux outils de gestion de la qualité et d'ancrer une culture d'apprentissage continu. De nombreux professionnels ont exprimé leur satisfaction quant aux retombées sur le bien-être des résidents, renforçant la motivation individuelle et collective à poursuivre les efforts engagés. Ces mêmes résultats montrent cependant une ambivalence marquée dans le domaine des connaissances au sein des MR·S. Lorsque les outils pédagogiques étaient accessibles et contextualisés, l'apprentissage a suscité un réel changement. Mais l'usage d'un vocabulaire technocratique, le manque de vulgarisation, et l'absence de documentation claire ont contribué à une incompréhension généralisée. Cela a freiné la dynamique d'engagement, particulièrement dans des structures peu familières avec les méthodes de gestion de projet.

5. Des compétences techniques insuffisamment développées

Selon les personnes interviewées, les compétences des professionnels au sein des MR·S, se sont avérées souvent inadaptées aux exigences du projet. Parallèlement, les formations, jugées trop théoriques ou peu opérationnelles, n'ont pas permis un transfert suffisant. Toutefois, des compétences relationnelles et une capacité à mobiliser les équipes ont parfois compensé ces lacunes, soulignant la valeur des savoir-être dans la conduite du changement.

6. Le rôle déterminant de la reconnaissance et du soutien

Le facteur « Renforcement » montre que les retours positifs des bénéficiaires ont agi comme moteur de motivation. Toutefois, l'absence de reconnaissance institutionnelle formelle, de valorisation publique et de dispositifs pérennes a affaibli la continuité des efforts. Il est indispensable d'instituer des rituels de reconnaissance visibles et structurants pour soutenir l'élan collectif.

7. Une gouvernance floue au niveau du programme et un leadership isolé au sein des MR·S

Des défis notables apparaissent dans les modalités de gouvernance du programme. Le manque de clarté des rôles entre les institutions (AVIQ, PAQS, cabinets) a fragilisé la dynamique d'implémentation. Au sein des MR·S, l'émergence d'un leadership participatif et de dispositifs

de gouvernance plus inclusifs dans plusieurs établissements témoignent d'une évolution culturelle significative. Certains établissements ont su mobiliser l'intelligence collective, instaurer un climat de confiance, et créer des espaces de reconnaissance symbolique, autant de conditions favorables à l'appropriation du changement. Toutefois, l'absence de leaders formés ou reconnus au sein des structures, ainsi que la personnalisation du leadership (dépendance à des figures isolées) a rendu les projets vulnérables aux départs ou à l'usure.

8. Une dynamique émotionnelle instable

Les émotions ont fortement influencé le projet. Fierté, sens et solidarité ont été des leviers puissants. Mais l'épuisement et la frustration ont également été présents, notamment face au manque de moyens financiers à accompagner le changement au sein des MR·S, à l'inverse de ce qui avait été alloué pour la formation, l'accompagnement et l'évaluation externes, à l'absence de reconnaissance, au poids de la charge mentale et aux limites structurelles. La gestion des émotions est donc un paramètre incontournable à intégrer dans les dispositifs d'accompagnement.

9. Thématiques émergentes et recommandations des participants

En parallèle, des leviers facilitants ont été identifiés : donner du sens au changement, valoriser tous les métiers, mobiliser l'intelligence collective et instaurer un accompagnement de proximité. Ces leviers ont été effectivement mobilisés au sein des MR·S, ce qui a permis d'induire un changement, rapporté plusieurs mois après la fin du coaching. Même si ce changement n'est pas toujours à la hauteur des objectifs de départ, ils sont cependant bien présents et ancrés dans les routines. Les recommandations issues du terrain constituent une feuille de route pertinente pour l'élargissement du dispositif à d'autres maisons de repos et de soins. Elles appellent à clarifier les objectifs et le langage, renforcer la formation, structurer la gouvernance, adapter les outils au contexte et reconnaître les réussites. Ces actions sont indispensables pour rendre le changement durable et ancré dans les réalités du secteur.

10. Recommandations à la suite de cette étude

L'évaluation du projet ESCaP met en évidence que la réussite du Changement de Paradigme en maison de repos repose sur l'appropriation collective des valeurs du projet, soutenue par une gouvernance participative et un accompagnement adapté. Trois leviers d'action prioritaires se dégagent : (1) renforcer les capacités internes des établissements via la formation, la mise en réseau et la reconnaissance de l'expertise professionnelle ; (2) adapter les cadres réglementaires afin de mieux respecter les temporalités du changement organisationnel ; (3) instaurer un dispositif de suivi et d'apprentissage collectif structuré autour de l'échange d'expériences et du coaching externe, relayé par la désignation d'une personne de référence interne. Enfin, les conflits de valeurs rencontrés dans le projet ESCaP peuvent être interprétés non pas comme des freins, mais comme des indicateurs de points de bascule organisationnels. Leur gestion requiert une gouvernance distribuée, un soutien méthodologique contextualisé, et une

reconnaissance symbolique des trajectoires professionnelles. La transformation ne peut réussir sans la mobilisation des personnes concernées. Il est essentiel de préserver des espaces de dialogue, de reconnaissance et d'expérimentation, pour favoriser une dynamique de changement coconstruite, inscrite dans les réalités des pratiques et des contextes locaux.

En somme, l'étude ESCaP met en lumière le potentiel transformateur du secteur lorsqu'il est accompagné de manière contextualisée, participative et valorisante. Elle constitue un socle de connaissances opérationnelles et stratégiques pour la conduite de futures politiques de qualité en matière d'accompagnement et de soins en institution. La triangulation avec les données issues des études ULiège-LyAge confirment que la qualité de vie des résidents constitue un indicateur sensible et robuste pour évaluer l'appropriation d'un changement de paradigme ; elle montre aussi que le maintien des bénéfices exige une gouvernance inclusive, une communication constante et des ressources adaptées à chaque contexte institutionnel.

Table des matières

1. Résumé des résultats : la peur du changement induite par des facteurs systémiques et personnels.....	2
2. Remerciements	8
3. Contexte général du projet	10
3.1. Mise en œuvre et accompagnement du projet.....	12
3.2. Justification scientifique de l'étude décrite dans ce rapport	14
4. Objectifs de la recherche.....	15
5. Questions de recherche	16
5.1. Question de recherche principale	16
5.2. Questions de recherche secondaires	16
6. Méthodologie.....	17
6.1. Problématique et visée de la recherche.....	17
6.2. Approche épistémologique et design de recherche	17
6.3. Cadres conceptuels mobilisés	17
6.4. Méthodes de collecte des données	19
6.5. Stratégie d'analyse des données	19
6.6. Considérations logistiques et éthiques	19
6.7. Répartition des rôles dans cette recherche.....	20
7. Résultats.....	21
7.1. Description des professionnel-e-s ayant participé aux 6 focus group au sein des MR-S au mois d'avril à juin 2025	21
7.2. Analyse des facteurs d'implémentation selon le Theoretical Domains Framework..	22
7.3. Analyse du style de leadership selon le modèle de leadership pour l'implémentation du changement	68
7.4. Analyse de l'empowerment organisationnel	84
7.5. Recommandations émises par les personnes interviewées pour la mise en œuvre d'un changement de paradigme dans les maisons de repos	92
8. Discussion des résultats et de la démarche méthodologique	94
8.1. Analyse critique de la mise en œuvre du changement de paradigme en maison de repos	94
8.2. Triangulation avec les recherche menées en parallèle (thèse de Laura Deprez, audit Lyage)	100
8.3. Apports et limites de la méthodologie mobilisée.....	103
8.4. Enjeux pour la recherche	104
9. Conclusion générale et recommandations	105
Perspectives	106

10.	Références.....	107
11.	Annexes.	110
a.	Annexe 1 : Guide d'entretien pour interviewer les parties prenantes accompagnant les 6 projets pilote dans les MR·S wallonnes (externes)	110
b.	Annexe 2 : Guide d'entretien pour interviewer les parties prenantes au sein des 6 MR·S qui ont fait partie des projets pilote dans les MR·S wallonnes - Soutenir le changement de paradigme dans les maisons de repos	113
c.	Annexe 3 : Analyse comparative des objectifs par MR·S, leurs plans d'action et l'atteinte ou non de ces objectifs	117
d.	Annexe 4. Fonctions de leadership en fonction des perspectives internes et externes	118
e.	Annexe 5 : Perspectives de recherche futures	120

2. Remerciements

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à l'ensemble des personnes et institutions qui ont contribué à la réalisation de cette étude scientifique dans le cadre du projet pilote « Changement de paradigme » dans les six maisons de repos-pilotes en Wallonie.

Nos premiers remerciements vont à l'AVIQ pour son soutien institutionnel et sa participation au pilotage du projet, ainsi qu'à la PAQS pour la mise en œuvre du dispositif d'accompagnement et de formation, dans un esprit de co-construction et de partage d'expertise, sans oublier les collègues de l'ULiège, avec qui les échanges ont été aussi riches qu'agréables.

Nos remerciements vont également aux professionnel-le-s des six maisons de repos participantes pour leur disponibilité, leur engagement et la richesse des échanges lors des focus groups. Leur implication a permis de faire émerger des données précieuses sur les dynamiques de transformation à l'œuvre dans les établissements.

Nous exprimons notre reconnaissance aux relectrices et collègues de l'AVIQ (Sandrine Boyals et Marlène Mélon), ainsi qu'aux contributeurs à la discussion et à l'analyse critique : Laure Istas et Denis Herbaux (PAQS), ainsi que Laura Deprez, Pierre Misotten et Stéphane Adam (Université de Liège), pour leurs regards complémentaires et leur apport constructif tout au long de l'étude.

Enfin, nous saluons toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à cette évaluation, qu'il s'agisse de formateurs et de membres de cabinets ministériels dont les témoignages éclairent avec nuance et humanité les enjeux du changement en institution.

Thérèse Van Durme et Tatiana de la Croix

Comment citer ce rapport ?

Van Durme, Thérèse et de la Croix, Tatiana, ESCaP. Rapport final – Évaluation du changement de paradigme dans six maisons de repos en Wallonie. Bruxelles, UCLouvain; 2025. 121 p.

3. Contexte général du projet

En Wallonie, les maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MR·S) jouent un rôle fondamental dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Elles offrent non seulement des soins, mais aussi un environnement sécurisant et un soutien social indispensable. Toutefois, malgré les efforts du secteur, ces structures doivent faire face à une série de défis majeurs : vieillissement de la population, (la moyenne d'âge des résidents est de 86 ans), complexification des besoins (notamment en soins de plus en plus techniques et augmentation croissante de résidents présentant des troubles de comportement), pressions budgétaires et ressources humaines limitées (Wallonie Santé, 2022).

À ces difficultés structurelles s'ajoute un taux de rotation important au sein des équipes de direction, accéléré depuis la crise de la COVID-19 (Cellule de planification de l'offre médicale - SPF Santé Publique, 2022). Ce turnover impacte directement la stabilité organisationnelle et, par conséquent, la qualité des soins prodigués (Piron et al., 2021). Dans ce contexte marqué par des tensions sur l'offre et une demande croissante, garantir la qualité de vie et le bien-être des résidents constitue une priorité absolue.

Afin de répondre à ces enjeux, le cabinet de Madame la Ministre Morreale dans le cadre du plan « Vieillissement et qualité » (post-COVID). Ce projet était un des quatre axes¹ de ce plan. L'AViQ a lancé un appel à projets destiné à accompagner six MR·S dans une démarche de changement de paradigme. Cette démarche vise une transformation en profondeur des modèles de gouvernance, en favorisant une plus grande participation des résidents, des pratiques de soins centrées sur la personne et une culture organisationnelle valorisant l'autonomie, l'empowerment et le bien-être global.

Les critères et processus de sélection des M·RS pilotes sont décrits en détail dans les rapports annuels de la PAQS (PAQS ASBL, 2022, 2023). En résumé, nous observons qu'un processus de sélection rigoureux a été mis en place afin d'identifier six établissements pilotes représentatifs du secteur.

Le processus a débuté le 22 novembre 2021 par le lancement d'un appel à candidatures à destination de l'ensemble des MR·S de Wallonie. Les établissements intéressés étaient invités à soumettre leur dossier au plus tard pour le 31 janvier 2022. Les pièces demandées incluaient une fiche synthétique précisant les informations administratives, les motivations de l'établissement, la description de pratiques innovantes existantes, un projet d'amélioration de la qualité, l'engagement des ressources disponibles ainsi que l'existence éventuelle de liaisons fonctionnelles avec des structures hospitalières. Le projet de vie institutionnel devait également être annexé. En parallèle, une enquête sur la disposition au changement a été menée auprès du personnel via le questionnaire ORIC (Organizational Readiness for Implementing Change), dans une version traduite et validée selon les recommandations méthodologiques de l'OMS (Shea, Jacobs, Esserman, Bruce, & Weiner).

¹ Ces quatre axes étaient la bientraitance, les espaces communautaires, le changement de paradigme et les normes.

Afin d'assurer l'équité et la transparence du processus, un webinaire d'information a été organisé le 14 janvier 2022, permettant aux structures intéressées de poser leurs questions et de recevoir un accompagnement quant à la constitution de leur dossier. À la clôture de l'appel, 36 candidatures ont été réceptionnées. Un premier filtrage a été effectué sur base de critères de recevabilité : la complétude du dossier, la transmission du projet de vie institutionnel, et la validité des réponses au questionnaire ORIC. Deux dossiers ont été écartés à cette étape.

L'analyse qualitative des 34 candidatures restantes a été réalisée par le comité scientifique du projet, composé de représentants des universités partenaires (ULiège, UCLouvain, ULB) ainsi que de la PAQS et de l'AViQ. Afin de garantir une représentativité sectorielle et géographique, plusieurs critères ont été considérés : la localisation géographique, le type de gestion (indépendant ou groupe), la taille de l'établissement (nombre de lits et de personnel), l'existence de liaisons hospitalières, le score moyen et le taux de réponse au questionnaire ORIC, les objectifs d'amélioration formulés, ainsi que le niveau d'innovation des pratiques décrites.

Les structures ont été réparties en quatre groupes ou "clusters" combinant les dimensions d'ouverture au changement (score ORIC)² et d'innovation déclarée. Tous les établissements présentaient des scores supérieurs à 3.5, ce qui indique une disposition organisationnelle favorable au changement. La Résidence E se démarque par un score de 4.37, traduisant une dynamique d'équipe très positive et un engagement particulièrement fort. Ces résultats suggèrent que le processus de sélection a effectivement permis d'identifier des maisons de repos prêtes à expérimenter un changement de paradigme. Cette typologie a permis de croiser différents profils et de sélectionner un échantillon équilibré, reflétant la diversité du secteur. La sélection finale, entérinée le 14 mars 2022, a porté sur six établissements : la maison de repos Louis Theys (Gosselies), le centre de soins Saint-Joseph (Moresnet), la résidence Le Châlon (Chimay), la résidence Prince Léopold – Le Cèdre Bleu (Jodoigne), la résidence Notre-Dame (Huy) et la résidence René Magritte (Lessines). Les institutions sélectionnées ont reçu une notification formelle accompagnée des informations relatives à la suite du projet.

Le tableau 1 donne un aperçu des maisons de repos sélectionnées

² L'échelle ORIC mesure la préparation organisationnelle au changement à travers deux composantes principales : la valence du changement (à quel point les membres perçoivent le changement comme important) et l'efficacité collective perçue (à quel point ils pensent pouvoir réussir le changement). Chaque item est noté sur une échelle de 1 à 5, où 1 = Pas du tout d'accord et 5 = Tout à fait d'accord. Selon Shea et al., un score ≥ 3.5 reflète un niveau élevé de préparation organisationnelle, propice à l'implémentation d'un changement complexe.

Tableau 1. Caractéristiques des MR·S sélectionnées (source : présentation PAQS 21 juin 2022, document non publié)

Maison de repos	Statut	Capacité (lits)	Nb Répondants ORIC (ratio* - %)	Score d'ouverture au changement (/5)
Résidence A	Public	115	36 (65.1)	4.01
Résidence B	Public	111	49 (109.91)	3.79
Résidence C	Privé ASBL	186	101 (95.4)	4.03
Résidence D	Public	152	62 (103,02)	3.6
Résidence E	Privé commercial	60	79 (170.9)	4.37
Résidence F	Privé commercial	59	23 (78,86)	3.73

Légende 1(* par rapport aux nombre de répondants attendus)

Par souci de transparence, toutes les structures non sélectionnées ont été informées des critères ayant guidé la décision. Elles ont également été invitées à solliciter un entretien individuel en cas de souhait de clarification. Deux établissements ont ainsi demandé un échange. Bien que non retenues, ces structures bénéficient des retombées globales du projet, notamment via la diffusion des outils et des apprentissages issus des MR·S pilotes, qui est prévue en automne 2025.

3.1. Mise en œuvre et accompagnement du projet

Pour soutenir les établissements engagés, un dispositif d'accompagnement a été mis en place par la **PAQS**. Celui-ci comprenait :

- **Un accompagnement individuel** par institution ;
- **Des formations communes** à l'ensemble des établissements participants ;
- **Des séances d'échange inter-MR·S** visant à favoriser les apprentissages croisés.

La méthodologie mobilisée repose sur les outils classiques de l'amélioration continue, notamment la définition d'objectifs SMART, l'élaboration de *driver diagrammes*, le suivi d'indicateurs via *run charts* et la construction de plans d'actions concrets. Ces démarches ont été réalisées, autant que possible, en co-construction avec les résidents et le personnel à travers des groupes de travail locaux. L'objectif était de permettre aux comités de pilotage internes de s'approprier progressivement les outils afin de les utiliser de manière autonome.

En parallèle, des audits étaient menés par LyAge, afin d'évaluer les conditions locales d'accueil et d'identifier les points d'appui pour un accompagnement personnalisé des résidents. La démarche s'est appuyée sur une approche structurée selon dix thématiques-clés de la vie en institution, chacune examinée à travers des critères concrets et opérationnels.

L'évaluation a été réalisée lors d'une journée de visite sur site, au cours de laquelle un·e conseillère de LyAge a animé une réunion d'audit en présence de la direction, du personnel

infirmier, paramédical et technique. Cette rencontre a permis de croiser les regards professionnels sur les pratiques institutionnelles dans différents domaines, notamment les soins, l'autonomie, la participation sociale, la qualité de vie, l'environnement physique et la gestion des transitions.

La méthodologie a combiné une approche qualitative et une approche quantitative. Sur le plan qualitatif, les données ont été recueillies à partir des échanges avec les équipes, des observations sur le terrain et de l'analyse de documents internes. Ces éléments ont permis de produire une lecture contextuelle des pratiques, en mettant en évidence les points forts, les enjeux et les leviers d'amélioration.

Sur le plan quantitatif, des mesures de qualité de vie ont été collectées selon une approche pré-post. Ces données ont permis d'objectiver l'évolution du bien-être des résidents au fil du temps, en lien avec les dynamiques d'accompagnement mises en œuvre. L'analyse des résultats a contribué à enrichir les constats issus de l'audit, en apportant une dimension chiffrée aux effets perçus sur le terrain.

Le rapport final remis à chaque responsable d'établissement présente, pour chaque thématique, une synthèse des constats, des exemples de pratiques significatives, ainsi que des recommandations adaptées au contexte de l'établissement. L'ensemble de la démarche vise à soutenir une dynamique d'amélioration continue et à encourager l'appropriation locale des changements favorisant un accompagnement plus personnalisé et respectueux des besoins des personnes âgées (Missotten, Deprez, & Levenstond, 2025a, 2025b, 2025c, 2025d, 2025e, 2025f).

Ligne du temps

Le projet pilote « Changement de paradigme » s'est déployé sur une période de trois années, débutant à la fin de l'année 2021 et s'achevant à l'automne 2024. Cette temporalité s'inscrit dans un contexte post-pandémique marqué par un besoin accru de réorganisation institutionnelle et d'amélioration de la qualité de vie au sein des maisons de repos.

Les phases de formation et de coaching ont été réparties tout au long du projet, avec une concentration des interventions les plus intensives durant les dix-huit premiers mois. Les établissements ont bénéficié de dispositifs pédagogiques variés, dont le module « Improvement Basics », visant à renforcer les compétences en gestion de projet et en formalisation d'objectifs. Des ateliers thématiques, tels que ceux consacrés à la communication (ex. : session Pelgrim, été 2024), ont complété ce dispositif, assurant un accompagnement progressif et contextuel.

La collecte de données pour l'évaluation via l'étude ESCaP s'est déroulée à la fin de la période de coaching et de formation. Cela a pour conséquence que les observations rapportées lors des entretiens avec les parties prenantes externes aux MR·S portent sur des faits remontant à un à cinq mois, alors que pour les professionnels des MR·S « internes », ces faits pouvaient remonter à sept mois en moyenne, voire neuf mois pour l'une d'entre elles (Résidence F). Cette différence de temporalité peut expliquer certaines différences parmi les observations.

Gouvernance du projet-pilote

Parallèlement, il était prévu que l'AViQ assure un suivi régulier du projet et co-ordonne l'ensemble du processus avec la PAQS. Ce pilotage conjoint a permis d'assurer une cohérence dans l'implémentation, le suivi et le rapportage du projet auprès des autorités et du secteur. Nos résultats montrent cependant que cette collaboration a connu des défis au cours du programme.

3.2. Justification scientifique de l'étude décrite dans ce rapport

Le projet ESCaP s'inscrit dans une dynamique plus large de soutien à la qualité dans les MR·S en Wallonie. Il contribue à la mise en œuvre de la réglementation relative à la démarche qualité (Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé, art. 1440/10) (Gouvernement Wallon, 2013) et offre un terrain d'apprentissage utile pour l'ensemble du secteur.

Le but de cette étude est de produire une évaluation scientifique des conditions d'implémentation du changement de paradigme. À travers une approche de type recherche-action, il s'agit d'identifier les leviers et freins rencontrés par les institutions, de documenter les stratégies déployées et d'évaluer l'impact du dispositif sur les dynamiques organisationnelles, les pratiques professionnelles et, in fine, la qualité de vie des résidents. La demande exprimée par le comité d'accompagnement était de tirer les leçons de l'ensemble du processus. Pour rester dans une logique critique constructive, le parti pris était de ne pas comparer les MR·S entre elles, afin d'éviter les logiques de compétition décontextualisée des défis individuels que rencontrent les MR·S.

4. Objectifs de la recherche

L'objectif premier de la recherche est d'identifier des bonnes pratiques permettant de soutenir le changement de paradigme dans les MR·S qui ont fait partie de l'étude pilote et de formuler des recommandations utiles pour l'AViQ et l'ensemble des MR·S wallonnes. L'objectif n'est pas d'identifier d'éventuelles « bonnes » ou « mauvaises » MR·S, mais bien de comprendre comment, pour quelles MR·S et pourquoi ce changement de paradigme a pu être mis en œuvre et pourquoi.

5. Questions de recherche

5.1. Question de recherche principale

Quels sont les facteurs d'implémentation qui conditionnent la réussite ou les limites de la mise en œuvre des projets pilotes de changement de paradigme dans les maisons de repos en Wallonie, en particulier en ce qui concerne les pratiques professionnelles, l'organisation du travail et la qualité de vie des résidents ?

5.2. Questions de recherche secondaires

- **Évolution des objectifs**

Quels objectifs de transformation organisationnelle ont été définis par les maisons de repos ? Ces objectifs ont-ils évolué au cours du projet, et pour quelles raisons ?

- **Processus de priorisation**

Comment les objectifs et les activités ont-ils été priorisés dans chaque structure ? Qui a été impliqué dans ces décisions, selon quelles modalités de répartition des rôles et responsabilités ?

- **Analyse des leviers et freins**

Quels sont les principaux leviers (facilitateurs) et freins (barrières) identifiés à la mise en œuvre du changement, aux différents niveaux (individuel, collectif, organisationnel, systémique) ?

- **Apports du soutien externe et des ressources**

Quel a été l'impact des dispositifs d'accompagnement (formations, coaching, encadrement), des ressources financières et du cadre institutionnel sur la dynamique de transformation ?

6. Méthodologie

6.1. Problématique et visée de la recherche

Cette recherche s'inscrit dans le cadre de l'évaluation scientifique des projets pilotes du programme *Changement de Paradigme* (ESCaP), mis en œuvre dans plusieurs maisons de repos (MR·S). L'objectif principal de cette étude consiste à identifier et analyser les facteurs qui influencent l'implémentation effective des activités initiées dans le cadre de ces projets. Plus précisément, il s'agit de comprendre les leviers et les freins organisationnels, humains et contextuels à la transformation des pratiques, à la lumière d'un changement de paradigme centré sur la qualité de vie des résidents.

6.2. Approche épistémologique et design de recherche

L'étude adopte une démarche qualitative, interprétative et compréhensive, s'inscrivant dans le champ de l'évaluation réaliste (Pawson & Tilley, 1997). Cette approche permet d'interroger les liens entre contexte, mécanismes d'action et résultats observés, dans une perspective de production de connaissances situées et transférables. Le design de recherche combine une étude de cas multiples avec des méthodes inductives d'analyse thématique, favorisant l'exploration de la diversité des dynamiques à l'œuvre au sein des établissements participants (Denzin & Lincoln, 2011; Yin, 2017).

6.3. Cadres conceptuels mobilisés

L'élaboration du protocole ainsi que l'analyse des données se sont appuyées sur trois cadres théoriques principaux. Initialement, le Theoretical Domains Framework avait été retenu en raison de sa pertinence pour étudier la mise en œuvre de projets complexes, tels que ceux visant un changement de paradigme organisationnel. Toutefois, au cours de l'analyse, il est apparu que ce cadre ne permettait pas d'appréhender de manière suffisamment fine les dynamiques de leadership au sein des maisons de repos (MR·S), alors même que cette dimension s'est révélée centrale, notamment au regard des retours des coaches de la PAQS et des membres de l'équipe LyAge. Par ailleurs, l'analyse des premiers entretiens a progressivement mis en évidence l'intérêt d'explorer les apports du cadre de l'empowerment organisationnel, dans la mesure où celui-ci permet d'éclairer certains résultats liés au sentiment d'impuissance organisationnelle systémique, exprimé de manière récurrente par les parties prenantes lors des rencontres inter-institutionnelles.

6.3.1. Le Theoretical Domains Framework (Atkins et al., 2017)

Développé initialement pour consolider la compréhension des déterminants du comportement en contexte de changement, le Theoretical Domains Framework (TDF) fournit un cadre intégratif composé de 14 domaines cognitifs, motivationnels, sociaux et environnementaux qui influencent la mise en œuvre des pratiques. Ces domaines incluent, entre autres, les connaissances, les compétences, les croyances sur les capacités et les conséquences, le rôle et l'identité professionnelle, ainsi que les facteurs contextuels et les régulations comportementales.

L'intérêt du TDF réside dans sa capacité à articuler les mécanismes psychologiques sous-jacents à l'action individuelle et collective, en tenant compte des dynamiques sociales et des contraintes organisationnelles. Dans le projet ESCaP, le TDF a servi de base à la construction des guides d'entretien et a structuré l'analyse thématique des verbatim, permettant d'identifier les obstacles et les leviers à la mise en œuvre effective des pratiques innovantes dans les maisons de repos.

6.3.2. Le modèle du leadership dans l'implémentation du changement (Ford, Ford, & Polin, 2021)

Le second cadre mobilisé repose sur la théorie fonctionnelle du leadership appliquée à la conduite du changement. Ce modèle conçoit le leadership non pas comme l'apanage d'un individu, mais comme l'exercice collectif de fonctions clés par différents acteurs, à différents moments, dans le cadre de l'implémentation d'un changement.

L'efficacité du leadership dépend de la capacité des sources de leadership (formelles ou informelles) à déployer, de manière flexible, des répertoires comportementaux variés pour répondre à la complexité des situations rencontrées – une exigence que les auteurs nomment « *requisite variety* ». Ce modèle a permis d'analyser dans ESCaP les effets différenciés des styles de leadership (transactionnel, transformationnel, distribué) sur l'appropriation du changement par les équipes.

6.3.3. Le cadre de l'empowerment organisationnel (Rothman et al., 2019)

Ce cadre a été utilisé pour explorer les dynamiques de pouvoir, de participation et de mobilisation des ressources collectives (Rothman, De Vijlder, Schalk, & Van Regenmortel, 2019). L'empowerment organisationnel est défini comme un processus dynamique visant à accroître la capacité des organisations à agir sur elles-mêmes et sur leur environnement. Dans ESCaP, cette perspective a été mobilisée pour analyser les stratégies de gouvernance participative, l'accès aux ressources, et la perception d'efficacité collective des équipes.

L'articulation de ces trois cadres offre une grille d'analyse multidimensionnelle des processus d'implémentation : le TDF permet de saisir les leviers individuels et cognitifs, le modèle de Ford analyse les fonctions stratégiques et comportementales du leadership, tandis que le cadre de Rothman situe ces dynamiques dans une perspective structurelle et institutionnelle. Cette combinaison théorique permet de **dépasser une lecture linéaire ou monocausale** des échecs ou

réussites d'implémentation, en insistant sur la co-construction des changements à travers l'interaction de facteurs personnels, relationnels et organisationnels.

6.4. Méthodes de collecte des données

Les données ont été collectées à partir de quatre sources principales :

- Les **dossiers de candidature** des MR·S (soumis en 2022),
- Les **rapports annuels** de suivi transmis par la PAQS,
- Des **entretiens semi-directifs** menés auprès d'acteurs clés (membres de l'ex-cabinet de Madame la Ministre Morreale, de l'AVIQ, coaches PAQS, formateurs et chercheurs membres du comité scientifique),
- Des **groupes de discussion** (focus groups) organisés au printemps 2025 au sein de plusieurs maisons de repos, recueillant les perspectives [d'onze profils aussi variés](#) que directeurs, infirmiers, médecins coordinateurs et conseillers, ergothérapeutes, aides-soignantes, psychologues, techniciennes de surface, parmi d'autres.

Les participant·es ont été sélectionné·es en concertation avec le comité d'accompagnement du projet, selon des critères de diversité des fonctions, niveaux hiérarchiques, et implication dans les projets. Un échantillonnage raisonné a ainsi permis de garantir la représentativité des perspectives internes à chaque institution.

Un guide d'entretien a été élaboré à partir des dimensions conceptuelles des cadres théoriques mobilisés, enrichi de questions exploratoires sur la priorisation des objectifs, la gouvernance des actions, et les perceptions de changement. L'un est à destination des acteurs-clés externes (Annexe 1), l'autre à destination des profils internes aux MR·S (Annexe 2).

6.5. Stratégie d'analyse des données

L'analyse des données a reposé sur une **approche thématique guidée par les cadres conceptuels** susmentionnés, en combinant codage déductif (à partir des catégories du TDF, du leadership et de l'empowerment) (Atkins et al., 2017; Ford et al., 2021; Rothman et al., 2019) et codage inductif (pour faire émerger des thématiques transversales non anticipées) (Paillé & Mucchielli, 2021). Ce double traitement a permis une interprétation fine des mécanismes d'implémentation et de leurs variations selon les contextes (Denzin & Lincoln, 2011).

6.6. Considérations logistiques et éthiques

L'ensemble de la collecte de données s'est déroulé entre février et juin 2025, en partenariat étroit avec les directions des établissements impliqués. Les focus groups ont été conduits dans les lieux de travail des professionnel·les, dans le respect des principes d'éthique de la recherche qualitative : information préalable, consentement libre et éclairé, anonymisation des propos recueillis, et confidentialité des données.

6.7. Répartition des rôles dans cette recherche

Dans le cadre de l'étude ESCaP, les chercheurs de l'UCLouvain ont assuré la coordination scientifique de l'évaluation, en assurant la collecte et l'analyse des données via une approche méthodologique rigoureuse et des cadres conceptuels issus de la recherche en sciences sociales et en santé publique. Les collègues de l'AVIQ, en tant qu'autorité de tutelle, ont piloté le projet aux côtés de la PAQS, tout en assurant le lien avec les orientations institutionnelles et réglementaires. La PAQS (Plateforme pour l'Amélioration Continue de la Qualité des Soins) a conçu et mis en œuvre le dispositif d'accompagnement et de formation auprès des maisons de repos, en favorisant la co-construction et le transfert de compétences. L'Université de Liège a apporté un éclairage complémentaire sur les dynamiques organisationnelles observées. Tous ont contribué à l'analyse critique et à la discussion des résultats,

7. Résultats

7.1. Description des professionnel·e·s ayant participé aux 6 focus group au sein des MR·S au mois d'avril à juin 2025

Les profils des 36 membres des MR·S dont les propos ont été recueillis sont repris dans le Tableau 1. Parmi ceux-ci 8/36 étaient des hommes. La directrice ou le directeur étaient présent·e·s lors 5/6 des focus groups, le médecin coordinateur et conseil était présent dans 2/6 parmi eux.

Tableau 2. Membres des MR·S ayant participé aux 6 focus group au mois d'avril-juin 2025

Formation initiale	n
Technique (surface, couture, homme à tout faire)	8
Ergothérapeute	7
Infirmière	6
Aide-soignante	5
Éducatrice spécialisée	2
Assistante sociale	2
Secrétaire	1
Psychologue	1
Médecin	2
Kinésithérapeute	1
Diététicienne	1

L'ancienneté des répondant·e·s variait entre 1 an et 32 ans (médiane = 11,2 ans). La distribution par années est reprise dans la Figure 1

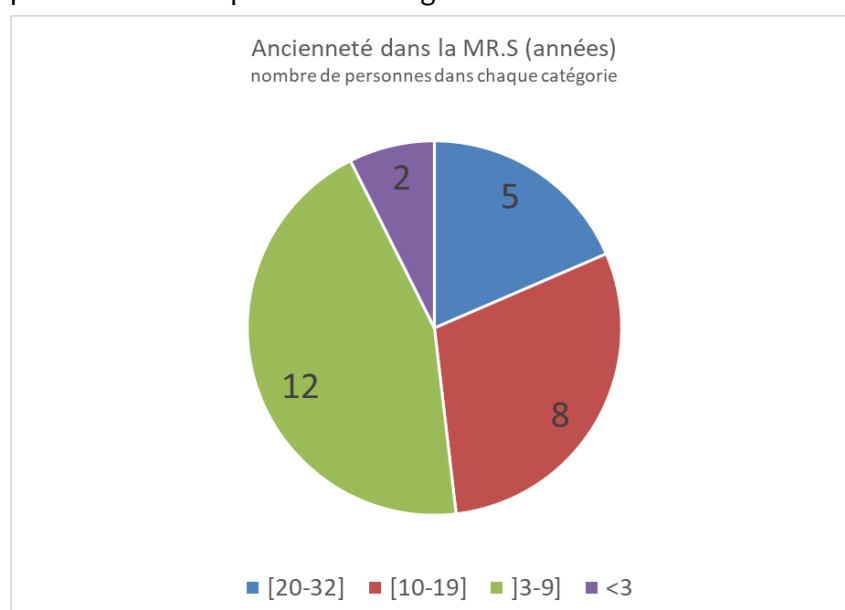


Figure 1. Ancienneté des participant·e·s aux 6 focus groups au sein des MR·S

7.2. Analyse des facteurs d'implémentation selon le Theoretical Domains Framework

7.2.1. Domaine 1 « Objectifs »

a) Définition dans ce cadre

Le facteur « Objectifs » désigne l'importance accordée à un but, sa clarté, sa hiérarchisation et son alignement avec les capacités des acteurs. Ce facteur joue un rôle structurant dans l'orientation de l'action et l'allocation des ressources. L'analyse révèle ici une inadéquation importante entre l'ambition des objectifs fixés au sein des MR·S et les réalités opérationnelles du terrain.

b) Résultats empiriques

Analyse des **objectifs** selon les dossiers de candidature

Comme il sera exposé ultérieurement, les dossiers de candidature ont été, dans la majorité des cas, élaborés par les directions des établissements. Au moment de leur rédaction, une démarche participative impliquant les résidents ou les autres professionnels n'était que rarement envisagée.

L'analyse des dossiers de candidature et les rapports mis à disposition par la PAQS met en lumière des approches variées et les besoins partagés, soulignant l'importance d'un soutien ciblé pour accompagner les MR·S dans leur transformation.

a. Valorisation des soins centrés sur la personne

L'ensemble des établissements observés accorde une priorité à l'individualisation des soins, en intégrant les besoins spécifiques, les trajectoires de vie et les préférences personnelles des résidents dans leur quotidien. Ces objectifs convergent avec les finalités globales poursuivies par l'ensemble du secteur des maisons de repos

- Résidence A : Co-construction des projets d'activités avec les résidents, approche personnalisée.
- Résidence B : Implication active des résidents dans l'élaboration de leur projet de vie.
- Résidence C : Révision des projets institutionnels afin de les aligner davantage sur les besoins individuels.
- Résidence D : Adoption de la méthode Montessori pour renforcer l'autonomie des résidents.
- Résidence E : Élaboration de plans de vie individualisés pour répondre à des besoins médicaux et cognitifs complexes.
- Résidence F : Promotion d'une collaboration étroite entre les résidents, leurs familles et les professionnels.

b. Engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité

Les établissements s'efforcent de dépasser les pratiques routinières en adoptant des outils, méthodes et dispositifs contemporains visant à améliorer la qualité des soins et des services.

- Exemples : Mise en œuvre de l'outil « Mon essentiel » à la Résidence A, adoption du protocole de communication SBAR à la Résidence B, création d'espaces de stimulation sensorimotrice à la Résidence E.

c. Développement professionnel et formation continue du personnel

Une attention soutenue est portée à l'enrichissement des compétences professionnelles et au bien-être des équipes soignantes dans l'ensemble des établissements.

- Les Résidences B et E mettent l'accent sur le développement de compétences spécifiques pour l'accompagnement des personnes atteintes de démence ou présentant des troubles du comportement.
- Les Résidences C et D privilégient la formation au leadership et au mentorat.
- La Résidence F promeut l'éducation continue comme levier d'adaptation à leur vision institutionnelle en constante évolution.

d. Mise en œuvre d'un leadership participatif

Un modèle de gouvernance fondé sur la participation, l'inclusivité et la coresponsabilité est fréquemment recherché.

- Les Résidences B et D favorisent un management participatif pour renforcer l'autonomie des équipes.
- Les Résidences A et F encouragent l'implication des familles et des résidents dans les processus décisionnels.

Note : le style de leadership fait partie d'un chapitre complet dans le cadre de ce rapport (partie B).

Analyse des motivations initiales selon les dossiers de candidature

Selon les dossiers de candidature, une analyse comparative des motivations ayant conduit six maisons de repos à entreprendre une démarche d'amélioration de la qualité révèle des objectifs à la fois diversifiés et convergents. Ainsi, la Résidence A vise principalement à maintenir et à améliorer la qualité déjà atteinte, tout en renforçant l'implication des équipes d'animation. Cette institution fait face à plusieurs défis, notamment un **manque d'engagement de la part de ses équipes**, une **cohabitation parfois complexe entre des profils professionnels** hétérogènes, ainsi qu'un **besoin constant d'adaptation et d'amélioration continue**, dans une logique centrée sur le résident.

La Résidence B, quant à elle, cherche à impliquer davantage les résidents et le personnel dans les projets institutionnels et les dynamiques de vie. Elle met en évidence la nécessité de rompre avec la routine quotidienne, de **sensibiliser les acteurs internes à l'importance d'une amélioration continue**, et de structurer ses **projets grâce à une expertise externe**. Une **communication** transparente est perçue comme un levier central de cette transformation.

La Résidence C s'inscrit dans une logique de transition, quittant un modèle essentiellement médicalisé au profit d'un accompagnement centré sur les besoins individuels des résidents. Cette évolution repose sur la reconnaissance des limites du modèle antérieur, la volonté de favoriser une participation active des résidents, la création d'un **environnement de travail plus épanouissant pour les professionnels**, et une **requalification des lits** afin d'aligner l'offre de soins avec les besoins réels des bénéficiaires.

De son côté, la Résidence D entend individualiser davantage l'accompagnement et repenser en profondeur sa stratégie de **communication**. S'inspirant des approches **Montessori et Tubbe**, elle souligne la nécessité de planifier, structurer et pérenniser les actions mises en œuvre. Une attention particulière est portée à l'amélioration de la communication, tant interne qu'externe, ainsi qu'à la mobilisation des équipes en tant qu'acteurs du changement, au service du bien-être global des résidents.

La Résidence E est confrontée à des **besoins spécifiques** liés à l'accompagnement de personnes souffrant de pathologies neurologiques, de démence ou de handicap mental. Elle met en place un hébergement spécialisé pour répondre à la complexité de ces situations, avec une population composée à la fois de **résidents jeunes et âgés**. L'adaptation continue des pratiques est une exigence centrale, et sa candidature à un programme d'accompagnement externe vise à soutenir l'amélioration constante des approches professionnelles.

Enfin, la Résidence F exprime le besoin de réviser en profondeur ses habitudes de travail afin d'offrir un accompagnement mieux adapté aux résidents actuels et futurs. Elle reconnaît l'importance d'une **intervention extérieure** pour structurer les changements souhaités, dans une perspective tournée vers une prise en charge moderne, personnalisée et en adéquation avec les attentes contemporaines.

En somme, cette comparaison met en évidence la diversité des approches adoptées ainsi que des besoins partagés entre établissements. Elle souligne l'importance d'un accompagnement ciblé et contextuel pour soutenir efficacement ces maisons de repos dans leurs processus de transformation organisationnelle et qualitative.

Analyse des **objectifs** selon les entretiens individuels et focus groups

En écho à ces objectifs et motivations initiaux, **les résultats issus des entretiens collectifs (focus groups) et individuels** montrent une image complexe et nuancée de l'atteinte partielle des objectifs formulés initialement.

a. La co-construction avec les résidents a été identifiée comme une réussite

Pour l'ensemble des participants interrogés, le projet a été perçu comme une réussite pour ce qui est de la prise en compte de l'avis des résidents. Quoique parfois peu formalisée, il s'agit maintenant d'une routine qui est bien intégrée dans les pratiques.

Par exemple, pour justifier un groupe de travail autour des choix des animations pour les résidents, le point de départ et la recherche de solution se fait avec eux.

« Les résidents disaient clairement qu'ils s'ennuyaient. Nous, on voulait améliorer les choses dans la maison de repos et on a pris ce point dans notre conseil des résidents » Résidence F

b. Objectifs surdimensionnés et mal hiérarchisés

La quasi-totalité des acteurs interrogés ont évoqué une surcharge d'objectifs difficilement gérable, qui a nui à la lisibilité du projet :

« *Six objectifs étaient trop ambitieux... on aurait mieux avancé avec trois.* » – Échanges interinstitutionnels

« *Six domaines, six actions chacun... dans un contexte de ressources rares, mathématiquement il y a un problème.* » – AVIQ

Cette surcharge a entraîné un essoufflement progressif et une dispersion des efforts. De plus, les objectifs initiaux du projet n'étaient pas clairs pour les équipes, ce qui a nui à l'appropriation du projet.

Au cours des entretiens menés auprès des participants issus des maisons de repos, il leur a été demandé d'identifier les objectifs poursuivis, les plans d'action mis en œuvre ainsi que le niveau d'atteinte de ces objectifs. Il est apparu de manière notable que la majorité des répondants éprouvaient des difficultés à se remémorer ces objectifs, perçus comme lointains dans le temps. L'ensemble des objectifs évoqués, des actions associées et de leur degré de réalisation est présenté en annexe 3.

c. Structuration rigide et technocratique des objectifs

Les modalités de fixation des objectifs ont été perçues comme rigides, normatives et déconnectées des logiques de terrain :

« *Travailler sur six axes simultanément était probablement trop ambitieux.* » – Cabinet 2

« *Six domaines, six groupes, six plannings... c'était une folie.* » – Formateur 1

« *On s'est retrouvés avec 54 projets sur deux ans.* » – Résidence B

Cette standardisation excessive a limité la capacité d'adaptation locale.

d. Flou dans la priorisation des objectifs

Plusieurs structures ont exprimé des difficultés à identifier quels objectifs devaient être considérés comme prioritaires, ce qui a nui à la cohérence de l'action :

« *On ne savait pas toujours quels objectifs on devait viser en priorité.* » – Résidence D

« *Il y avait trop de domaines, oui, ça c'est sûr.* » – PAQS3

En l'absence de hiérarchisation claire, les actions ont parfois été choisies de manière opportuniste ou arbitraire.

e. Décalage entre objectifs et réalité opérationnelle

Dans certains cas, les objectifs ont été perçus comme flous, abstraits, ou déconnectés du quotidien professionnel :

« *On aurait dû mieux cadrer.* » – Cabinet 1

« *On ne voulait pas dire ce qu'il fallait faire, mais comment faire émerger ce qui fait sens pour les habitants.* » – Formateur 3

Cette absence d'alignement a entravé l'appropriation du projet.

f. Émergence de propositions d'ajustement

Face à ces constats, plusieurs participants ont formulé des pistes d'amélioration pour la formulation et la mise en œuvre des objectifs :

« *Mieux vaut avancer sur trois projets que sur six, mais d'un petit peu.* » – Résidence C

« *Il faut une planification avec des groupes ad hoc, à durée limitée.* » – Formateur 2

« *Une approche plus à la carte aurait été bien plus réaliste.* » – Formateur 1

Ces propositions illustrent une volonté de renforcer l'agilité et la pertinence des futurs dispositifs.

c) Synthèse analytique

Le facteur « Objectifs » apparaît déterminant mais problématique. L'analyse met en lumière un décalage majeur entre l'ambition des objectifs fixés et la réalité du terrain. Ce point sera développé davantage dans le chapitre « leadership », expliquant comment des fonctions cruciales du leadership peuvent soutenir cette articulation. Les établissements s'engagent vers des soins personnalisés, une gouvernance participative et la professionnalisation continue, mais peinent à concrétiser ces orientations dans un cadre technocratique rigide. Le choix de six objectifs simultanés, sans hiérarchisation, a généré surcharge, dispersion et essoufflement. Les objectifs, souvent flous ou abstraits, n'ont pas favorisé leur appropriation. Malgré la richesse des intentions (ex. : méthode Montessori, implication des résidents), leur mise en œuvre a souffert d'un manque d'alignement contextuel. En réponse, les acteurs proposent des ajustements pragmatiques : réduction du nombre d'axes, groupes ad hoc, approche sur mesure. Cette expérience souligne l'importance d'un pilotage réaliste, ancré dans les besoins locaux, pour garantir l'efficacité des démarches de transformation.

7.2.2. Domaine 2 « Connaissances »

a) Définition dans ce cadre

Le domaine « Connaissances » permet d'analyser l'impact de la compréhension, de l'information et de la maîtrise des concepts sur l'engagement et la mise en œuvre du changement de paradigme. Les données qualitatives collectées révèlent des tensions entre acquisition de savoirs, compréhension des outils et limitations structurelles.

b) Résultats empiriques

a. Acquisition de connaissances : un levier pour l'action

Plusieurs participants ont souligné le bénéfice tangible des formations proposées dans le cadre du programme. Ces sessions ont non seulement permis d'acquérir de nouveaux savoirs, mais ont également suscité des changements de pratiques transférables à d'autres contextes professionnels :

« On a appris énormément de choses, tous les outils qu'on a appris et qu'on utilise maintenant même pour d'autres projets. » Résidence D

« Les formations nous ont permis d'avoir un retour positif des familles et des habitants. » Résidence B

Ils trouvent que les échanges interinstitutionnels ont renforcé ces apprentissages, notamment autour des démarches d'amélioration continue.

Ces résultats sont renforcés par ceux issus de l'analyse des dossiers de candidature, où les auteurs insistent sur l'importance d'une culture apprenante et d'une amélioration continue pour garantir la qualité de vie et le bien-être des résidents, tout en prenant en compte la qualité des services, le rapport coût-efficacité, et le bien-être des professionnels. Cette convergence avec la vision des concepteurs témoigne d'une priorité partagée pour l'évolution organisationnelle et la durabilité des pratiques.

b. Obstacles cognitifs : méconnaissance des outils et concepts clés

Malgré ces apports, de nombreux professionnels ont exprimé une incompréhension des outils méthodologiques (ex. : *runcharts*, *driver diagrams*), perçus comme techniques, inadaptés ou peu explicites :

« Dans la majorité des cas, les personnes ne comprennent pas de quoi il s'agit et ne l'utilisent pas. [...] ils perdaient un temps fou à traduire leur PV de réunion. » – PAQS1

« On est venu avec nos idées sans s'adapter à leurs besoins, à leur langage, à leur compréhension. » – PAQS2

« Les personnes ne comprennent pas ce que c'était, un run chart, un driver diagramme. » – PAQS3

Parmi les six maisons de repos analysées, une seule a démontré une compréhension approfondie et une utilisation effective des outils de pilotage de projets. Trois établissements les ont mobilisés de manière ponctuelle ou partielle, sans toutefois parvenir à les intégrer durablement dans leurs pratiques organisationnelles ni à en maîtriser pleinement la portée méthodologique. Enfin, deux maisons de repos ont fait preuve d'une appropriation très limitée

de ces outils, en raison notamment d'un fort roulement du personnel, d'un déficit de formation, ou encore d'un accompagnement perçu comme insuffisant au cours de leur mise en œuvre. La PAQS a été très présente pour soutenir les MR·S dans l'utilisation de ces outils et s'est adaptée aux constats repris ci-dessus. Ce point est abordé au point c. du point 7.2.4.

c. Le paradigme du changement : un concept abstrait et mal vulgarisé

Le concept de « changement de paradigme » a suscité un large désaccord sur sa compréhension, notamment chez les professionnels de terrain et ce, dès le début du projet. Le vocabulaire utilisé, perçu comme technocratique, a créé une distance entre les concepteurs du projet et les praticiens :

« Je ne suis pas sûr qu'on ait tous compris de quoi il s'agissait avec ce changement de paradigme. »

– Résidence D

« Moi, je vous avoue franchement que dès le début... Je n'ai pas tout compris. Vraiment. Je suis honnête. » – Résidence F

« Il y a des gens qui ne comprennent même pas le mot paradigme. » – Formateur 1

Le manque de supports pédagogiques adaptés a aggravé cette incompréhension :

« Est-ce qu'il y a un document qui explique ce qu'est le projet ? Non, c'est le désert. » – Formateur 2

« Le projet est resté assez confidentiel. » – Cabinet 3 et Résidence E

d. Inadéquation des prérequis avec les capacités du secteur

Dans certains cas, les attendus du programme ont excédé les compétences initiales des équipes, en particulier dans le secteur des maisons de repos, peu familiarisées avec la gestion de projet ou les approches qualité :

« Ce n'est pas le core business des maisons de repos de travailler en projet. » – Cabinet 1/2

« Il n'y a pas beaucoup d'expertise particulière dans les maisons de repos. » – Cabinet 2

Cette inadéquation structurelle a pu limiter l'appropriation effective du programme.

e. Appropriation individuelle : une dynamique proactive émergente

Malgré les difficultés évoquées, certains professionnels ont démontré une volonté d'apprentissage et une initiative personnelle dans la compréhension des concepts du projet :

« Même si nous, on ne savait pas trop ce que c'était réellement le changement de paradigme. Mais je vous avoue, j'ai été voir dans la littérature. » – Résidence C

c) Synthèse analytique

Le domaine « Connaissances » apparaît comme un déterminant ambivalent. Lorsqu'il est soutenu par un accompagnement pédagogique adapté et des outils compréhensibles, il agit comme un catalyseur de changement. À l'inverse, des lacunes en matière de vulgarisation, un vocabulaire peu accessible et un manque de documentation adaptée peuvent fortement compromettre l'appropriation locale de l'intervention. Malgré des efforts d'adaptation de la PAQS pour soutenir l'appropriation des compétences en matière de gestion de projets qualité, seule une MR·S dit avoir intégré les outils de gestion de projet dans leur pratiques de routine.

7.2.3. Domaine 3 « Compétences »

a) Définition dans ce cadre

Le facteur « Compétences », renvoie à la capacité acquise d'appliquer des connaissances techniques ou relationnelles pour exécuter efficacement une activité. Dans le cadre de cette intervention, ce facteur joue un rôle déterminant dans l'implémentation des outils et des pratiques promues par le projet.

b) Résultats empiriques

a. Des compétences professionnelles souvent peu adaptées aux exigences du projet

Dans les dossiers de candidature, les compétences professionnelles visées faisaient essentiellement référence aux compétences cliniques, notamment pour gérer des pathologies comme la démence ou les troubles comportementaux.

Les données recueillies via les entretiens individuels et focus groups révèlent une inadéquation entre les compétences requises par le projet (gestion de projet, analyse de données, pilotage qualité) et celles effectivement détenues par les professionnels de terrain, en particulier dans les maisons de repos. Cette asymétrie a freiné l'appropriation du projet :

« *Le niveau d'expertise attendu dépasse de loin les compétences disponibles sur le terrain.* » – PAQS1

« *Les maisons de repos ne sont pas formées à la gestion de projet, ni à la qualité.* » – PAQS2

Dans le cadre du programme de changement de paradigme mis en œuvre dans les MR·S , la formation apparaît simultanément comme un levier stratégique de transformation et un facteur de complexité organisationnelle. Plusieurs intervenants reconnaissent que les sessions de formation et de coaching ont constitué une **opportunité d'apprentissage précieuse**. Celles-ci ont permis d'acquérir des outils réutilisables au-delà du projet initial, y compris dans d'autres contextes professionnels. Le partage d'expériences entre établissements a également renforcé la dynamique collective et interinstitutionnelle, contribuant à une forme d'intelligence collaborative.

Cependant, de nombreux **dysfonctionnements ont été relevés**. D'une part, plusieurs formations ont été jugées **inadaptées** au profil des participants ou aux besoins spécifiques des structures. Il est ainsi fréquent que des membres du personnel aient été envoyés sans comprendre leur rôle ni la finalité de leur présence : « *ma direction m'a dit de venir, mais je ne vois pas pourquoi je suis là* » (Formateur 2).

La **temporalité des formations** constitue un autre point de fragilité. Dans plusieurs cas, elles sont intervenues **trop tôt ou trop tard** dans la chronologie du projet, limitant ainsi leur portée effective. La densité du programme, combinée à un manque de temps pour l'assimilation, a généré une surcharge cognitive : « *Ils ont eu trop, en trop peu de temps* » (PAQS 3). Ce déficit de consolidation est aggravé par l'absence de supports pérennes permettant de revisiter les contenus.

Par ailleurs, un **problème de transmission des acquis** a souvent été observé. Les personnes formées n'ayant pas toujours relayé les contenus auprès de leurs collègues, une partie des

savoirs est restée confinée à un petit nombre, entraînant une perte d'efficacité collective (Résidence C). L'absence de culture ou de structure dédiée à cette capitalisation interne est apparue comme un frein significatif.

En outre, la **posture des formateurs** et la méthodologie d'intervention ont suscité des réactions contrastées. Si certains formateurs ont su ancrer leur démarche dans une logique participative et expérientielle, d'autres ont été perçus comme rigides ou déconnectés des réalités du terrain. Ce fut notamment le cas d'un formateur, dont l'attitude jugée « dure » et peu adaptée à l'auditoire a généré des tensions au sein des sessions : « *Il y avait de l'animosité [...] il imposait son savoir qui ne collait pas avec le contenu* » (PAQS1 ; Formateur 3).

Enfin, malgré ces limites, la **formation est globalement reconnue comme un levier de changement**, à condition qu'elle soit contextualisée, interactive, et intégrée dans une stratégie d'accompagnement ancrée dans le réel. Comme le souligne un formateur : « *on apprend en faisant, on apprend par la pratique [...] un coaching ancré dans le concret* » (Formateur 3). L'efficacité des formations repose donc sur leur capacité à susciter l'appropriation, à valoriser les compétences existantes et à ouvrir des perspectives d'évolution.

b. Le rôle central des compétences transversales et relationnelles

Certains établissements ont compensé l'absence de compétences techniques spécifiques par une forte mobilisation de compétences transversales (animation de réunions, communication interne, coordination). Cette agilité relationnelle a parfois permis de maintenir une dynamique d'équipe favorable au changement, malgré des limites méthodologiques :

« *C'est notre capacité à mobiliser l'équipe qui a fait la différence.* » Résidence B

c) Synthèse analytique

Le facteur « Compétences » s'impose comme un déterminant critique de la réussite du projet. Si la motivation était souvent présente, l'écart entre les compétences requises et celles effectivement disponibles constitue un frein majeur. Cela souligne la nécessité de calibrer les attentes, d'adapter les outils aux capacités réelles des acteurs de terrain, et d'intégrer un accompagnement renforcé et progressif au développement des compétences.

7.2.4. Domaine 4 « Croyances sur les capacités »

a) Définition dans ce cadre

Le facteur « Croyances sur les capacités » renvoie à la perception individuelle ou collective qu'un acteur a de sa propre compétence à réaliser une tâche donnée. Cette croyance influence directement la motivation, l'engagement et la persévérance face aux obstacles. Dans le cadre de l'intervention évaluée, ce facteur a révélé des tensions entre résilience professionnelle et sentiment d'impuissance institutionnelle.

Ces croyances sur les capacités ont également été vues du point de vue de l'institution. Un chapitre complet est dédié à l'analyse de l'empowerment organisationnel, dont les croyances sur les capacités organisationnelles est une des composantes. Le lien vers ce chapitre se trouve [ici](#).

b) Résultats empiriques

a. Une résilience professionnelle malgré les contraintes

Plusieurs témoignages font état d'une forte capacité d'adaptation des professionnels de terrain, qui continuent à appliquer les changements malgré les contraintes systémiques. Cette persévérance repose souvent sur la polyvalence et un engagement personnel fort :

« *Malgré les difficultés, on continue nos changements et on les fait encore tous les jours.* » – Résidence A

« *On a dû prendre le rôle de direction, d'infirmier chef, d'infirmier, tout court...* » – Échanges interinstitutionnels

Cette autonomie témoigne d'un savoir-faire ancré dans l'expérience, souvent indépendant des soutiens formels.

b. Des freins psychologiques liés à la surcharge et au désenchantement

En parallèle, un sentiment d'usure et de découragement s'exprime dans plusieurs contextes. Le manque de reconnaissance, la charge de travail et la faible visibilité des résultats obtenus contribuent à une baisse des croyances en la capacité de changement :

« *L'envie de changement est toujours présente, mais le dégoût, la tristesse et la colère que ça a généré l'empêche de s'investir.* » – PAQS1

Des partenaires institutionnels expriment également leur scepticisme sur la faisabilité à court terme :

« *J'avais dit que la probabilité que les structures bougent dans les deux ans est très limitée.* » – Scientifique 1

« *Il y avait trop d'objectifs. Six domaines, c'est énorme. C'était perçu comme un poids en plus.* » – Scientifique 2

c. Une conditionnalité forte à l'égard du soutien externe

Pour que les acteurs renforcent leur sentiment d'efficacité personnelle, un besoin d'accompagnement, de moyens et de reconnaissance est systématiquement évoqué :

« *Tant qu'on n'aura pas quelqu'un pour accompagner, ça ne fonctionnera pas.* » – Cabinet 1

« *Même la technicienne de surface est capable de gérer un projet... si elle est soutenue.* » – Formateur

1

La perception de compétence semble donc étroitement liée au niveau de soutien structurel disponible. Dans cette perspective, la PAQS a intensifié son accompagnement en concentrant ses efforts sur les porteurs de projet les plus investis, en encourageant, lorsque les conditions le permettaient, une gouvernance participative, et en mettant l'accent sur la priorisation stratégique des actions à portée transversale. Néanmoins, le taux élevé de rotation au sein des équipes de pilotage des maisons de repos a limité l'effet attendu de cet accompagnement renforcé, compromettant ainsi son efficacité dans certains contextes.

c) Synthèse analytique

Les croyances sur les capacités constituent un facteur ambivalent dans l'implémentation. Elles oscillent entre une résilience individuelle marquée et un désenchantement collectif face aux limites systémiques. Pour transformer cette énergie potentielle en dynamique durable, il est essentiel d'agir sur les conditions de mise en œuvre : simplification des objectifs, soutien rapproché, valorisation des acquis et visibilité des impacts.

7.2.5. Domaine 5 « Croyances sur les conséquences »

a) Définition dans ce cadre

Le facteur « Croyances sur les conséquences » fait référence à la perception qu'ont les acteurs des résultats attendus d'un comportement ou d'une action. Ces croyances influencent directement la motivation à s'engager, en fonction des bénéfices ou risques anticipés. L'analyse révèle ici un fort contraste entre attentes initiales, effets observés et désillusions.

b) Résultats empiriques

a. Perception positive des effets sur les résidents

De nombreux participants ont souligné les retombées positives du projet pour les résidents, ce qui a renforcé le sens et la légitimité de leur engagement :

« *Le projet a permis d'accélérer certaines choses aussi, parce qu'on avait cette excuse.* » Résidence F
« *Le changement fait du bien à tout le monde, que ce soit personnel ou résident.* » – Échanges interinstitutionnels

Ces observations soutiennent l'idée que le projet répondait à un besoin concret perçu sur le terrain.

b. Déception concernant les bénéfices pour les professionnels

À l'inverse, plusieurs témoignages font état d'un décalage entre les bénéfices constatés pour les résidents et ceux attendus pour les professionnels, alimentant une forme de frustration :

« *On voit un gros impact au niveau des résidents, mais peu de changement perçu chez le personnel.* » – Échanges interinstitutionnels

Cette asymétrie perçue contribue à une démobilisation progressive. Ceci a été renforcé par les attentes déçues concernant les changements de normes annoncés : espoir de subsides, d'embauches, ou d'assouplissements normatifs non concrétisés, ce qui a encore réduit la motivation.

c. Attentes irréalistes et sentiment d'inefficacité

Certains acteurs ont exprimé une forte désillusion face à l'écart entre les ambitions du projet et les moyens réellement disponibles :

« *Ils attendaient du personnel, du financement... Mais ce n'était pas prévu.* » – AVIQ
« *On pensait que ce projet allait changer l'image du secteur [...] mais le résultat n'est pas à la hauteur.* » – Cabinet 1

Pour ce qui est des moyens disponibles, la totalité des moyens a été utilisée pour le soutien externe : coaching, formations, évaluation du programme, alors que des efforts importants ont été mis en œuvre au sein des établissements pour réaliser le programme. Ce point sera élaboré dans la partie « Environnement externe et ressources (7.2.11.) ».

d. Contraintes réglementaires et sentiment d'impuissance

Les obstacles liés à la réglementation ou au cadre normatif existant ont été fréquemment mentionnés comme limitant la portée des changements envisagés :

« Si on ne peut pas déplacer un fauteuil parce que les pompiers s'y opposent, alors qu'est-ce qu'on peut faire ? » – Scientifique 1

« Il n'y a pas eu de changement de normes... ça a généré de la frustration. » – Scientifique 2

e. Poids des expériences passées

Les expériences antérieures, notamment marquées par des tensions institutionnelles ou des projets infructueux, ont affecté la perception des résultats actuels :

« L'envie de changement est toujours présente, mais le dégoût et la tristesse [...] les empêchent de s'investir. » – PAQS2

« Il y avait des tensions avec la direction. » – PAQS3

f. Espoirs de changement structurel déçus

Certains participants espéraient une réforme plus globale du secteur. L'absence de relais politique ou de soutien stratégique a été vécue comme un abandon :

« Le projet devait déboucher sur une révision des normes. Cela reste l'ambition politique. » – Cabinet 2

« Sans soutien de la direction, c'est voué à l'échec. » – Formateur 2

Au fil des groupes de discussion menés avec les équipes des six maisons de repos participantes, plusieurs demandes explicites de modifications normatives ont été formulées à l'égard de l'AVIQ (en tant qu'organe de régulation et d'inspection) et du cabinet ministériel (en tant qu'instance politique et législatrice). Ces demandes reflètent une tension entre les ambitions de transformation portées par le projet et les contraintes normatives perçues comme inhibitrices. D'une part, une confusion a persisté par rapport aux types de normes visées, vu des demandes ont été introduites qui concernaient le service incendie ou l'AFSCA. Ensuite, plusieurs établissements ont souligné que les normes actuelles imposent une uniformisation des rythmes de vie, notamment en matière de repas et de soins. Cette contrainte est vécue comme contradictoire avec les principes d'autonomie et de personnalisation défendus par le projet.

« Pourquoi ne pas permettre à certains résidents de déjeuner un peu plus tard, en salle, s'ils le souhaitent ? Aujourd'hui, ce n'est pas toujours permis, ou alors, on nous le reproche à l'audit. »

(Résidence F)

Des professionnels ont exprimé leur frustration face aux exigences réglementaires limitant les activités extérieures, en particulier les obligations d'encadrement et de responsabilité.

« On aimerait que les résidents puissent sortir de façon autonome, ou avec un bénévole... Mais il faut un animateur diplômé, sinon on prend des risques. » (Résidence C).

« Si un résident veut organiser un bingo ou un atelier tricot, pourquoi faudrait-il toujours un animateur diplômé à ses côtés ? » (Résidence A)

Dans certains établissements, le rôle du médecin coordinateur a été identifié comme mal défini, ce qui nuit à l'articulation entre pratiques cliniques et démarches de qualité de vie.

« Le médecin coordinateur devrait être un acteur du projet de vie, mais souvent, il est perçu comme extérieur. Il faudrait que les normes le positionnent clairement. » (Résidence B)

Enfin, un appel transversal a été formulé pour la mise en place d'un cadre dérogatoire temporaire autorisant des expérimentations locales sans risque de sanction.

« On aurait aimé une reconnaissance officielle du caractère pilote. Qu'on ne nous pénalise pas si on teste autre chose. » (Résidence E)

« L'AVIQ devrait pouvoir dire : 'Pendant un an, vous pouvez expérimenter sans craindre une inspection qui casse tout.' »

(Résidence D)

g. Apports formatifs et structuration méthodologique

Malgré les tensions, des bénéfices structurants ont été identifiés dans la formalisation des pratiques professionnelles :

« Le programme a permis de montrer comment structurer une réunion avec les habitants. » –
Formateur 3

h. Transformation du rapport au lieu de vie

Des changements profonds dans la manière dont les résidents perçoivent leur environnement ont été rapportés :

« Le résident ne dit plus "je suis en maison de repos", il dit "je suis chez moi". » – Résidence C

« Ils ont testé les fauteuils, les camionnettes... leur avis est pris en considération. » – Résidence B.

c) Synthèse analytique

Les croyances sur les conséquences apparaissent comme un levier central mais ambivalent. Si les bénéfices pour les résidents sont bien identifiés, les attentes non satisfaites du personnel et les contraintes structurelles génèrent un désengagement progressif. Une meilleure articulation entre finalités du projet, ressources disponibles et reconnaissance des efforts fournis permettrait de réactiver l'adhésion des professionnels.

7.2.6. Domaine 6 « Rôle social/professionnel et identité »

a) Définition dans ce cadre

Le facteur « Rôle social et identité professionnelle » fait référence à la manière dont les individus perçoivent leur place, leurs responsabilités et leur légitimité dans un système donné. Ce facteur est essentiel pour comprendre l'adhésion aux initiatives de changement, notamment lorsqu'elles modifient les rapports hiérarchiques, les statuts ou les attentes implicites au sein d'une organisation.

b) Résultats empiriques

a. Multiplicité des rôles et surcharge organisationnelle

De nombreux professionnels interrogés cumulaient plusieurs fonctions dans leur structure, souvent au détriment de leur implication dans les projets d'innovation :

« On travaille sur six projets différents. » – Échanges interinstitutionnels

« Les cadres sont proches de la retraite... l'investissement n'est pas toujours au rendez-vous. »

(Résidence B)

La dispersion des responsabilités a généré une fatigue institutionnelle et un manque de disponibilité pour porter les initiatives.

b. Absence de structuration formelle du rôle de pilote

Les projets ont souvent été mis en œuvre sans identification claire d'un responsable dédié à la coordination. L'absence de continuité dans les référents a fortement limité la stabilité des démarches engagées :

« Il y avait une personne totalement dédiée au projet. Lorsqu'elle est partie, elle n'a pas été remplacée. » – séance d'échanges entre les institutions

c. Tensions hiérarchiques et conflits de légitimité

Dans certaines maisons de repos, le manque de transparence ou la centralisation des décisions a alimenté des tensions entre les acteurs, avec des blocages liés au contrôle de l'information :

« Tout était centralisé par la directrice [...] elle gardait tout pour elle. » – PAQS1

Au niveau de la gouvernance du programme, des tensions ont également été signalées, notamment au niveau du rôle du comité scientifique :

d. Dépendance à des figures clés

Certaines structures reposaient sur l'engagement de quelques individus moteurs, ce qui a rendu la pérennité du projet vulnérable aux départs ou désengagements :

« C'était une personne exceptionnelle... mais quand elle est partie, tout s'est arrêté. » (Résidence A)

Ce phénomène de personnalisation des rôles empêche la construction d'un cadre organisationnel stable.

e. Redéfinition identitaire à travers le projet

Dans d'autres contextes, le projet a été l'occasion de redéfinir les rôles professionnels, notamment en renforçant la légitimité des agents de terrain à participer à la gouvernance :

« *On s'est rendu compte que même une aide-soignante pouvait être moteur d'un projet qualité.* »

« *J'ai vu des gens évoluer dans leur posture.* » – Formateur 1

Ces expériences ont permis une appropriation plus large du changement et une revalorisation de certains profils.

c) Synthèse analytique

Le facteur « Rôle social et identité professionnelle » révèle une tension entre les rôles prescrits et les dynamiques réelles dans les structures. Le manque de reconnaissance institutionnelle, l'absence de structuration des responsabilités et la dépendance à des figures individuelles ont limité l'efficacité collective. Cependant, lorsque les rôles sont clarifiés, valorisés et partagés, le projet devient un vecteur d'émancipation et de transformation identitaire positive pour les professionnels.

7.2.7. Domaine 7 « Renforcement »

a) Définition dans ce cadre

Le facteur « Renforcement », désigne les conséquences externes anticipées d'un comportement, susceptibles de motiver ou de décourager son maintien. Dans le cadre de cette étude, ce facteur renvoie à la reconnaissance des efforts, aux retours d'information, et aux dynamiques de valorisation – autant d'éléments qui influencent la persistance des actions d'amélioration engagées.

b) Résultats empiriques

a. Retours positifs des bénéficiaires comme moteur de motivation

Les retours spontanés de la part des résidents et de leurs familles ont été identifiés comme un levier puissant de mobilisation pour les équipes :

« *Les retours positifs des familles et des résidents.* » – Échanges interinstitutionnels

Ce type de reconnaissance informelle agit comme un renforcement extrinsèque immédiat, en donnant du sens à l'action engagée.

b. Manque de valorisation institutionnelle

Malgré l'implication des équipes, plusieurs professionnels ont souligné l'absence de reconnaissance institutionnelle ou de retour structuré sur leur travail :

« *Il faut une valorisation publique des réussites... sinon cela reste invisible.* » – Cabinet 2

L'invisibilité des efforts réalisés contribue à un sentiment de découragement.

c. Initiatives locales de reconnaissance symbolique

Des formes de reconnaissance ponctuelles ont parfois été mises en place à l'initiative des structures (réunions conviviales, collations, gestes symboliques) :

« *On a fait une fête, on mangeait un morceau de gâteau avec les coachs.* » – Résidence B

« *La direction offrait les sandwiches le midi pendant les réunions.* » – Résidence C

Bien que bienvenues, ces formes de récompense ont parfois été perçues comme insuffisantes ou inadaptées à l'investissement réel des équipes.

d. Dynamique collective et reconnaissance horizontale

Au-delà de la reconnaissance descendante, les échanges collectifs entre professionnels ont également joué un rôle de valorisation :

« *On échange beaucoup entre étages, chacun prend les bonnes idées.* » – Résidence E

« *La parole des résidents a renforcé les dynamiques.* » – Formateur 3

Toutefois, la confusion entre logique de soutien et logique de contrôle institutionnel a parfois généré de la méfiance :

« *La dynamique est tuée par l'ambiguïté entre contrôle et accompagnement.* » – Formateur 1

e. Absence de célébration des réussites

Le manque de rituels de reconnaissance formels (remise de prix, publications, communications officielles) a été évoqué comme un frein au changement :

« *On ne fête pas les succès.* » – Formateurs 2 & 3

« *Il n'y a pas eu de mise en avant publique.* » – Cabinet 3

« *On a parfois l'impression que ce qu'on fait ne sert à rien.* » – Résidence D

f. Besoin de structures de soutien pérennes

Enfin, plusieurs acteurs ont plaidé pour la création de structures dédiées au soutien et à la reconnaissance des dynamiques de terrain :

« *Il faut créer des cellules de veille et des structures mutualisées.* » – Cabinet 2

« *Les OLS pourraient jouer ce rôle de soutien.* » – Cabinet 1

c) Synthèse analytique

Le facteur « Renforcement » illustre une tension entre les retours positifs de proximité – moteurs du changement – et une absence de reconnaissance institutionnelle structurée. Si les dynamiques de terrain permettent une motivation ponctuelle, la pérennisation des efforts nécessite un cadre de valorisation explicite, durable et intégré dans les politiques de pilotage de la qualité.

7.2.8. Domaine 8 « Intentions »

a) Définition dans ce cadre

Le facteur « Intentions » fait référence à l'engagement conscient d'un individu ou d'un collectif à mettre en œuvre un comportement donné. Dans le cadre de ce projet, les intentions permettent de comprendre dans quelle mesure les acteurs étaient prêts à s'engager, pourquoi ils ont adhéré, et comment cet engagement s'est traduit – ou non – en action concrète.

b) Résultats empiriques

a. Intentions sincères mais freinées par la structuration

De nombreux témoignages, mais également l'analyse des dossiers de candidature et des rapports de la PAQS révèlent une volonté initiale forte de contribuer au projet, mais aussi une mauvaise anticipation de l'ampleur du changement attendu :

« On ne se rendait pas compte que ça allait être d'une telle envergure. » – Résidence E

« On aurait dû impliquer plus de personnes dès le départ. » – Échanges interinstitutionnels

L'intention de participer existait, mais elle s'est heurtée à des limites pratiques : gouvernance floue, surcharge, communication insuffisante.

b. Motivations extrinsèques et opportunisme institutionnel

Dans certains cas, l'adhésion au projet reposait sur des motivations stratégiques (image, subventions, conformité), plutôt que sur un engagement authentique :

« L'objectif initial, c'était redorer l'image de la maison de repos. » – PAQS1

« C'est gratuit, on y va. » – PAQS3

« Certaines maisons ont participé pour la formation gratuite, pas pour le changement. » –

Formateur 1

Ce type d'intention extrinsèque a freiné l'appropriation et l'alignement collectif sur les objectifs transformationnels du projet.

c. Gouvernance peu inclusive

Certains professionnels, bien qu'animés d'une intention réelle d'implication, n'ont pas été associés de manière participative au projet. Leur position périphérique a limité leur capacité d'action :

« Certains ont été désignés par la direction, sans comprendre le projet. » – Formateur 2

Le manque de co-construction des intentions entre équipes de direction, professionnels et partenaires externes a limité la mobilisation.

d. Hétérogénéité marquée entre structures

Les motivations à intégrer le projet variaient fortement d'un établissement à l'autre, allant de l'engagement sincère à la participation opportuniste :

« Certaines maisons ont vu ça comme un xième projet politique. » – Cabinet 1

« Encore une fois, ce sont souvent les bons élèves qui participent. » – Cabinet 3

Cette hétérogénéité a généré des vitesses d'appropriation très inégales.

e. Intentions éthiques portées par certains leaders

À l'inverse, plusieurs participants expriment des intentions clairement alignées avec des valeurs fortes, notamment autour du bien-être des résidents et du sens du soin :

« Je suis quelqu'un qui aime le changement, qui est sensible au bien-être du résident et des travailleurs. » – Résidence B

« On voulait faire de notre maison un lieu de vie. » – Résidence E

Ces intentions ont souvent permis de surmonter les obstacles grâce à une mobilisation sincère et collective.

f. Nécessité d'un environnement favorable

Enfin, plusieurs propos rappellent que les intentions, même sincères, ne suffisent pas sans un cadre structurel favorable :

« Moi je suis partant, mais j'ai besoin que la direction suive aussi. » – Résidence D

« Les six maisons de repos n'ont pas décroché. C'est énorme vu les contraintes. » – Cabinet 2

c) Synthèse analytique

Les intentions se révèlent multiples, ambivalentes et parfois contradictoires. L'étude met en lumière un écart fréquent entre les intentions déclarées et les capacités réelles à les concrétiser. Pour renforcer l'adhésion effective aux projets d'innovation, il est essentiel de clarifier les finalités dès l'amont, d'impliquer les professionnels dans la définition des objectifs, et de créer les conditions structurelles permettant de transformer l'intention en action pérenne.

7.2.9. Domaine 9 « Optimisme »

a) Définition dans ce cadre

Le facteur « Optimisme » désigne la croyance selon laquelle des résultats positifs sont possibles et que le changement est réalisable. Il renvoie à une disposition émotionnelle fondamentale influençant la persévérance, la résilience et la capacité à surmonter les obstacles. Dans le cadre de cette étude, ce facteur se manifeste par une tension entre espoirs initiaux et confrontation aux réalités du terrain.

b) Résultats empiriques

a. Un élan initial fondé sur l'espoir

Plusieurs témoignages expriment un optimisme sincère au démarrage du projet, porté par l'envie de changement et le sentiment de participer à une initiative novatrice et utile :

« *Au début, on avait vraiment envie d'y croire.* » – Formateur 2

« *C'était une chance de faire différemment.* » – Cabinet 3

Cet optimisme a facilité l'engagement initial des équipes mais est à nuancer en fonction du turnover des équipes. En effet, les personnes qui ont montré un tel enthousiasme et/ou ont eu une fonction de leader formel ou informel, ne font souvent plus partie de la MR.S.

b. Fragilisation progressive de l'optimisme

Cependant, au fil du temps, l'enthousiasme initial s'est souvent érodé, sous l'effet combiné des contraintes, du manque de reconnaissance et de la complexité du dispositif :

« *On a commencé avec beaucoup d'espoir, mais on s'est essoufflés.* » – PAQS 2

« *L'optimisme s'est transformé en fatigue.* » – Scientifique 1

Cette désillusion affecte particulièrement les structures n'ayant pas perçu d'effets concrets à court terme.

c. Rôle clé de la reconnaissance dans le maintien de l'optimisme

L'absence de reconnaissance, de feedback positif et de valorisation des efforts a contribué à fragiliser le climat de confiance et à inhiber l'élan collectif :

« *On a l'impression que ça ne sert à rien, qu'on travaille dans le vide.* » – Résidence D

« *Sans retour, c'est difficile de rester motivé.* » – Résidence C

L'optimisme apparaît ici comme conditionnel à une dynamique de soutien et de réassurance.

d. Présence de leaders porteurs d'un optimisme durable

Malgré ces difficultés, certaines figures professionnelles se distinguent par leur capacité à maintenir une vision positive du changement, en s'appuyant sur leurs valeurs ou leur expérience. Ces leaders peuvent être aussi bien formels qu'informels:

« *J'aime les défis... j'ai une soif d'apprendre.* » – Résidence A

« *On avance, même si c'est à petits pas.* » – Résidence B

Ces leaders jouent un rôle important de catalyseurs d'espoir au sein des équipes.

e. L'optimisme comme levier collectif fragile

Enfin, plusieurs propos soulignent que l'optimisme, bien qu'essentiel, repose sur une dynamique collective vulnérable à l'usure :

« Il y a une vraie volonté... mais elle s'use si elle n'est pas nourrie. » – Cabinet 2

« Il faut entretenir l'espoir, sinon il s'éteint. » – AVIQ

c) Synthèse analytique

Le facteur « Optimisme » agit comme un levier d'adhésion dans les phases initiales d'un projet d'implémentation. Toutefois, sans ancrage dans des résultats visibles, un accompagnement constant et des formes de reconnaissance symbolique, il tend à s'éroder rapidement. La pérennisation du changement requiert donc de consolider cet optimisme par des succès tangibles, une communication transparente et des dynamiques collectives soutenues. En outre, cet effet positif de départ est à nuancer en fonction d'un possible biais de mémoire, vu que les répondants rapportaient les faits trois ans après le début du projet et que les personnes qui avaient porté le projet au départ ne faisaient parfois plus partie du personnel de la résidence.

7.2.10. Domaine 10 « Émotions »

a) Définition dans ce cadre

Le facteur « Émotions » désigne l'impact des états affectifs (positifs ou négatifs) sur l'adoption et le maintien de comportements. Les émotions peuvent favoriser l'engagement ou, au contraire, générer du retrait, de la résistance, voire un abandon du processus. Dans le cadre de cette intervention, les témoignages révèlent un paysage émotionnel contrasté, allant de la fierté au découragement.

b) Résultats empiriques

a. Épuisement émotionnel et surcharge affective

Plusieurs professionnels ont exprimé un profond épuisement lié à la complexité du projet et à la charge mentale induite par des responsabilités multiples :

« On est sursollicités, ça devient émotionnellement lourd. » – Cabinet 1

« On porte tout, c'est difficile. » – Résidence C

Cette surcharge affective nuit à la disponibilité mentale pour l'innovation.

b. Sentiment d'impuissance et frustration

Le manque de moyens, la perception d'une lenteur des changements structurels et l'absence de reconnaissance ont généré un sentiment d'impuissance et de frustration, particulièrement marqué chez les professionnels de terrain :

« Il n'y a jamais de retour, on a l'impression d'être seuls. » – Résidence D

« C'est frustrant de voir que rien ne change au niveau institutionnel. » – Formateur 2

Ces émotions négatives ont parfois abouti à un désengagement affectif.

Nous avons voulu investiguer les **raisons pour lesquelles les maisons de repos n'ont pas explicitement demandé de modifications normatives** auprès de l'AVIQ ou du cabinet.

Selon nos résultats, cette réserve traduit un ensemble de freins psychologiques, institutionnels et stratégiques identifiés dans les discours des participants.

La première raison, fréquemment mentionnée, tient à la crainte d'une répercussion négative lors des inspections. Les normes étant perçues comme rigides et parfois interprétées de manière punitive, les établissements préfèrent éviter toute mise en lumière de pratiques divergentes, même expérimentales. Il est à noter que la nouvelle du refus du changement de norme demandé s'est propagée parmi les MR-S pilotes.

« On sait que si on sort du cadre, on peut se le faire reprocher... alors on évite d'en parler. » (Résidence F).

Cette culture de la prudence conduit à une forme d'autocensure réglementaire, où les établissements adaptent leurs pratiques de manière informelle sans en informer les autorités. Plusieurs équipes ont exprimé leur incertitude quant à la manière de faire remonter une demande normative : à qui s'adresser, comment formuler une requête, et avec quel degré de légitimité ?

« Ce n'est pas clair qui peut demander ça. Est-ce que c'est la direction ? Le conseil d'administration ? Le porteur du projet ? » (Résidence C).

Cette absence de cadre formel pour la remontée des propositions de réforme empêche l'émergence d'un dialogue structuré entre terrain et autorités.

Certaines maisons de repos ont exprimé un fatalisme normatif, estimant que les marges de manœuvre étaient faibles et que toute tentative de changement serait vouée à l'échec ou ignorée. « On a déjà du mal à faire bouger les choses en interne, alors imaginer que l'AVIQ changerait quelque chose pour nous... » (Résidence A)

Ce déficit de pouvoir perçu dissuade les initiatives de plaidoyer, renforçant le silence normatif des établissements.

Dans un contexte de surcharge, plusieurs maisons de repos ont préféré concentrer leurs efforts sur des modifications locales et discrètes, contournant les normes sans les remettre formellement en cause.

« On fait comme on peut. Parfois on adapte discrètement... sans en faire un sujet officiel. » (Résidence E).

Ce pragmatisme témoigne d'une stratégie d'ajustement au quotidien, où l'expérimentation se fait sans officialisation, faute de conditions favorables à l'innovation réglementaire.

c. Colère et résignation face à l'inertie structurelle perçue

Certains participants ont exprimé de la colère, voire du désespoir, face à la persistance des blocages institutionnels ou réglementaires, notamment lorsque les demandes de changement de normes n'ont pas eu le retour positif escompté :

« Un refus comme ça... moi j'ai eu beaucoup de mal à le digérer [...] j'ai eu du mal à croire en la globalité du projet. » Résidence F

On est en colère parce qu'on y a cru. » – Résidence E

La répétition d'expériences non valorisées semble générer un sentiment d'injustice émotionnelle.

d. Ressentiment par rapport à l'inadéquation dans la répartition des ressources

Une critique récurrente formulée par les participants concerne la répartition jugée inéquitable des ressources financières dans le cadre du projet Changement de paradigme. En effet, plusieurs professionnels ont exprimé un ressentiment à l'égard de l'allocation des subventions publiques, jugée disproportionnée entre les structures externes d'accompagnement (universités, organismes de formation) et les maisons de repos elles-mêmes, pourtant principales actrices de la mise en œuvre.

« On a donné l'argent à 100% aux externes, alors que 80% du boulot était fait ici. C'est nous qui devons porter le changement, pas les universités. »

(Résidence B)

Ce déséquilibre perçu entre les responsabilités opérationnelles et les moyens accordés a nourri un sentiment d'injustice, voire de marginalisation dans certaines équipes, en particulier celles qui n'ont pas bénéficié de personnel dédié ou de temps institutionnel protégé.

« C'est nous qui devons former, communiquer, motiver, mais avec quels moyens ? On ne nous a pas donné les outils pour. » (Résidence E).

Par ailleurs, les participants soulignent que les formations assurées par les opérateurs externes, bien que souvent pertinentes dans leur contenu, étaient déconnectées des réalités quotidiennes des MR·S, et difficilement transposables sans un accompagnement interne adapté.

« Les formations étaient intéressantes, mais franchement, une fois revenues dans le service, on ne savait pas quoi en faire. » (Résidence A)

Ce contexte explique en partie la frustration exprimée dans plusieurs maisons de repos et renforce l'idée que la stratégie d'investissement aurait dû davantage soutenir les dynamiques internes, notamment par des financements directs aux équipes, la création de postes de coordination ou l'octroi de temps dédié.

e. Fierté et valorisation de l'engagement

À l'inverse, des émotions positives émergent dans les contextes où le changement a été porté collectivement ou valorisé :

« On est fiers de ce qu'on a mis en place. » – Résidence A

« Voir les résidents heureux, ça donne envie de continuer. » – Résidence E

Ces expériences renforcent la motivation et entretiennent un climat émotionnel propice à la continuité de l'action.

f. Émotions partagées comme levier de cohésion

Dans certains cas, les émotions ont servi de catalyseur collectif, renforçant la cohésion et la solidarité entre professionnels :

« Ce sont les moments partagés qui font tenir. » – Formateur 1

La mise en mots des ressentis a ainsi favorisé une forme de résilience collective.

c) Synthèse analytique

Le facteur « Émotions » révèle un double visage : d'un côté, des affects positifs (fierté, satisfaction, solidarité) soutiennent l'engagement, de l'autre, des émotions négatives (fatigue, frustration, colère) fragilisent la mobilisation, surtout lorsqu'elles ne sont pas reconnues ni accompagnées. Intégrer la gestion émotionnelle dans les stratégies de conduite du changement apparaît comme une condition essentielle à la réussite des démarches d'implémentation.

Certaines émotions négatives proviennent de la perception d'une inertie structurelle liée aux demandes de changement de normes. Or, il y a eu seulement trois demandes qui ont été adressées. Nos données montrent que l'absence de demandes explicites de changement de normes reflète un climat institutionnel de prudence, de flou et de découragement. Entre peur des sanctions, incertitude procédurale et priorités opérationnelles, les maisons de repos préfèrent s'ajuster silencieusement plutôt que d'entrer dans un processus formel de demande de réforme. Ce constat souligne l'importance d'un cadre structuré, transparent et sécurisant pour faciliter la remontée des propositions innovantes depuis le terrain.

Enfin, plusieurs professionnels ont exprimé un ressentiment face à la répartition jugée inéquitable des ressources financières, perçue comme excessivement orientée vers des opérateurs externes, alors que l'essentiel du travail de transformation reposait sur les équipes des maisons de repos. Ce déséquilibre, combiné à des formations peu contextualisées et à l'absence de soutien interne structuré, a nourri un sentiment d'injustice et de marginalisation dans plusieurs établissements.

7.2.11. Domaine 11 « Contexte environnemental et ressources »

a) Définition dans ce cadre

Le facteur « Contexte environnemental et ressources », désigne les circonstances physiques, sociales, matérielles et organisationnelles qui facilitent ou entravent l'adoption d'un comportement. Dans le cadre du projet Changement de Paradigme, ce facteur apparaît comme l'un des déterminants les plus fréquemment cités, tant par les professionnels que par les décideurs et les accompagnants.

b) Résultats empiriques

a. Surcharge chronique des équipes

La pénurie de personnel, la charge de travail élevée, le turnover et l'absentéisme sont des contraintes récurrentes évoquées par l'ensemble des parties prenantes. Ces éléments constituent un frein majeur à l'appropriation du projet :

« On est tout le temps en train de courir derrière le temps [...] On devrait le faire tous les jours, mais il faut déjà assurer la base. » – Résidence F

b. Sous-financement structurel et fragilité économique

De nombreuses structures ont exprimé des difficultés à stabiliser leur fonctionnement de base, rendant l'investissement dans des projets innovants peu prioritaire :

« Déjà tenir le personnel, c'est un défi. Alors faire de l'innovation... » – Cabinet 1

« On ne pouvait pas mobiliser une personne sur le projet sans compensation financière. » – AVIQ

Le financement du projet étant jugé limité ou peu adapté, il a été perçu comme une charge supplémentaire, et non comme un levier de transformation. Ceci s'est observé en particulier lors de la participation aux formations.

« Il fallait libérer 10 personnes pour une formation. 10 personnes, c'est le cinquième du personnel. »
Résidence F

c. Instabilité des interlocuteurs et manque de continuité

Le changement fréquent de référents au sein des institutions partenaires ou des maisons de repos a perturbé la dynamique du projet :

« On a changé trois fois de coach, ça casse l'élan. » – PAQS2

« Il faut une stabilité institutionnelle pour avancer. » – Scientifique 2

Cette discontinuité a nui à la confiance et à l'efficacité du suivi.

d. Absence de relais techniques internes

Certaines structures ont mis en évidence un manque de compétences internes pour piloter le projet, notamment en gestion de projet, communication ou analyse de données :

« *Personne ne savait lire un run chart.* » – PAQS1

« *On ne savait pas comment utiliser les outils.* » – Échanges interinstitutionnels

Le projet a parfois été porté par des acteurs isolés, sans soutien organisationnel clair.

e. Surcharge institutionnelle et dispersion des initiatives

L'un des obstacles majeurs à la mise en œuvre du changement est la surcharge organisationnelle. Comme le souligne un participant :

« *Travailler sur cinq axes en parallèle* » dépasse les capacités des institutions à intégrer des démarches de fond » - Scientifique 1.

Cette surcharge est liée à la simultanéité de projets, à des ressources humaines limitées, et à une absence de priorisation stratégique. Un membre du personnel d'une MR·S le souligne :

« *Trop d'objectifs, trop peu de moyens, trop de projets simultanés* ».

Ce constat est renforcé par le manque d'un pilotage clair et stable, accentué par des départs non remplacés de figures clés (ex. référents de projet).

Le contexte postpandémique a accentué cette fragilité organisationnelle, avec un épuisement généralisé des équipes :

« *Depuis le Covid, on n'a plus cette sérénité.* » – Résidence A

« *Tout le monde est sur les rotules.* » – Formateur 1

La crise a renforcé l'idée que l'environnement actuel n'est pas favorable aux projets de transformation lourds.

c) Synthèse analytique

Le facteur « Contexte environnemental et ressources » constitue un obstacle central à la mise en œuvre effective du changement. L'accumulation de contraintes structurelles – pénurie de personnel, manque de temps, instabilité des équipes, absence de financement dédié – crée un environnement peu propice à l'innovation. Pour que des initiatives comme le projet Changement de paradigme soient pleinement opérantes, elles doivent être accompagnées de moyens adaptés, de temporalités réalistes, et d'un soutien organisationnel renforcé, ancré dans une compréhension fine des réalités du terrain.

7.2.12. Domaine 12 « Mémoire, attention et processus décisionnels »

a) Définition dans ce cadre

Le facteur « Mémoire, attention et processus décisionnels » du *Theoretical Domains Framework* fait référence à la capacité des individus et des collectifs à maintenir leur attention sur une tâche, à se rappeler les étapes clés d'un processus et à prendre des décisions cohérentes dans un environnement complexe. Dans le cadre du projet Changement de Paradigme, ce facteur s'est avéré ambivalent, influencé à la fois par la surcharge cognitive, la clarté des outils, et les dispositifs de soutien mis en place.

b) Résultats empiriques

a. Difficulté à maintenir une attention collective sur la durée

Plusieurs professionnels rapportent qu'après l'enthousiasme initial, l'attention portée aux objectifs du projet s'est estompée face aux urgences du quotidien :

« Il y a tellement de choses qui se passent au jour le jour qu'on oublie parfois qu'on est dans un projet. » – Résidence D

« Au début, on savait ce qu'on voulait faire, mais après un an, c'était plus flou... » – Résidence A
Ce relâchement est accentué par l'absence de rappels structurés et réguliers.

b. Outils visuels et routines de rappel comme soutien cognitif

Certaines maisons ont mis en place des dispositifs concrets pour soutenir la mémoire collective et maintenir le fil conducteur du projet :

« Le canal info est devenu une sorte de repère pour tout le monde. » – Résidence C

« On a créé un petit carnet pour les nouveaux collègues. » – Résidence B

Ces outils, lorsqu'ils sont régulièrement mis à jour, facilitent la continuité des actions et la clarté des décisions.

c. Implication attentionnelle des résidents

Des initiatives spécifiques ont été développées pour ancrer les objectifs du projet dans l'expérience quotidienne des résidents :

« On a créé le Club des Canettes... Ils attendent ce moment. » – Résidence B

Cela témoigne d'une capacité à mobiliser l'attention des bénéficiaires eux-mêmes autour des changements engagés.

d. Surcharge cognitive et dilution des priorités

L'empilement de projets, d'initiatives et d'informations a entraîné une saturation cognitive, rendant difficile le maintien de repères clairs :

« Il y avait tellement de choses lancées en même temps... on ne savait plus sur quoi se concentrer. » – Résidence B
Cette surcharge a parfois abouti à une paralysie décisionnelle ou à un retour aux habitudes antérieures.

e. Dépendance à des personnes-clés

Le manque de structuration des informations a rendu certaines équipes dépendantes d'un nombre restreint d'individus détenant la mémoire du projet :

« *C'est la directrice qui avait tous les PV. Quand elle est partie... on n'avait peut-être pas accès à tout.* » – PAQS-3

Cette concentration informationnelle constitue un risque de rupture en cas de départ ou d'absence.

c) Synthèse analytique

Le facteur « Mémoire, attention et processus décisionnels » influence fortement la capacité des équipes à maintenir une dynamique de changement sur la durée. Si des dispositifs de soutien existent, leur efficacité dépend de leur structuration, de leur actualisation et de leur diffusion. Le renforcement de routines collectives de rappel, de supports visuels et d'une gouvernance claire apparaît comme une condition essentielle pour préserver la cohérence, la motivation et l'efficacité décisionnelle des équipes.

7.2.13. Domaine 13 « Influence sociale »

a) Définition dans ce cadre

Le facteur « Influence sociale » désigne l'impact des normes collectives, des relations interpersonnelles et des attentes sociales sur le comportement des individus. Il inclut l'influence des pairs, des supérieurs hiérarchiques, des partenaires extérieurs et des bénéficiaires. Pour le projet Changement de Paradigme, ce facteur a influencé de manière ambivalente la dynamique de changement, tantôt comme levier, tantôt comme frein à l'appropriation.

b) Résultats empiriques

a. Influence limitée des usagers et des proches

Alors que le projet visait à renforcer la participation des résidents et de leurs familles, leur implication effective a été jugée faible :

« Les résidents, on leur a posé une question une fois, c'est tout. » – Résidence D

« Le projet a été lancé sans les résidents, et ça a continué comme ça. » – Scientifique 2

« On a eu zéro réponse sauf une pour un loto. » – Résidence E

Des pratiques inspirantes existent néanmoins, illustrant un potentiel encore sous-exploité d'influence sociale ascendante.

b. Influence déterminante du leadership local

L'engagement – ou l'absence – de la direction des maisons de repos s'est avéré décisif pour impulser une dynamique collective :

« Les directions étaient absentes, les référents isolés. » – Scientifique 1

« Une seule personne "porteuse" par projet = risque élevé de désengagement en cas d'absence. » – Scientifique 2

Le manque de soutien explicite du management a souvent généré de l'isolement et fragilisé les équipes projets.

c. Poids des normes implicites et de la culture professionnelle

Les habitudes ancrées, les résistances au changement et les représentations dominantes sur les rôles professionnels ont limité l'impact du projet :

« Le langage de l'accréditation hospitalière ne parle pas aux maisons de repos. » – Cabinet 2

« Paradigme... ça fait peur. » – Résidence A

La perception d'un projet venu « d'en haut » a accentué les réticences, particulièrement lorsque les modalités d'accompagnement étaient perçues comme descendantes ou technocratiques.

c) Synthèse analytique

Le facteur « Influence sociale » se manifeste ici comme un déterminant transversal : les dynamiques de soutien ou de désengagement des directions, l'ambiguïté des rôles institutionnels, les normes professionnelles implicites et la sous reconnaissance des usagers influencent fortement l'implémentation du projet. Une clarification des rôles, un soutien managérial visible et la construction d'un leadership partagé apparaissent comme des leviers essentiels pour créer une influence sociale positive et durable.

7.2.14. Hors des domaines du TDF - Thématiques émergentes

L'analyse documentaire, des entretiens individuels et des groupes de discussion menés auprès de différents acteurs impliqués dans la réforme des maisons de repos met en évidence une série de facteurs influençant la mise en œuvre d'un changement de paradigme. Ces facteurs se répartissent en freins structurels, barrières culturelles et facilitateurs potentiels.

a) Facteurs facilitants : sens, regard et intelligence collective

Malgré les difficultés, plusieurs leviers émergent. Le sens donné au changement constitue un moteur essentiel : « *Si je comprends le 'pourquoi', je suis prêt à avancer* » (Formateur 2). Le changement de regard sur les résidents (« *On oublie que Madame sait parler* » – Formateur 3) est souvent cité comme point de départ à l'évolution des pratiques.

La valorisation des « petits métiers » (cuisine, entretien, secrétariat) et la mixité fonctionnelle sont perçues comme des ressources sous-exploitées : « *La secrétaire connaît mieux les résidents que le dossier* » (Formateur 3), « *Les techniciennes ont accompagné les résidents en ville* » (Résidence A).

Enfin, le besoin d'un leadership horizontal et collectif est souligné : « *Même la technicienne peut porter un projet si elle est accompagnée* » (Formateur 1). L'intelligence collective existe, mais elle nécessite d'être structurée, soutenue et reconnue pour produire des effets durables.

b) Déficit de communication

a. Un déficit communicationnel transversal et structurel

L'un des constats majeurs qui émerge est la faiblesse généralisée de la communication, à la fois interne et externe, autour du projet. Ce déficit est constaté à plusieurs niveaux de la chaîne organisationnelle – directions, groupes de travail, personnel de terrain – entraînant désinformation, non-participation, voire démobilitation.

« *Il n'y a pas eu assez de communication aux autres habitants et aux autres professionnels* » - Résidence C

Comme nous l'avons relevé dans le domaine « connaissance », de nombreux participants dénoncent un vocabulaire jugé trop conceptuel ou éloigné du quotidien professionnel. Les termes comme « paradigme », « run chart » ou « Ishikawa » suscitent incompréhension et rejet. « *Paradigme... ça fait peur* » confie une participante (Résidence A), tandis qu'un autre ajoute : « *Le vocabulaire utilisé pour tous les outils est [...] un vocabulaire qui n'est absolument pas adapté pour ce milieu-là* » - PAQS1.

Cette barrière sémantique nuit à l'appropriation du projet et accentue la distance entre les niveaux de gouvernance et les réalités du terrain. Un participant résume : « *Le langage de l'accréditation hospitalière ne parle pas aux maisons de repos* » (Cabinet 2).

b. Une communication inadaptée aux publics cibles

Comme indiqué au début de ce rapport, plusieurs témoignages soulignent une inadéquation du langage utilisé dans le projet avec les réalités des professionnels. Le terme même de *changement*

de paradigme est perçu comme abscons, voire contre-productif. Ce décalage sémantique révèle une absence de stratégie de vulgarisation ou de matériel pédagogique adapté, ce qui entrave l'appropriation des objectifs du projet.

c. Une absence de dispositifs visuels et mémoriels de soutien

L'analyse met en lumière l'absence d'outils de communication adaptés, accessibles et pérennes (affiches, tableaux de bord, flyers, etc.) pour accompagner le changement et rendre les actions visibles.

« *Le projet n'a pas d'existence* » Formateurs 2 et 3

« *Nous leur avons dit : Faites des campagnes de pub, des posters avec peu de mots, une image, un slogan* » Formateurs 2 et 3

Cette absence de communication visuelle structurée nuit à la compréhension et à la cohérence du message dans le quotidien des professionnels.

d. La communication comme levier de sens et de mobilisation (non activé)

Une communication efficace aurait pu jouer un rôle crucial dans la mobilisation des équipes, en renforçant le sentiment d'appartenance, la compréhension des enjeux et la valorisation des contributions.

« *Le projet devient une philosophie de vie [...] il faut animer la flamme, fêter les succès* » - Formateur 2

L'absence d'un tel travail symbolique et narratif a pu laisser les professionnels démobilisés ou perdus, ne percevant pas leur rôle dans l'effort collectif.

e. Communication et leadership : un binôme indissociable

Le défaut de partage des informations, notamment en lien avec les outils, les formations, ou les décisions prises en comité restreint, a provoqué un effet d'exclusion des parties prenantes. Ce cloisonnement a souvent résulté d'une centralisation de l'information par la direction, sans relais opérationnel efficace. L'inefficacité de la communication est directement liée à un leadership déficient, marqué par une absence de circulation horizontale de l'information, un défaut de délégation et une centralisation excessive.

« *Il y a des maisons de repos où l'information n'a absolument pas été partagée* » - PAQS3

À l'inverse, certaines structures comme celle de la Résidence D ont démontré qu'un relais de communication investi et horizontal pouvait favoriser l'inclusion et la fluidité des échanges :

« *Elle se met au même niveau que les autres membres du personnel [...] pour que les personnes aient accès à l'information* » - PAQS1

f. Conséquences pratiques : invisibilité du projet et désengagement

Ce manque de communication a abouti à des situations dans lesquelles :

- Les professionnels ne savaient pas qu'ils participaient à un projet structuré ;
- Les actions mises en œuvre étaient perçues comme isolées ;
- Les nouveaux arrivants ne recevaient aucune information sur le projet.

« *Il n'y avait pas d'information aux nouveaux professionnels* » - Résidence A

L'atelier de communication a révélé l'invisibilité d'acteurs essentiels, dont la contribution était ignorée faute de communication adéquate :

« *J'ai pu voir des membres du personnel que je ne voyais pas habituellement.* » - Résidence C

Cela indique un cloisonnement structurel, souvent accentué par des logiques hiérarchiques rigides, où l'information ne circule pas de manière horizontale, limitant la participation active de tous les acteurs concernés.

c) Failles de gouvernance et leadership isolé

Les dossiers de candidature mettaient en avant l'importance d'un leadership collaboratif où le rôle du leader est de responsabiliser et d'accompagner les parties prenantes (résidents, personnel, familles).

Au sein des MR·S, l'absence de soutien des directions est souvent signalée : « *Les directions étaient absentes, les référents isolés* » (Scientifique 1), mettant en péril la continuité et la crédibilité du projet. Ailleurs, le rôle de la direction et le style de leadership est très variable, allant jusqu'à des situations où une personne seule portait l'entière responsabilité : « *Une seule personne "porteuse" par projet = risque élevé de désengagement en cas d'absence* » (Scientifique 2). Un chapitre complet est dédié à l'analyse du leadership ([Chapitre 7.3.](#)).

d) Participation limitée des résidents et de leurs proches

Alors que l'un des objectifs du changement est de placer les résidents au centre, leur inclusion réelle reste faible voire symbolique. Plusieurs témoignages illustrent cette invisibilité :

« *Les résidents, on leur a posé une question une fois, c'est tout* » (Résidence D) ou encore

« *Le projet a été lancé sans les résidents, et ça a continué comme ça* » (Scientifique 2).

Pourtant, dans certains établissements, une dynamique de co-construction commence à émerger :

« *À la Résidence C, ils choisissent les chaises* » (PAQS3), ou « *C'est leur maison, ils choisissent le mobilier, les sorties, les repas* » (Résidence B).

Le profil des résidents constitue donc un facteur clé dans le niveau de participation effective au projet de transformation. Les résidents autonomes ont pu être directement impliqués, tandis que pour les plus dépendants, des modalités indirectes ont été nécessaires. L'approche flexible et adaptée à la diversité des profils semble donc une condition sine qua non pour une participation inclusive.

La participation des familles est aussi décrite comme insuffisante : « *On a eu zéro réponse sauf une pour un loto* » (Résidence C).

Des acteurs plaident pour leur implication dès les premières étapes :

« *Il faut absolument associer les familles, sans quoi la réforme échouera* » (Cabinet 2).

7.3 Analyse du style de leadership selon le modèle de leadership pour l'implémentation du changement

L'analyse du style de leadership dans les six maisons de repos portent sur les données des focus group (parties prenantes internes) au mois d'avril à juin 2025, en mobilisant les le cadre théorique (Ford et al., 2021). Ces résultats ont été complétés par les perspectives des parties prenantes externes, ceux de la PAQS, des scientifiques du comité d'accompagnement, les collègues de l'AVIQ, du cabinet et des formateurs.

7.3.1. Les fonctions de leadership

L'analyse des fonctions de leadership dans les six maisons de repos à la lumière du cadre théorique proposé par Ford et al. (2021) met en évidence des profils contrastés en matière de conduite du changement, particulièrement dans le cadre du programme « Changement de paradigme ». Ce modèle repose sur quatre fonctions essentielles du leadership dans la mise en œuvre du changement : la définition de l'orientation, l'alignement, la création de l'engagement et la capacité d'adaptation.

7.3.1.1. Définition de l'orientation

La définition de l'orientation désigne la fonction du leadership qui consiste à aider les personnes impliquées dans le changement à comprendre ce qui se passe, pourquoi cela se passe, et ce que cela signifie pour eux.

a) Selon les parties prenantes internes aux MR-S

Selon les participants des FG, les six maisons de repos étudiées ont présenté une **orientation stratégique** forte dès le départ.

À La Résidence D, l'impulsion provient d'une nouvelle directrice qui souhaitait moderniser une institution perçue comme vieillissante.

« On est en changement. Il faut vivre avec son époque. [...] Changer les automatismes que nous avons depuis des années. » – Responsable technique, Résidence A

Il en va de même pour la Résidence F, où l'ancienne référente (kinésithérapeute) a joué un rôle fondamental. Elle a lancé le projet, réuni les parties prenantes, et défini les objectifs initiaux (ex. améliorer la qualité et valoriser les métiers). Cette orientation claire au départ a cependant manqué d'ancrage collectif. À la Résidence E, l'orientation était non seulement forte mais également **centrée sur la réalisation du projet de vie du résident**, ce qui a donné une assise solide au processus de transformation. Du côté de la Résidence C, la dynamique post-COVID a motivé un changement de paradigme perçu comme nécessaire, mais dilué ensuite par une surcharge de projets. À la Résidence B, l'orientation stratégique est exemplaire : elle a été institutionnalisée et incarnée dans une communication ouverte sur des valeurs telles que l'autodétermination du résident, la démedicalisation, et l'inversion de la pyramide hiérarchique. Enfin, la la Résidence A présente une orientation solide, s'inscrivant dans la continuité d'une **démarche qualité de longue date**, fondée sur le respect, l'autonomie et la co-construction avec les résidents.

b) Selon les parties prenantes externes aux 6 MR-S

Selon les regards croisés de la PAQS, des scientifiques du comité d'accompagnement, les collègues de l'AVIQ, du cabinet et des formateurs, la **fonction directionnelle s'est manifestée de manière hétérogène**. Certaines maisons, comme la Résidence C ou la Résidence E, ont bénéficié d'une direction claire, portée par des objectifs concrets tels que la personnalisation des projets de vie (PAQS). Toutefois, cette clarté n'a pas été généralisée. Plusieurs répondants – scientifiques, AVIQ, formateurs – soulignent que la notion même de « changement de paradigme » était floue, technique et inadaptée aux réalités du terrain, ce qui a freiné l'appropriation (Formateurs, Cabinet).

« On voulait que les maisons de repos s'approprient leur modèle de changement. On ne voulait pas imposer un modèle. » – membre du Cabinet

Dans certaines structures comme la Résidence B, le projet semble avoir été motivé par des logiques de réputation plutôt que de transformation réelle, accentuant le déficit d'orientation stratégique (PAQS, Scientifiques).

7.3.1.2. Alignement

L'alignement organisationnel – la capacité à faire converger les acteurs vers des objectifs partagés – est plus inégalement réparti.

a) Selon les parties prenantes internes aux MR-S

À La Résidence D, il reste faible à modéré : les objectifs sont clairs, mais la surcharge et le scepticisme freinent la coordination. À l'inverse, la Résidence E montre un bon alignement, grâce à une **compréhension partagée des enjeux** entre la direction, les référents et les équipes de terrain. À la Résidence C, l'alignement est variable. Si plusieurs initiatives concrètes ont été menées (livret d'accueil, organigramme illustré), leur cohérence avec les objectifs initiaux reste fragile.

« On voulait être à la pointe de ce que l'AVIQ allait demander. [...] Comme ça, on gagnait du temps. » – Psychologue, Résidence C

la Résidence B illustre une **forte cohésion transversale**, soutenue par des outils de gouvernance collective comme les conseils de résidents ou le journal participatif. Au la Résidence A, l'alignement est solide au sein du noyau moteur, mais **ralenti par des cloisonnements fonctionnels** et un fort turnover du personnel. Dans la Résidence F, des réunions de pilotage, des groupes interservices et des moments collectifs ont permis de créer une dynamique d'équipe transversale, malgré les départs de personnes clés.

b) Selon les parties prenantes externes aux 6 MR·S

Selon les regards croisés de la PAQS, des scientifiques du comité d'accompagnement, les collègues de l'AVIQ, du cabinet et des formateurs, c'est le point le moins positif du projet. Les avis convergent que le problème se soit situé aussi bien au niveau des maisons de repos, qu'avec le dispositif externe mis en œuvre via le projet.

Selon les parties prenantes externes, au sein des MR·S, l'alignement organisationnel entre les équipes internes a été très variable d'un établissement à l'autre. Dans des maisons comme la Résidence C ou La Résidence D, une coordination efficace a permis une mobilisation transversale et une appropriation collective du projet. En revanche, dans d'autres structures comme la Résidence B ou La Résidence A, l'alignement était quasi inexistant. Cela s'explique souvent par un leadership trop centralisé, une direction absente ou en surcharge de travail, ce qui a freiné la dynamique de transformation.

Par ailleurs, dans plusieurs établissements, la mobilisation s'est concentrée sur un petit groupe de personnes « motrices », sans réelle diffusion à l'ensemble des équipes. Cette centralisation a affaibli l'appropriation collective, alors qu'un alignement durable nécessite une implication large du personnel.

« Une autre maison où la directrice a postulé dans son coin toute seule [...] et quand elle est partie en congé maternité, c'était "où sont tous les documents ?" » — PAQS

Pour ce qui est de l'alignement pour le programme, du côté de la PAQS, bien que le cabinet ait initialement souhaité qu'elle joue un rôle de pilote, cette orientation n'a été que partiellement mise en œuvre. L'absence de clarification effective des rôles a limité son impact, affaiblissant ainsi la capacité de la PAQS à structurer une gouvernance commune et à soutenir l'alignement entre acteurs.

Du côté des interactions avec le cabinet et l'AVIQ, le cabinet portait une vision stratégique claire, portée par une ambition politique forte de transformation du modèle d'accompagnement en maison de repos, dans un contexte post-Covid marqué par des crises de confiance et des scandales. L'orientation adoptée mettait à juste titre l'accent sur le bien-être et l'autonomie des personnes âgées. Toutefois, la mise en œuvre de cette stratégie est restée peu claire : le concept de « changement de paradigme » manquait de définition précise et d'opérationnalisation concrète. Cette imprécision, combinée à une communication insuffisante, a engendré de la confusion chez les acteurs de terrain quant aux objectifs réels et aux attentes du projet.

« On voulait que les maisons de repos se réinventent, on ne voulait pas imposer un modèle et on voulait faire face aux défis actuels [...], le manque de reconnaissance du métier, la pénibilité du métier, le taux d'absentéisme [...]. » — Membre du cabinet

Les entretiens réalisés révèlent une diversité de perceptions quant au rôle joué par l'AVIQ dans le pilotage du projet Changement de paradigme. Si certains participants ont salué la disponibilité de leurs interlocuteurs administratifs et la volonté de soutien exprimée, d'autres ont fait état d'une forme de désalignement perçue entre les attentes des maisons de repos et les priorités institutionnelles.

Dans plusieurs établissements, une confusion relative aux fonctions de l'AVIQ a été évoquée, en particulier concernant la distinction entre les rôles d'inspection et d'accompagnement. Cette ambivalence a pu induire une certaine méfiance ou prudence dans la relation aux autorités.

« Parfois, on ne sait pas si on parle à quelqu'un qui est là pour nous aider ou pour nous contrôler... Ça crée de la retenue. » (Résidence E)

Toutefois, cette perception n'est pas systématique : certaines équipes ont affirmé connaître et reconnaître la différence claire entre les inspecteurs et les agents impliqués dans les projets pilotes de l'AVIQ. L'expérience antérieure de collaborations avec l'administration dans d'autres dispositifs a pu atténuer ce flou.

« On sait faire la différence entre les inspecteurs et les gens de projet. Mais c'est vrai que pour certains collègues, c'est moins évident. » (Résidence E)

Il est donc plausible que la confusion observée provienne moins des structures de l'AVIQ elles-mêmes que d'une perception diffuse chez certains professionnels, en particulier dans les contextes où la gouvernance locale du projet était moins stabilisée.

Ces éléments invitent à nuancer une lecture univoque des tensions perçues. Si des difficultés de communication et de coordination ont bien été identifiées dans plusieurs MR·S — notamment en raison d'une surcharge des porteurs de projet ou d'un manque de relais intermédiaires — il importe de souligner que l'AVIQ dispose d'une expertise avérée dans le pilotage de projets innovants avec le secteur, et que les malentendus évoqués semblent relever d'une problématique de lisibilité plus que d'intention coercitive.

En ce sens, il est recommandé de renforcer les mécanismes de clarification des rôles et de visibilité des démarches collaboratives entre les autorités régulatrices, les institutions et les partenaires externes, afin de consolider un climat de confiance propice à l'innovation.

7.3.1.3. Création de l'engagement

La création de l'engagement — la fonction du leadership qui consiste à susciter la participation active, la volonté d'agir et l'implication des personnes dans le processus de changement — s'est révélée particulièrement difficile dans certaines structures.

a) Selon les parties prenantes internes aux MR·S

À La Résidence D et F, l'engagement est faible, les témoignages faisant état d'une démobilisation progressive, d'une lassitude organisationnelle et d'une baisse de participation. À la Résidence E, on observe une mobilisation forte, émotionnellement et professionnellement, avec une implication allant jusqu'aux services techniques. À la Résidence C, l'engagement, initialement présent, a décliné rapidement sous l'effet d'une surcharge de travail, d'un manque de reconnaissance et d'une inflation du nombre de projets (jusqu'à 54 envisagés). La Résidence B se distingue par un engagement coconstruit et inclusif, tant des professionnels que des résidents. Enfin, la Résidence A présente un engagement fort mais concentré dans le noyau moteur, difficilement extensible à l'ensemble du personnel.

« On a fait un appel aux volontaires [...] certains sont un peu lassés, ont quitté des groupes [...] mais on a toujours réussi à retrouver quelqu'un pour reprendre le relais. » – Directrice, Résidence D

b) Selon les parties prenantes externes aux 6 MR·S

Selon les regards croisés de la PAQS, des scientifiques du comité d'accompagnement, les collègues de l'AVIQ, du cabinet et des formateurs, la création de l'engagement des maisons de repos a été extrêmement variable. Selon Ford et al., une transformation réussie nécessite que le leadership local mobilise largement les acteurs internes autour d'un sens partagé. Or, dans plusieurs cas (ex. la Résidence B, la Résidence A), les répondants relevaient que le portage du projet reposait sur une personne isolée, souvent sans relais hiérarchique solide ou sans soutien des équipes, ce qui a produit un effet tunnel. Le projet manquait alors de légitimité interne et d'appropriation collective. Inversement, certaines maisons comme la Résidence C ont bénéficié d'un alignement plus cohérent entre la direction et les porteurs de projet, illustrant les conditions nécessaires à une dynamique d'engagement durable. Cela dit, aucune maison de repos ne semble avoir maintenu un engagement collectif stable à travers les deux années, révélant un essoufflement progressif ou une sous-estimation des efforts requis.

Au niveau de la gouvernance du programme « Changement de paradigme », les personnes interviewées ont relevé que les interactions avec la PAQS ont été entachées par un défaut de clarté dans les rôles attendus. Selon Ford et al., le leadership partagé et la coordination interorganisationnelle sont essentiels pour réguler la complexité. Or, bien que la PAQS ait été pensée comme moteur de gouvernance, son rôle est resté ambigu, ce qui a réduit sa capacité à mobiliser et structurer l'action collective.

Enfin, une fois encore, les formateurs ont pointé le manque de sens opérationnel du concept de « changement de paradigme », jugé abstrait et inapproprié au terrain. Le défaut de traduction pratique a nui à la compréhension et donc à l'engagement des équipes. Comme le souligne Ford et al., un langage clair et adapté est fondamental pour susciter l'adhésion. Le cabinet ministériel portait une vision stratégique ambitieuse, mais elle n'a pas été suffisamment relayée ou rendue

opérationnelle. Cette dissonance entre vision macro et réalité terrain a réduit la capacité des acteurs à s'y identifier, limitant leur engagement actif. Ce déficit de « sens partagé » constitue un obstacle central selon Ford et al.

7.3.1.4. Adaptation

La capacité d'adaptation, enfin, est une dimension révélatrice de la maturité du leadership. L'adaptation concerne la fonction du leadership qui consiste à aider les personnes à modifier leurs comportements, leurs pratiques et leurs mentalités afin de les aligner sur les exigences du changement et sur un environnement en constante évolution.

a) Selon les parties prenantes internes aux MR·S

À La Résidence D et la Résidence C, cette capacité adaptation est présente mais réactive, souvent mise en œuvre après des signes de fatigue ou de désengagement. À la Résidence E, bien que des stratégies innovantes aient été mises en place (comme les capsules vidéo), les efforts d'adaptation se heurtent à une surcharge de travail. La Résidence B incarne une adaptation proactive et intelligente, capable de faire des arbitrages tout en maintenant les principes du projet. À la Résidence F, bien qu'entravé par des interruptions (COVID, départs), le projet a connu des avancées concrètes : création de fiches métiers, réunions participatives, diffusion d'une nouvelle culture de la qualité. À la Résidence A, l'équipe a su faire preuve de flexibilité, ajustant ses ambitions et redistribuant les efforts en réponse à des changements RH et structurels majeurs.

« C'était très enrichissant de pouvoir découvrir plein de choses et d'être dans un groupe de quatre personnes différentes mais complémentaires. » – ergothérapeute, Résidence A

b) Selon les parties prenantes externes aux 6 MR·S

Selon les regards croisés de la PAQS, des scientifiques du comité d'accompagnement, les collègues de l'AVIQ, du cabinet et des formateurs les maisons de repos ont présenté une grande hétérogénéité dans leur capacité d'adaptation. Certaines ont su mobiliser un leadership distribué, aligné avec la notion de *requisite variety* de Ford et al., en intégrant plusieurs profils (direction, psychologue, référent qualité) dans le pilotage du projet. C'est notamment le cas à la Résidence C, où une coordination entre acteurs a permis une appropriation plus cohérente du changement. Cependant, d'autres structures, comme la Résidence B ou la Résidence A, se sont appuyées sur un leadership isolé, souvent incarné par une seule personne (ex. une directrice absente ou en congé non remplacée), ce qui a limité l'adaptation organisationnelle. Le manque de relais internes et de fonctions partagées a entravé la capacité à répondre à la complexité du changement demandé.

« Ce qui avait été proposé dans les dossiers de candidature ne se retrouvait pas forcément dans les plans d'actions. » – PAQS

Les formateurs ont observé un échec à adapter les contenus au terrain. Le discours trop conceptuel (notamment autour du paradigme) n'a pas été opérationnalisé, réduisant l'adhésion des équipes. Cela témoigne d'une fonction de *traduction* du changement mal assurée, alors que Ford et al. insistent sur l'importance de cette fonction pour adapter le message du changement à des publics diversifiés.

Au niveau du cabinet, bien que la vision stratégique ait été claire (volonté d'autonomie, transformation structurelle), elle n'a pas été accompagnée par un pilotage adaptatif. La coordination verticale est restée trop distante des réalités locales. Le leadership stratégique n'a pas été relayé par des fonctions intermédiaires capables d'ajuster les attentes politiques aux contraintes du terrain – une absence de médiation adaptative, selon Ford. Dans une logique de gouvernance efficace, cette médiation aurait pu être exercée par différents acteurs du comité scientifique, ce qui n'a pas été suffisamment le cas.

7.3.1.5. Synthèse des résultats concernant les 4 fonctions du leadership

En croisant ces quatre dimensions et sur la base des entretiens et focus groups avec les personnes interviewées, le cas de la Résidence B émerge comme un exemple de leadership transformationnel réussi, combinant vision, alignement, mobilisation et adaptabilité – en parfaite cohérence avec les attendus de Ford et al. (2021). Ceci tranche avec l'avis des parties prenantes externes, dont les résultats sont en contradiction avec ce que rapportaient les participants. La Résidence E se positionne aussi favorablement, bien que fragilisé par la charge de travail. En revanche, La Résidence D et la Résidence C illustrent les limites d'un leadership impulsif ou fragmenté, rencontrant des difficultés à fédérer durablement les équipes autour d'un projet structurant. La Résidence A, quant à lui, capitalise sur une culture de la qualité bien établie, mais peine à généraliser l'engagement à toute l'institution. Ce panorama confirme que les fonctions de leadership identifiées par Ford et al. sont interdépendantes et doivent être articulées de manière équilibrée pour permettre une mise en œuvre effective et durable du changement dans des contextes organisationnels complexes comme ceux des maisons de repos.

Les entretiens font apparaître des perceptions contrastées du rôle de l'AVIQ dans le projet **Changement de paradigme**, oscillant entre reconnaissance de son expertise et de son soutien, et confusion quant à ses fonctions d'accompagnement versus de contrôle. Ceci suggère que les tensions observées relèvent davantage d'un déficit de lisibilité et de communication que d'un dysfonctionnement structurel, et appellent à une clarification renforcée des rôles pour soutenir un climat de confiance institutionnelle.

7.3.1.6. Analyse comparée concernant les 4 fonctions du leadership, en fonction des parties prenantes externes ou internes aux MR·S

La perception de ces fonctions est relativement convergente selon les points de vue des acteurs internes ou externes à la maison de repos, hormis le cas de l'une d'entre elles. En effet, nous pouvons constater que, hormis l'analyse de la situation de la fonction de leadership au sein de la Résidence B, la concordance entre les points de vue internes, relevés lors du focus group au mois d'avril, et celle des parties prenantes externes (PAQS, 3 formateurs, AVIQ, Cabinet et scientifiques, relevés entre les mois de septembre 2024 et janvier 2025) est assez bonne. Les cellules en rose relèvent une divergence manifeste entre les points de vue.

Pour plus de précisions, nous invitons le lecteur à consulter le Tableau 2 dans l'Annexe 4.

7.3.2. Les sources de leadership

a) Selon les parties prenantes internes aux MR·S

L'analyse des sources de leadership dans les six institutions participantes met en lumière des dynamiques contrastées en matière de structuration du pouvoir, de participation et d'émergence de figures motrices, telles que décrites par Ford et al. (2021).

« Je pense que dans la majorité, c'est la direction qui a vu passer l'annonce [du projet], et qui a dit "on y va". » – PAQS

Dans **La Résidence D**, le leadership **formel** a été clairement exercé par la direction, notamment par la directrice nouvellement nommée et certains chefs de service, qui ont porté le projet dès le départ. Cependant, malgré cette impulsion initiale, le leadership **informel**, incarné par des figures du terrain telles qu'une technicienne de surface ou une aide-soignante motivée, n'a pas toujours réussi à mobiliser durablement leurs collègues. Le **leadership distribué** a bien été tenté, mais il est resté partiellement effectif. L'absence d'implication continue de certains groupes, combinée au départ de membres moteurs, a entravé l'ancrage du leadership partagé (Ford et al., 2021).

À **la Résidence E**, le leadership **formel** est exercé de manière affirmée par la directrice et les chefs de service. Ils ont activement soutenu le projet, donnant le ton et les ressources nécessaires à sa mise en œuvre. Le leadership **informel** s'est également manifesté avec force, porté par des figures issues de l'équipe pluridisciplinaire comme les maîtresses de maison ou les responsables d'étage, véritables catalyseurs internes. Le **leadership distribué** est ici pleinement visible : la répartition des responsabilités dans les groupes de travail selon les expertises et services témoigne d'une dynamique de responsabilisation collective, correspondant à une mise en œuvre réussie du leadership distribué tel que le conçoivent Ford et ses collègues (2021).

Dans l'institution **la Résidence C**, le leadership **formel** est structuré autour de la direction et d'un comité de pilotage pluridisciplinaire (psychologue, cadres, référents). Si l'adhésion institutionnelle est réelle, elle est perçue comme inégale par les équipes, révélant une fracture entre la direction et le terrain. Le leadership **informel** est porté par des professionnels de première ligne, tels que des aides-soignants, des techniciens ou des assistants sociaux, qui ont

pris en charge des initiatives concrètes. Une volonté manifeste d'instaurer un **leadership distribué** est observable à travers la création de groupes de travail autonomes. Toutefois, cette dynamique a été fragilisée par des obstacles structurels : rotation fréquente des équipes, absentéisme, et manque de temps, qui ont limité la capacité à pérenniser une gouvernance horizontale.

L'institution la **Résidence B** se distingue par un modèle particulièrement inclusif. Le leadership formel y est incarné par la directrice, dont le rôle est davantage celui d'une facilitatrice que d'une dirigeante hiérarchique. Elle encourage la participation active et évite une posture descendante. Le leadership informel est omniprésent et transversal : éducateurs, psychologue, soignants, techniciens, animateurs et même des résidents endossent un rôle actif dans le projet, témoignant d'un fort niveau d'appropriation. Le leadership distribué est ici profondément ancré. La prise de décision est partagée à tous les niveaux, y compris avec les résidents, et les initiatives émergent aussi bien des groupes de travail formels que de dynamiques spontanées. Il s'agit d'un exemple abouti du modèle de leadership pluralisé prôné par Ford et al. (2021). Ces résultats sont à compléter et à nuancer en fonction de la perception sur ce style de leadership par les parties prenantes externes :

« À [...] il n'y avait que la directrice qui était présente aux séances d'échange d'inter structure [...] elle ne déléguait rien, et elle portait tout toute seule. » (PAQS)

À la **Résidence F**, le leadership formel est incarné par le directeur et le médecin-coordonateur. Le projet a coïncidé avec l'arrivée attendue d'un nouveau directeur. Le projet repose largement sur une logique de **leadership distribué**, où plusieurs acteurs de métiers variés ont pris des responsabilités sans hiérarchie stricte. Le projet s'ancre dans une dynamique institutionnelle (réforme en cours, contexte COVID), ce qui influence la manière dont le leadership émerge et évolue.

Enfin, à la **Résidence A**, le leadership **formel** s'est manifesté par un soutien initial de la direction, qui s'est toutefois affaibli au fil du temps. Un des membres de l'équipe, bien qu'en dehors de toute fonction hiérarchique officielle, a joué un rôle central comme référente de fait, incarnant une forme de leadership **informel** fortement reconnu, basé sur la crédibilité personnelle et la confiance. D'autres figures (ergothérapeutes, animatrices, responsables techniques) ont également émergé comme leaders du quotidien.

« Là, c'est [...], qui est une des responsables de service, mais c'est un groupe. [...] la direction qui n'était pas trop fort impliquée. [...], le directeur général... En fait, ils n'ont pas de directeur pour l'instant, ils ont juste un directeur général. Et donc, elles se retrouvaient à quatre, à devoir tout faire. » (PAQS)

Le **leadership distribué** a été encouragé à travers le groupe de pilotage, mais son extension au reste de l'institution reste limitée. Des freins culturels et structurels (résistances hiérarchiques, logistique lourde) en ont restreint l'efficacité, illustrant les limites concrètes d'un leadership partagé sans transformation en profondeur des modalités de gouvernance.

En somme, selon les dires des participants des focus group, ces six cas montrent la variabilité du leadership selon les configurations institutionnelles. Là où certains établissements (comme la Résidence B ou la Résidence E) parviennent à articuler leadership formel, informel et distribué dans une cohérence systémique, d'autres (comme la Résidence D ou la Résidence A) peinent

à dépasser les freins organisationnels, malgré des intentions louables. Ces observations confirment l'importance de considérer les **sources multiples et évolutives du leadership**, tout en intégrant les conditions de la **variété requise** (requisite variety) pour faire face aux complexités du changement (Ford et al., 2021).

b) Selon les parties prenantes externes aux 6 MR·S

Par contraste, les répondants externes (membres de l'AVIQ, du cabinet, de la PAQS, les scientifiques impliqués et les formateurs relèvent que le leadership observé dans les maisons de repos était **majoritairement formel ou informel**, rarement pleinement distribué. Lorsque ce dernier était en place, les résultats étaient plus durables et mieux partagés. Toutefois, les tensions entre acteurs, l'ambiguïté des rôles et l'absence de reconnaissance systémique des leaders informels ont souvent empêché la structuration de véritables gouvernances collectives, telles que prônées par Ford et al.

Au niveau des MR·S : essentiellement un leadership formel et informel

Du point de vue de nombreux répondants (PAQS, formateurs, scientifiques), le leadership formel, exercé en principe par la direction des maisons de repos, a été très inégal. Certaines directions, comme à la Résidence E ou la Résidence C, ont porté une vision structurée et soutenu activement le projet.

« La directrice était là, elle voulait bien faire avec ce qu'elle pouvait faire. Je trouve que la position de la direction et de comment elle soutenait et était impliquée dans le projet, était ou bien facilitant ou bien extrêmement bloquant. » (PAQS)

Ces cas illustrent une posture de leadership claire, alignée avec les attentes du programme. À l'inverse, d'autres directions se sont révélées absentes, peu engagées ou trop éloignées du terrain, comme au la Résidence A, où la directrice s'est montrée permissive mais peu présente dans les prises de décision. À la Résidence B, la directrice a mené le projet de manière très centralisée, dans une logique quasi solitaire, sans relais ni soutien institutionnel structuré. Cette configuration a souvent conduit à un leadership « vertical », peu efficace sur la durée.

Face aux défaillances ou au retrait du leadership formel, des leaders informels ont émergé. Selon les observations des formateurs et des membres de la PAQS, ce rôle a été assumé par des référents qualité, des psychologues, ou des responsables de service fortement motivés. Ces personnes ont souvent pris l'initiative de relancer la dynamique, de coordonner des actions concrètes ou de maintenir la motivation des équipes.

Par exemple, à la Résidence C, le psychologue a assumé un rôle moteur dans la compréhension et la mise en œuvre du « changement de paradigme », apportant un ancrage concret et une capacité de coordination. Au la Résidence A, une responsable de service a également été identifiée comme actrice centrale du projet, malgré le désengagement relatif de la direction.

« À [MR·S], A. est un psychologue [...] ils ont engagé une psychologue supplémentaire pour que cette psychologue reprenne des tâches du gestion de projet. Et [...], en fait, a pu dégager du temps pour gérer ce projet. [...] vraiment pour gérer tout le projet 'Changement de Paradigme'. » - Scientifique 2

Cependant, ce leadership informel, s'il a souvent permis de compenser des absences institutionnelles, est resté fragile. Il s'appuyait sur la motivation individuelle, sans reconnaissance ni soutien structurel, et était donc vulnérable aux aléas (départ, surcharge, manque de relais).

Le leadership distribué : rare mais plus efficace

Le leadership distribué, au sens de Ford et al., repose sur une répartition équilibrée des responsabilités entre différents niveaux (direction, cadres, terrain) et sur une gouvernance collaborative. Ce modèle a été rarement observé dans le projet. Du point de vue des scientifiques et de la PAQS, une seule maison de repos aurait réellement activé cette forme de leadership, en articulant une vision partagée entre direction, équipe de terrain et porteurs de projet. Ce leadership partagé a permis une appropriation collective du projet, une meilleure résilience organisationnelle et une capacité d'adaptation renforcée. Dans la majorité des autres structures, les tentatives de distribution du leadership se sont souvent effritées avec le temps. Les groupes de travail créés au démarrage ont parfois disparu ou perdu leur vitalité, faute de structuration, de reconnaissance ou de soutien méthodologique.

« Ça demandait malgré tout quand même pas mal de disponibilité pour rassembler les groupes, pour fidéliser les gens, pour garder les gens. » – Directrice, FG1

c) Synthèse des résultats concernant les sources du leadership

De manière générale, le leadership distribué a été rare au sein des MR·S; la majorité des structures ont fonctionné avec un leadership vertical ou informel, souvent fragile. Dans certaines maisons de repos (comme la Résidence B ou la Résidence E), une articulation cohérente entre leadership formel (direction), informel (acteurs du terrain) et distribué (groupes de travail, résidents) a permis une appropriation collective mais ceci n'a pas été confirmé par les parties prenantes externes, pour qui cette articulation ne s'est pas observée. Dans d'autres, comme la Résidence D ou La Résidence A, le leadership a reposé sur des figures isolées, sans relais ni reconnaissance institutionnelle, limitant la durabilité des dynamiques.

7.3.3. La variété requise

Selon Ford et al. (2021), la “requisite variety” est une condition clé pour piloter un changement complexe : elle repose sur la diversification des fonctions de leadership (direction, terrain, expertise, coordination), la clarté des rôles, et leur complémentarité dynamique.

a) Selon les parties prenantes internes aux MR·S

Telle qu’exprimée par les participants aux focus groups, la variété requise au sein de la Résidence D était partiellement présente, mais insuffisamment distribuée. La directrice était motrice mais isolée dans le pilotage du projet. Quelques chefs de services ont participé, mais la surcharge et les absences fréquentes ont limité l’implication. L’érosion des groupes de travail et la lassitude ont révélé un manque de relais et une faible mobilisation transversale.

« Je me suis rendue compte au bout de quelques mois que c’était déjà laborieux ici [...]. Et qu’on s’en était peut-être rajouté une couche avec ça. [...] Certains sont un peu lassés, ont quitté des groupes [...]. On a toujours réussi à retrouver quelqu’un pour reprendre le relais. » – Directrice

Le système dépendait de personnes-clés sans structures stabilisantes suffisantes pour encadrer l’évolution.

Au sein de la Résidence E, la variété requise semble bien articulée : une équipe de pilotage large et investie, impliquant des responsables d’étages, une direction mobilisatrice, un médecin coordinateur, et une dynamique de groupes de travail diversifiés. Les résidents étaient également consultés via des outils participatifs, et les formations ont concerné un large éventail de métiers, y compris les techniciens d’entretien. L’adaptation du langage (ex. « culture change ») et la traduction des concepts ont permis un meilleur ancrage. Le leadership était distribué et l’appropriation collective bien visible.

« C’était un coaching qu’on voulait dès le départ pour l’aspect plus scientifique [...]. On a fait participer le personnel d’entretien [...]. D’habitude ils ne sont pas invités, alors qu’ils sont toute la journée en contact avec les résidents. » – Directrice et ergothérapeute

Au sein de la Résidence C, la variété requise était **présente dans les intentions mais limitée dans l’exécution**. La direction et la psychologue ont coordonné le projet, mais la surcharge de projets (jusqu’à 54 envisagés) a dilué les efforts. Certains groupes ont produit des outils concrets (ex. carnet d’accueil), mais la participation restait inégale. Le manque de relais dans certaines fonctions (référents, communication) a entravé une réelle diversité de leadership. La variété était donc partielle et instable.

« On a élaboré un carnet de présentation pour les nouveaux travailleurs [...]. Et puis, on a créé le “Vie ma vie” pour que chacun comprenne le métier de l’autre. [...] J’avais des doutes sur la faisabilité, et au final on y est arrivé. » – Aide-soignante

La variété requise au sein de la la Résidence B était **faible** selon les participants au FG. Le projet reposait essentiellement sur la directrice, sans relais durables. Lors de son absence, aucun leadership de substitution n’a émergé, révélant une vulnérabilité structurelle importante. L’implication des autres fonctions (cadres, paramédicaux, soignants) était marginale.

« Ce n’était pas mon projet. Oui, j’étais le moteur [...]. On ne savait pas spécialement vers quoi on allait. Dès le départ, on était en mode expérimental aussi : ça fonctionne, ça fonctionne, ça ne fonctionne pas, on abandonne. » – Directrice

L'individualisation du leadership a empêché le développement d'une organisation apprenante et d'une adaptation structurelle durable.

Au la Résidence A, la variété requise était **partiellement atteinte**. Le noyau moteur était motivé, composé d'acteurs issus de plusieurs métiers (kiné, ergo, diététicienne, animation, technique), et portait une culture d'amélioration continue.

« Il faut vraiment s'adapter. Changer les automatismes que nous avons depuis des années [...]. Ce n'est pas bien ou mal, mais on est en changement. » – Responsable technique

Toutefois, le projet peinait à s'élargir : le leadership restait concentré sur quelques personnes sans relais hiérarchiques constants. Certaines équipes étaient mobilisées, mais l'engagement global était entravé par des freins structurels (isolement rural, ressources limitées) et un turnover important. L'implication restait donc très dépendante de la stabilité de l'équipe de base.

Au sein de la Résidence F, le leadership s'est adapté à la complexité du changement. Le projet a mobilisé différentes approches : sensibilisation, ateliers pratiques, participation transversale, communication adaptée. Toutefois, certains éléments indiquent un **manque de variété adaptée** après le départ de la référente qualité : les nouvelles formes de coordination ont mis du temps à se mettre en place, le relais de leadership a été flou, et certains acteurs se sont sentis désengagés.

« On ne savait plus qui portait le projet à un moment donné, ça a été flou » - Infirmier

Le retour d'initiatives (ex. fiches métiers, création de moments partagés) montre cependant une tentative de rétablir cette variété.

b) Selon les parties prenantes externes aux 6 MR.S

Au niveau de la gouvernance du programme « Changement de paradigme », bien que cette variété ait été conceptualisée dans l'intention initiale (notamment au niveau du cabinet et de la PAQS), elle n'a pas été rendue effective en raison d'éléments tels que les déficits de coordination interinstitutionnelle, la faible reconnaissance des expertises, centralisation des décisions, et – comme abondamment décrit ci-dessus - un langage de transformation mal adapté au terrain.

Au niveau de la variété requise observée **au sein des six MR.S pilotes**, notre analyse transversale montre que seule une minorité des maisons de repos (Résidences C et E) a démontré une capacité réelle à mobiliser une variété organisationnelle suffisante pour répondre à la complexité du changement. Les autres structures ont été limitées par un déficit d'alignement stratégique, de soutien transversal ou d'investissement collectif, compromettant leur adaptation dans un environnement instable et exigeant.

Selon les parties prenantes externes, la Résidence F a été confrontée à des difficultés de coordination lié à un turnover important de la direction, ce qui a limité la capacité d'adaptation organisationnelle face à la complexité du programme. Le manque de relais managérial et de clarté dans la structure décisionnelle suggère une faible variété requise disponible.

La Résidence C présente une configuration relativement plus alignée avec les principes de la variété requise : un psychologue en interne a coordonné activement le projet avec un soutien

modéré mais non bloquant de la direction. L'implication plurielle a permis une meilleure adaptation aux enjeux complexes du changement de paradigme.

Selon les parties externes, la Résidence A a souffert d'un désengagement progressif de la direction, qui a délégué la mise en œuvre du projet sans réel accompagnement stratégique. Cela a entravé la capacité de l'organisation à générer une variété de réponses internes au changement, en contradiction avec les exigences de flexibilité et de réactivité imposées par le programme.

La Résidence D a connu une tension importante entre les niveaux de direction, notamment entre la direction générale et les équipes sur le terrain. Les processus décisionnels ont été ralentis par des blocages hiérarchiques, et la directrice a été en burn-out, ce qui a fortement réduit la capacité adaptative et la variété de réponses disponibles.

Les parties prenantes externes observent que la dynamique dans la Résidence B semble illustre un cas de greenwashing institutionnel : la direction a initié le projet principalement pour améliorer l'image de l'établissement, sans réelle volonté de transformation structurelle. Le projet a été conduit en silo, limitant la diversification des réponses et donc la variété requise nécessaire pour un changement systémique.

La Résidence E incarne un exemple plus abouti d'intégration de la variété requise. L'établissement a aligné ses objectifs initiaux (projets de vie individualisés) avec le cadre du programme, tout en mobilisant différents niveaux hiérarchiques, bien que des attentes non satisfaites concernant les ressources financières aient généré de la frustration. La structure a toutefois su activer une réponse suffisamment différenciée pour répondre à la complexité du changement attendu.

c) Synthèse des résultats concernant la variété requise

Parmi les six maisons étudiées, seule la Résidence E semble approcher une configuration satisfaisante de requisite variety selon Ford et al. (2021) : diversité de profils impliqués, légitimité partagée, co-construction avec les résidents, et adaptation continue. Dans les autres maisons, la variété est souvent réduite à une poignée d'acteurs, exposant le système à des effets de saturation ou de repli en cas de départ ou de surcharge. Cela souligne l'importance d'un leadership distribué, d'une gouvernance plurielle, et de relais multiples pour accompagner durablement un changement systémique.

7.4. Analyse de l'empowerment organisationnel

Nous présentons ici une analyse de l'empowerment organisationnel dans les six maisons de repos analysées, telle que les ont rapportées les participants aux focus group au mois d'avril à juin 2025, en mobilisant les le cadre théorique de (Rothman et al., 2019).

Ces résultats ont été complétés par les perspectives des parties prenantes externes, c'est-à-dire ceux de la PAQS, des scientifiques du comité d'accompagnement, les collègues de l'AVIQ, du cabinet et des formateurs.

7.4.1. La Résidence A : un engagement porté par un noyau fort mais fragile

Au la Résidence A, l'empowerment repose sur la mobilisation d'un noyau multidisciplinaire motivé, notamment autour d'une responsable engagée : « *J'ai embarqué mes collègues dans l'histoire [...] On s'est dit : si on est sélectionnées, on fonce !* ». Des groupes de travail ont été créés, mais la généralisation à l'ensemble de l'institution reste difficile. Le temps manque, les tâches quotidiennes limitent la disponibilité pour s'impliquer durablement.

L'accès à la formation est apprécié, bien que les blocages organisationnels aient freiné une diffusion plus large. Le sens du travail est extrêmement fort dans le groupe projet, avec un désir clair de reconnaissance et de transformation. Les participants évoquent un gain de compétences, une confiance renouvelée et de nouvelles pratiques comme les comités résidents. Toutefois, l'impact global est limité par la faible mobilisation hors noyau.

Le leadership participatif est présent dans l'intention, notamment dans le souhait de décloisonner les fonctions. Mais il repose encore beaucoup sur l'engagement individuel, sans ancrage structurel fort.

7.4.2. La Résidence B : une culture de la participation

À la Résidence B, l'empowerment structurel est solidement ancré. Tous les niveaux hiérarchiques sont impliqués dans la décision : résidents et professionnels coconstruisent les projets, qu'il s'agisse des repas, des animations ou de l'aménagement. La formation est diversifiée (Montessori, soins intégrés, TeamSTEPPS) et généralement bien reçue. L'organisation soutient activement le changement : du temps est libéré, les recrutements et la préadmission tiennent compte de l'état d'esprit du projet. Le personnel exprime un sens fort au travail : « il est chez lui », « il est acteur », « on parle de lui, avec lui ». La reconnaissance des compétences individuelles est favorisée, comme en témoigne la création du journal *Trait d'Union* par les résidents et le personnel. L'impact est perçu comme concret et valorisé. L'ensemble de l'approche témoigne d'un leadership participatif exemplaire : « les résidents votent, choisissent, organisent », et le personnel agit de manière autonome, soutenu par la direction et les coachs.

7.4.3. La Résidence C : entre ambition et fatigue

À la Résidence C, les efforts pour structurer l'empowerment sont réels mais insuffisamment consolidés. Les outils de communication sont nombreux (magazine, mails), mais leur impact est faible : « peu de lecture, format mal adapté ». Le temps de travail dédié reste précaire, souvent limité à des réunions sur le temps de midi avec des sandwiches. Le soutien organisationnel est ambigu : certaines initiatives sont encouragées, mais sans accompagnement systémique, ce qui fragilise leur ancrage. Le sens du travail est fort pour ceux investis dans des projets comme « Vie ma vie », mais cette dynamique coexiste avec une fatigue psychologique importante chez d'autres membres.

Des outils jugés trop techniques comme les « driver diagrams » ont découragé plusieurs participants : « c'était trop éloigné de notre réalité ». Malgré des résultats concrets (réforme de la cuisine, implication dans les menus), l'impact global est perçu comme freiné par une lourdeur organisationnelle et un manque de reconnaissance. Le leadership participatif est marqué par une bonne inclusion des non-cadres, notamment les techniciennes de surface. Les résidents participent via des clubs, mais l'implication des familles demeure marginale malgré plusieurs tentatives.

7.4.4. La Résidence D : un empowerment structurel en tension

La Résidence D se distingue par un accès large à la formation : plusieurs sessions ont été proposées, incluant l'amélioration continue, la communication et les outils comme TeamSTEPPS. L'engagement est réel, notamment à travers la reconnaissance du temps de participation aux groupes dans les horaires de travail. Néanmoins, cette souplesse est appliquée de manière inégale, et le temps reste une contrainte forte. Sur le plan de la communication, les efforts sont tangibles (affiches, réunions, comptes rendus), mais leur consultation demeure faible, illustrant un écart entre information disponible et appropriation.

L'empowerment psychologique est également contrasté. Si un noyau de personnels engagés exprime un sens fort au travail, d'autres restent en retrait, voire critiques. Une participante évoque « une impression d'être armée d'un nouveau bagage » après les formations, mais certaines initiatives (comme l'affichage des photos du personnel) ont suscité du rejet, révélant des tensions autour de la reconnaissance. L'impact perçu est ambivalent. Des projets concrets comme la cafétéria ou les comités de menus sont bien identifiés, mais le lien entre les efforts collectifs et les résultats visibles reste flou. Le leadership participatif est encouragé, notamment par l'ouverture aux métiers techniques, mais des résistances culturelles (jugement social, peur du changement) en limitent l'effet.

7.4.5. La Résidence E : un leadership partagé et incarné

À la Résidence E, l'empowerment structurel s'incarne dans une gouvernance collaborative. Chaque étage a défini ses priorités via des questionnaires, et le personnel a été impliqué dans la co-construction du projet. Des formations riches et adaptées ont été dispensées, incluant des outils pratiques et des temps dédiés à la réunion. Toutefois, le soutien organisationnel est perçu

comme partiellement entravé par les contraintes imposées par l'AViQ : « ce sont surtout les normes et financements AViQ qui nous freinent ». – Directrice

L'empowerment psychologique est très fort : la notion de « chaleur humaine » revient fréquemment, et le personnel exprime une forte motivation à renforcer la dignité des résidents. L'autonomie est encouragée par des formats innovants tels que les immersions « vie ma vie » ou des vidéos pédagogiques co-produites. Néanmoins, le manque de ressources humaines freine la diffusion de cette dynamique à toute l'institution. En matière de leadership, l'approche participative est remarquable : les fonctions non-cadres (aides-soignants, maîtresses de maison) sont pleinement intégrées, et les référents jouent un rôle clé dans la circulation horizontale du leadership.

7.4.6. La Résidence F : un empowerment partiel et inégal

À la lumière du cadre de Rothman et al. (2019), l'empowerment organisationnel dans la Résidence F est partiel et inégal. Des efforts notables ont été faits en matière de participation et de réflexion collective, mais des lacunes significatives persistent en termes de soutien structurel, reconnaissance et pouvoir décisionnel effectif. Ces points nuisent à l'enracinement d'une culture organisationnelle réellement propice à l'empowerment. Premièrement, le manque d'accès à l'information claire est un thème récurrent, ce qui reflète une faiblesse dans la circulation de l'information, une barrière importante :

« On n'a pas été mis au courant directement, je pense qu'il y a eu un problème de communication dans la maison. » – Aide-soignante.

En second lieu, le soutien organisationnel semble fluctuant selon les phases du projet, ce qui démontre un manque de suivi et d'accompagnement, limitant à son tour la capacité des travailleurs à s'investir durablement.

« On nous a demandé ce qu'on voulait faire, puis on nous a oubliés. » – Technicienne de surface

Toutefois, certains participants témoignent de la richesse du processus :

« C'était un moment où on pouvait se poser, penser à ce qu'on voulait vraiment dans notre métier. » – Infirmière

Ce moment de réflexion révèle une ouverture vers un développement professionnel, conforme à l'une des dimensions de l'empowerment selon Rothman et al. Il s'agit d'une forme d'autonomisation intellectuelle.

Certaines initiatives semblent avoir manqué de reconnaissance :

« On a fait tout ça, mais je ne suis pas sûre que ça ait vraiment été pris en compte. »

Cette remarque suggère un sentiment de non-reconnaissance, ce qui nuit fortement à l'empowerment selon Rothman et al., pour qui la valorisation des contributions est un levier fondamental de mobilisation durable.

7.4.7. Regards croisés sur l'empowerment organisationnel dans les MR-S

Les regards croisés de la PAQS, des scientifiques du comité d'accompagnement, les collègues de l'AViQ, du cabinet et des formateurs identifient les éléments suivants concernant l'empowerment.

Empowerment structurel

D'une part, l'accès à l'information et le soutien structurel s'observe dans les structures qui ont mis en place une politique de communication horizontale et de soutien organisationnel (réunions régulières, plateformes d'échange, accompagnement méthodologique) :

« Une coordination générale de la participation au changement de paradigme qui n'est pas dans les mains de la direction ». – Formateur 2

Cela reflète un effort de décentralisation du pouvoir décisionnel, critère central de l'empowerment selon Rothman.

Certaines situations décrites traduisent une autonomie fonctionnelle laissée aux équipes dans la gestion du temps et des activités liées au projet, sans ingérence hiérarchique directe :

« Il n'y a pas eu non plus d'intrusions par rapport au supérieur hiérarchique sur le temps alloué. Personne n'est venu vérifier combien de temps on passait là-dessus. » - Résidence A

Cela constitue un indicateur de confiance institutionnelle et peut être interprété comme un espace de liberté organisationnelle favorable à l'innovation, en ligne avec les modèles d'empowerment structurel. Cependant, cette autonomie n'est pas uniformément répartie : elle est souvent limitée par des contraintes de temps ou de charge de travail qui pèsent sur les participants.

Ce décalage révèle une autonomie décisionnelle inégale, réservée à ceux dont le poste permet une certaine flexibilité, créant un biais d'engagement différentiel au sein des équipes.-

L'épisode du veto opposé par le conseil des CPAS sur certaines décisions des groupes de travail témoigne d'une entrave formelle à la capacité d'agir des équipes :

« Le conseil du CPAS [...] a fait leur petite sélection des actions qu'on pouvait faire ou pas. [...] ça les a vachement découragées. » - Résidence D

L'annulation des initiatives collectives sans justification concertée produit un effet de démobilisation et nuit à la perception de légitimité des groupes.

De nombreux participants illustrent une centralisation excessive du pouvoir décisionnel par les directions, qui restreint l'autonomie des équipes et invisibilise leurs apports :

« Tout était centralisé par la directrice [...] elle gardait tout pour elle. [...] Les formations, c'était à chaque fois des personnes assez haut placées. » - PAQS1

« Les membres du personnel n'étaient pas considérés comme capables de comprendre les objectifs [...] seuls les chefs pouvaient mener le projet. » - PAQS3

Ces témoignages révèlent une conception élitiste du leadership qui va à l'encontre des principes de leadership partagé et d'autonomisation, réduisant les dynamiques collaboratives à de simples exécutants.

Empowerment psychologique

L'empowerment organisationnel sur le plan psychologique se marque dans différents domaines, selon ces experts externes.

Sens au travail et reconnaissance

Plusieurs témoignages montrent l'importance d'un alignement entre les valeurs personnelles et les missions du projet :

« Ça a donné du sens auprès du personnel qui était tout clairement un peu flaqué [c.-à-d. en manque d'énergie]. ». – Scientifique 2

Ce ressenti rejoint le concept d'"internalisation of organizational values" évoqué par Rothman.

Auto-efficacité et sentiment de compétence

Des participants évoquent un regain de confiance :

« Les membres du noyau disent avoir acquis de nouveaux outils, gagné en confiance, et avoir expérimenté de nouvelles pratiques. ». – Formateur1

Ce développement personnel renforce l'empowerment psychologique tel que défini dans la recherche de Rothman et al.

Obstacles psychologiques

Des barrières culturelles et émotionnelles subsistent :

« Le plus compliqué pour toutes les maisons de repos, c'est que s'il n'y avait pas la direction, ça n'allait pas. ». – PAQS 1

L'absence de soutien perçu affecte directement la motivation à s'engager dans des processus de changement.

Facteurs de blocage

Le manque de formation au leadership et les résistances internes compromettent l'efficacité du dispositif :

« Beaucoup d'informations et de responsabilités et de pouvoir n'avaient pas été distribués de manière même basico-basique pour que ça puisse fonctionner. ». – PAQS 3

7.4.8. La culture d'entreprise comme levier ou frein à la mise en œuvre du changement

L'un des freins majeurs identifiés dans plusieurs extraits est l'ancrage d'une culture du défaitisme ou du pessimisme structurel, décrite comme profondément enracinée dans certaines maisons. Ainsi, un intervenant évoque une « culture de l'écueil », marquée par des échecs répétés de projets antérieurs, entraînant un refus d'adhésion par anticipation :

« Il y a des maisons pour lesquelles il y a déjà eu des changements qui n'ont jamais abouti [...] il y a un défaitisme qui est en face. » - Formateur 1

Fragmentation interne et défiance interpersonnelle

Certains extraits révèlent une culture d'entreprise clivée, marquée par du favoritisme, des problèmes relationnels hiérarchiques et même des accusations de harcèlement, ce qui détériore la qualité du climat organisationnel :

« Il y a des énormes problèmes entre les membres du personnel et la direction [...], il y aurait du favoritisme [...] et malheureusement du favoritisme pour des membres du personnel qui ont des responsabilités. » - PAQS-1

De telles dynamiques créent des zones de confiance inégales et engendrent des injustices perçues, qui altèrent directement la mobilisation du personnel.

Une culture de la plainte et de l'immobilisme

Le discours majoritaire négatif dans certaines structures agit comme un antidote au changement :

« Il y a un climat de défaitisme, de pessimisme ambiant qui est valorisé au sein de la Résidence D. [...] la majorité eux, ne veulent pas en entendre parler. » - PAQS 1

Ici, la résistance au changement ne repose pas uniquement sur des difficultés structurelles, mais sur des normes implicites de désengagement collectif, où seuls quelques « bisounours » seraient porteurs de changement, moqués ou isolés.

Vers une culture de l'expérimentation et de l'intelligence collective

À l'opposé, d'autres témoignages soulignent l'intérêt de développer une culture apprenante, fondée sur la marge de manœuvre, l'erreur comme opportunité d'apprentissage, et la collaboration interdisciplinaire :

« Créer un truc de culture de l'erreur. Je pensais qu'en fait, on apprend quand on se trompe. » - Formateur 3

Cette approche, inspirée des modèles de l'entreprise libérée ou de l'intelligence collective, favorise l'ancrage durable des transformations :

« On ne s'appuyait pas sur des outils managériaux classiques, mais sur des référentiels beaucoup plus centrés sur des modalités d'entreprise libérée. » - Formateur 3

La (re)définition identitaire des maisons de repos

Enfin, la culture d'entreprise est aussi interrogée dans sa **dimension symbolique** et identitaire.

Le changement de paradigme suppose une **requalification du référentiel institutionnel** :

« *Si on appelait ça des maisons relationnelles et de santé [...] on décale le référentiel.* » - Formateur

1

Ce glissement terminologique reflète une tentative de **reconfigurer la culture organisationnelle** autour d'objectifs partagés, en intégrant mieux les finalités de soin, de relation et de bien-être.

7.4.9. Synthèse des résultats de l'empowerment organisationnel dans les six MR·S

L'analyse des six maisons de repos à travers le prisme du cadre théorique de Rothman et al. (2019) révèle une grande hétérogénéité dans la mise en œuvre de l'empowerment organisationnel. Trois dimensions interconnectées – l'empowerment structurel, psychologique et le leadership participatif – ont été identifiées comme leviers, mais aussi comme points de tension dans les dynamiques de transformation.

Sur le plan structurel, certaines maisons comme la Résidence B ou la Résidence E se distinguent par une organisation propice à l'autonomisation : formations diversifiées, décentralisation de la décision, implication transversale. Ces éléments traduisent une redistribution effective du pouvoir et des ressources, rejoignant les critères de Rothman pour un empowerment organisationnel abouti. À l'inverse, des établissements comme La Résidence D ou la Résidence A illustrent les effets limitants d'une coordination inégalement distribuée, ou d'un soutien institutionnel incertain. L'exemple de la Résidence C, où les réunions sont organisées sur le temps de midi, souligne de façon symptomatique le bricolage structurel qui fragilise les dynamiques participatives.

L'empowerment psychologique varie également fortement. Dans plusieurs cas, les effets de reconnaissance et de sens donné au travail ont été décisifs pour maintenir la mobilisation d'un noyau de professionnels engagés. Cette dynamique d'alignement entre les valeurs personnelles et les missions collectives est en ligne avec le concept de « *meaningfulness* » défini par Rothman. Toutefois, ce processus reste fragile, exposé aux tensions émotionnelles et à la fatigue psychologique, surtout lorsqu'il n'est pas soutenu par un environnement cohérent ou des outils adaptés. Les critiques envers certains dispositifs méthodologiques mal contextualisés (comme les « *driver diagrams* » ou le langage technique) en témoignent.

Enfin, le leadership participatif se révèle être un catalyseur de transformation lorsque les conditions structurelles le permettent. La Résidence B constitue l'exemple le plus abouti, où les résidents participent activement aux décisions, les personnels agissent en autonomie, et les initiatives locales sont reconnues. À l'opposé, le cas de la Résidence C illustre une inclusion partielle, souvent dépendante d'acteurs isolés, sans relais structurel stable. Le regard des partenaires externes confirme ce diagnostic : l'absence de stratégie partagée et de formation au leadership limite l'essaimage du changement et sa durabilité.

7.5. Recommandations émises par les personnes interviewées pour la mise en œuvre d'un changement de paradigme dans les maisons de repos

L'analyse thématique des données issues d'entretiens individuels et de focus groups avec des parties prenantes variées (professionnels, décideurs, formateurs, scientifiques, institutions) a permis d'identifier leurs recommandations concrètes, telles que formulées par les participants, pour surmonter les obstacles à la mise en œuvre du changement de paradigme dans les maisons de repos.

7.5. 1. Gouvernance et leadership

De nombreux participants ont appelé à une redéfinition de la gouvernance. Certains recommandent d'intégrer les acteurs institutionnels dès la conception des projets, avec un pilotage continu fondé sur des indicateurs adaptés au secteur. Pour d'autres, il est essentiel de structurer des cellules de gestion de projet avec soutien direct de la direction, et de clarifier les rôles entre pilotage, accompagnement et contrôle administratif.

"Il faut créer une fonction de 'réfèrent changement' dans chaque maison, avec formation et lien direct avec la coordination du programme." (Cabinet 3)

7.5.2. Clarification des objectifs et des concepts

Plusieurs intervenants ont souligné la nécessité de clarifier dès le départ les attentes liées au changement de paradigme.

"Clarifier le concept de changement dès la candidature." (Scientifique 2)

"Le mot 'paradigme', ça fait peur." (Formateur 3)

- Recommandation : adopter un vocabulaire simple et contextuel (« qualité de vie », « participation », « regard différent »).

7.5.3. Implication des résidents et des familles

L'inclusion des résidents dans la conception et l'évaluation des projets a été identifiée de manière répétée comme un facteur clé de succès.

"Les résidents sont les principaux absents de ce projet." (PAQS1)

"Les résidents devraient être autour de la table dès le départ." (Formateur 2)

- Recommandation : utiliser des outils adaptés (clubs, visuels, indicateurs indirects) et impliquer les familles dans des formats coconstruits.

7.5.4. Formation et accompagnement

Tous les profils interrogés insistent sur l'importance de formations ciblées, progressives, et intégrées au contexte.

"Construire des parcours de formation par projet, avec transfert opérationnel garanti." (Formateur 1)

"Coache les coachs pour éviter l'épuisement professionnel." (Scientifique 1)

- Recommandation : établir un catalogue de formations à la carte, incluant soft skills et outils de gestion du changement.

7.5.5. Outils et méthodes

Les outils de pilotage doivent être simplifiés, illustrés, et adaptés à la culture des maisons de repos.

"Trop de documents, pas assez de clarté." (Scientifique 1)

"Il faut proposer des formats courts, illustrés, progressifs." (Résidence E)

- Recommandation : développer des outils simples, reconnus collectivement, et faciliter la communication inter équipes (formats mixtes, groupes WhatsApp, etc.).

7.5.6. Reconnaissance et valorisation

La reconnaissance symbolique et publique est un levier fort de motivation.

"Valoriser les réussites : cas concrets, micro-labels, visites." (Formateur 1)

"Les gens ne voient pas ce qu'ils ont déjà fait." (Scientifique 1)

- Recommandation : afficher les avancées, organiser des rituels de reconnaissance, et instaurer une culture de la fierté collective.

7.5.7. Cohérence normative et soutien institutionnel

Plusieurs propos pointent les contradictions entre ambitions de changement et normes existantes.

"On nous pousse vers l'autonomie, mais les normes incendie nous bloquent." (Résidence E)

"Instaurer un dialogue continu avec l'AVIQ." (Résidence A)

- Recommandation : créer une task-force pour lever les freins réglementaires et articuler transformation et contrôle.

8. Discussion des résultats et de la démarche méthodologique

8.1. Analyse critique de la mise en œuvre du changement de paradigme en maison de repos

L'évaluation du programme Changement de paradigme met en lumière la complexité inhérente à l'implémentation d'un changement culturel profond au sein des maisons de repos. Ce chapitre propose une synthèse analytique des résultats, enrichie d'une mise en perspective avec les connaissances scientifiques récentes.

8.1.1. Appropriation collective et gouvernance du changement

Les résultats soulignent l'importance cruciale de l'appropriation collective des principes du changement de paradigme. Les établissements les plus avancés partagent des caractéristiques communes : une vision partagée, l'institutionnalisation du temps de réflexion, et la valorisation des savoirs d'usage. Ces éléments sont cohérents avec les travaux sur le leadership transformationnel distribué (Lega, Prenestini, & Rosso, 2017) et l'empowerment professionnel (Teixeira, Nogueira, & Barbieri-Figueiredo, 2023).

La gouvernance apparaît également comme un levier déterminant. Une coordination claire, une répartition transparente des rôles et la reconnaissance du travail invisible sont des conditions nécessaires à la mobilisation collective. Les approches de gouvernance distribuée, . décrites dans la littérature sur le changement organisationnel (Watkins, Muhamedjonova, & Holding, 2023), trouvent ici une illustration empirique.

Les scores ORIC des MR-S participantes reflètent de manière différenciée leur degré de préparation perçue au changement, qui semble corrélés aux facteurs structurels (gouvernance, ressources, communication) et à la maturité institutionnelle au moment de l'entrée dans le projet. Cela s'observe par le fait que les maisons de repos ayant obtenu un score ORIC élevé (ex. : Résidences E et C, > 4.0) sont probablement celles où la gouvernance participative, la répartition claire des rôles et la valorisation des savoirs d'usage étaient déjà en place. À l'inverse, un score plus faible (ex. : Résidence D, 3.60) pourrait refléter une gouvernance plus hiérarchique ou un manque d'appropriation collective initiale. Au vu de la petite taille de l'échantillon, ces résultats indicatifs ne doivent être vus que comme des hypothèses et mériteraient d'être testées empiriquement via une triangulation avec des données quantitatives dans une recherche ultérieure, utilisant l'audit de terrain.

Les constats de l'étude systématique de 2025 valident empiriquement les hypothèses formulées dans le cadre du projet Changement de paradigme : un leadership distribué, une gouvernance participative, et une appropriation collective sont associés à une préparation organisationnelle élevée, telle que mesurée par l'ORIC. Inversement, un leadership unidirectionnel limite l'engagement et compromet la dynamique de changement (Caci et al., 2025).

8.1.2. Communication stratégique et mobilisation

L'analyse fait apparaître une défaillance de la communication, perçue comme descendante, technique et peu engageante. Cela contraste avec les recommandations issues des théories de l'implémentation qui valorisent une communication bidirectionnelle, incarnée et adaptée aux acteurs de terrain (« parler le même jargon »). Une stratégie de communication efficace constitue un levier de légitimation et de sens collectif (May, 2013).

8.1.3. Vers une utilisation efficiente des ressources

L'analyse des données issues du projet ESCAPE met en évidence une tension entre les ressources mobilisées et leur impact concret sur les dynamiques de changement dans les maisons de repos. Plusieurs interlocuteurs ont souligné que les financements ont été en grande partie orientés vers des opérateurs externes (universités, consultants), tandis que les établissements, pourtant en première ligne de la mise en œuvre, ont reçu peu de moyens directement mobilisables (temps de coordination, allègement de la charge de travail, formation ciblée).

Cette situation soulève une question centrale d'efficience : comment allouer les ressources de manière à soutenir les dynamiques internes, sans démultiplier les interfaces d'accompagnement ? La littérature récente insiste sur l'importance de l'ancrage local du changement culturel, et sur la nécessité de renforcer les capacités organisationnelles internes pour soutenir la transformation (Corazzini et al., 2015).

Une redistribution plus équilibrée des moyens — intégrant du temps institutionnel protégé, la rémunération des référents internes et un accompagnement contextualisé — apparaît donc comme un levier essentiel de pérennisation (World Health Organization, 2011)

8.1.4. Temporalité, progressivité et structuration des démarches

La temporalité constitue un facteur déterminant. Dans le projet de changement de paradigme, les objectifs initiaux avaient souvent été rédigés par des directions plus ou moins isolées, sans que le projet ne soit porté par un nombre de professionnels significatifs et incluant les visions des résidents. D'autre part, une phase préparatoire longue favorise l'engagement et la clarté des objectifs. Cette approche rejoint les recommandations des modèles de changement progressif (Edwards, Penlington, Kalidasan, & Kelly, 2014) et celles des cadres de normalisation de l'innovation (May, 2013). Les démarches progressives permettent une acculturation et réduisent les résistances. L'inclusion de logiques expérimentales et la valorisation d'une culture de l'erreur encouragent l'apprentissage organisationnel durable (Quick, 2023).

8.1.5. Fonctions d'accompagnement interne et légitimité relationnelle

Les référents ou coordinateurs du changement internes aux MR·S ont joué un rôle déterminant. Ce rôle ne peut être réduit à une fonction administrative : il requiert une forte compétence relationnelle et une reconnaissance symbolique. Ceci fait écho aux travaux sur le rôle des champions de l'innovation dans les organisations (Santos, Graham, Lalonde, Demery Varin, & Squires, 2022).

Une structuration progressive et collégiale de la fonction, respectant les dynamiques d'équipe, renforce la légitimité et l'ancrage du processus. La continuité relationnelle du référent est également un facteur de réussite souligné par les recherches sur le changement institutionnel (Luz, Drach-Zahavy, & Shadmi, 2021). La continuité relationnelle assurée par les référents de projet dans notre étude a consolidé l'ancrage des démarches au sein des établissements, confirmant les apports des approches relationnelles du changement.

8.1.6. Accompagnement externe

L'accompagnement par la PAQS a constitué un levier central dans la mise en œuvre du changement de paradigme au sein des MR·S wallonnes. Son apport méthodologique structuré – via la co-construction d'outils, la formation et l'échange interinstitutionnel – a permis d'ancrer localement des pratiques d'amélioration continue. Nous observons également que, malgré une appropriation hétérogène des outils parmi les MR·S, la PAQS a su adapter sa posture de soutien pour tenir compte des contraintes structurelles, humaines et organisationnelles rencontrées dans les maisons de repos, en permettant une flexibilité dans l'usage des outils, sans imposer de formats standardisés, encourageant ainsi une appropriation locale. De plus, les coachs ont soutenu les équipes à travers une reclassification des résultats d'audit, facilitant leur intégration dans les plans d'action. Devant la complexité de mise en œuvre, la PAQS a réorienté ses exigences au fil du projet : là où un objectif initial exigeait plusieurs actions par domaine, il a été ramené à au moins une action significative par domaine. Enfin, la PAQS a renforcé son accompagnement en ciblant les porteurs de projet actifs, en stimulant la gouvernance participative (quand possible) et en insistant sur la priorisation stratégique des actions à fort impact transversal.

Si l'accompagnement de la PAQS s'est concentré sur le soutien méthodologique et relationnel de proximité, l'absence d'acteurs institutionnels comme l'AVIQ dans l'accompagnement quotidien répondait au besoin de liberté d'expression des professionnels (souvent mentionné en focus groups), ce qui n'exclut en rien la légitimité d'une gouvernance partagée future. Le projet recommande d'ailleurs des modalités différenciées d'intervention selon les rôles (soutien, supervision, dialogue stratégique).

Les audits initiaux et finaux, ainsi que les échanges de pratiques, ont favorisé une culture d'amélioration continue et ont contribué à une prise de conscience collective sur les conditions de qualité de vie des résidents.

Ce soutien a été déterminant pour dépasser les freins structurels tels que la surcharge cognitive, le manque de compétences en gestion de projet ou l'inadéquation des objectifs initiaux. Ceci a aussi été mise en évidence par la revue narrative d'Endalamaw et al., qui mettent en évidence que les barrières telles que le manque de soutien aux facilitateurs ou aux coachs d'amélioration peuvent être dépassées grâce à un accompagnement méthodologique structuré (Endalamaw et al., 2024).

Sur le plan du leadership, le coaching a favorisé l'émergence de figures relais – les référents et coordinateurs du changement du point précédent - et renforcé les capacités d'action collective. En structurant les fonctions de leadership au-delà des figures individuelles, il a contribué à une gouvernance plus participative et à l'empowerment des équipes, bien que des limites aient été

observées en cas de turnover ou d'isolement des leaders. Ceci a également été mis en évidence dans une revue systématique de 2024, qui démontre que le coaching produit des effets positifs à trois niveaux (manager, organisation, personnel) en structurant des fonctions de leadership et en favorisant des instances relais (Hu et al.). Ceci fait écho dans notre étude où dans les établissements où ces figures étaient isolées ou où les relais n'étaient pas institutionnalisés, la pérennité des acquis s'est révélée fragile.

Enfin, les effets à long terme du coaching sont perceptibles dans l'évolution des pratiques professionnelles, la valorisation du rôle des résidents et l'instauration d'une culture réflexive (Avolio, Avey, & Quisenberry). Toutefois, la pérennisation de ces acquis dépend de la reconnaissance institutionnelle, de relais internes stables et de ressources adaptées. Le dispositif de coaching se révèle donc indispensable, mais nécessite un ancrage structurel pour générer un impact durable (Cowie, Nicoll, Dimova, Campbell, & Duncan).

8.1.7. Engagement des directions et subsidiarité

Le rôle des directions est central. L'engagement doit aller au-delà d'un soutien formel : il implique une compréhension profonde du changement, une participation active et une capacité à déléguer. La littérature confirme que le leadership de soutien est plus efficace que le contrôle centralisé dans les contextes de transformation (Lines, 2004). Une gouvernance participative, en lien avec les principes de subsidiarité, est plus propice à l'appropriation collective. À l'inverse, une gouvernance hiérarchique nuit à la légitimation du changement et augmente les résistances internes (Ahmad Hafizh & Siti, 2020).

8.1.8. La formation comme levier d'apprentissage adaptatif

Les effets des formations ont été inégaux. Certains contenus ont été jugés trop théoriques ou déconnectés des besoins concrets des équipes, tandis que les temporalités des sessions n'étaient pas toujours alignées avec les étapes du projet, ce qui a parfois généré une surcharge ou un essoufflement des participants. De plus, la transmission des acquis au sein des équipes a souvent été lacunaire, en l'absence de dispositifs internes de capitalisation des apprentissages. Ceci fait écho aux données de la littérature, qui indiquent que les dispositifs de formation doivent s'inscrire dans une logique d'apprentissage contextualisé, modulaire et expérientiel (Thomas, 2000). L'implication des professionnels dans la co-construction des contenus accroît la pertinence et la mobilisation. Ce point avait d'ailleurs été recommandé par les participants aux interviews et focus groups. Des formations spécifiques au changement organisationnel en milieu contraint sont essentielles pour les directions. Le manque de formation en management du changement est un frein bien documenté dans les secteurs de santé (Deprez, Van Durme, Bruyère, & Adam, 2024).

8.1.9. Le conflit de valeurs comme révélateur et moteur du changement organisationnel

L'un des enseignements transversaux du projet ESCaP concerne l'émergence de conflits de valeurs au sein des maisons de repos (MR·S) engagées dans un changement de paradigme. Ces conflits ne doivent pas être interprétés comme de simples résistances au changement,

mais comme des indicateurs de tensions structurelles entre différents modèles de référence professionnelle.

Tout d'abord, plusieurs participants ont exprimé une dissonance entre leurs valeurs professionnelles historiques – centrées sur la protection, la continuité des soins et la sécurité – et les valeurs portées par le changement de paradigme, telles que l'autonomie, l'autodétermination et la participation des résidents. Ce type de tension est bien documenté dans la littérature comme un obstacle fréquent dans les organisations de soins en transformation (Cheraghi, Valizadeh, Zamanzadeh, Hassankhani, & Jafarzadeh, 2023). Le paradigme du « care protectionnel » entre ici en friction avec un « care émancipateur », générant un inconfort éthique légitime (Ray & Turkel, 2014)

Dans certains cas, ces tensions se sont cristallisées autour d'une perception d'injonction descendante, lorsque la transformation a été initiée par la direction sans co-construction suffisante avec les équipes de terrain. Cette asymétrie perçue entre les niveaux décisionnels et opérationnels a été vécue comme une remise en question des savoirs d'usage, alimentant un repli identitaire (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004). Dans cette même revue systématique, les auteurs soulignent que le désalignement des valeurs entre gouvernance et professionnels de terrain constitue un facteur critique d'échec dans les projets de changement organisationnel.

Par ailleurs, le projet a mis en lumière des tensions entre valeurs implicites de l'institution (ex. : régularité, hiérarchie, contrôle) et valeurs explicites du projet (ex. : participation, autonomie, réflexivité). Cet écart – souvent latent – devient visible lors des tentatives de transformation, comme l'ont montré les travaux sur les « valeurs cachées » des organisations de santé (Davies, Nutley, & Mannion, 2000). Il constitue un enjeu fondamental pour l'alignement stratégique et la légitimité du changement.

Cependant, ces conflits de valeurs ne doivent pas être réduits à de simples résistances. Dans plusieurs MR·S, ils ont constitué des occasions de recomposition professionnelle lorsque les équipes ont bénéficié d'un accompagnement réflexif adapté. La verbalisation des tensions, via des espaces de discussion et de formation, a permis de réinterroger les finalités du travail quotidien et de reconfigurer les repères professionnels. Ces dynamiques rejoignent les apports des théories de l'apprentissage organisationnel (Argyris, 1996) et de l'analyse institutionnelle du changement (Scott, 2013).

Ainsi, les conflits de valeurs rencontrés dans le projet ESCaP peuvent être interprétés non pas comme des freins, mais comme des indicateurs de points de bascule organisationnels. Leur gestion requiert une gouvernance distribuée, un soutien méthodologique contextualisé, et une reconnaissance symbolique des trajectoires professionnelles.

8.1.10. Le processus de sélection des maisons de repos : entre appels à projets et diagnostics de maturité

Le processus de sélection des six maisons de repos participantes a été structuré autour d'un appel à projets ouvert, fondé sur une lettre de motivation. Si ce mode de sélection a permis de recueillir des candidatures variées, il a aussi exposé le programme à une hétérogénéité importante des profils : certaines structures étaient déjà engagées dans une dynamique

réflexive forte, tandis que d'autres ont été sélectionnées malgré une faible préparation organisationnelle ou un manque de mobilisation collective.

Ces constats rejoignent les critiques de la littérature concernant les appels à projets non accompagnés d'un diagnostic préalable de maturité institutionnelle. Une sélection plus fine, intégrant des critères de gouvernance, de mobilisation des équipes et de capacité d'expérimentation, aurait pu renforcer l'efficacité du dispositif et limiter les effets de décrochage observés dans certaines structures (Aiwerioghene, Janice, & and Rea).

Pour les futurs projets pilotes, la combinaison d'un appel à candidatures ouvert avec un processus d'accompagnement diagnostique, dès la phase de présélection, constituerait un compromis constructif entre ouverture et robustesse.

8.2. Triangulation avec les recherches menées en parallèle (thèse de Laura Deprez, audit Lyage)

Dans une logique de triangulation méthodologique, nous avons confronté les enseignements issus de l'analyse processuelle de l'étude ESCaP - centrée sur les conditions favorables et freins à l'implémentation - aux résultats des travaux menés par l'équipe ULiège-LyAge (thèse de doctorat et audits de terrain). Alors que l'étude ESCaP a mis au jour la dynamique des mécanismes d'implémentation, ULiège-LyAge en a examiné les effets concrets du point de vue des bénéficiaires finaux : les résidents et professionnels.

8.2.1. Evolution de la qualité de vie (2022-2025)

Les principaux constats issus de l'évaluation Qualité de Vie portent sur une amélioration dans la majorité des MR·S pilotes. Cette amélioration semble être liée à un fonctionnement fixe et de proximité, favorable à une continuité relationnelle et de repères. Ce fonctionnement fixe et de proximité est un des signes visibles du changement de paradigme souhaité.

La qualité de vie des résidents a été évaluée au moyen d'un questionnaire de 31 items (29 items spécifiques regroupés en 10 dimensions qui nourrissent le score global de qualité de vie et 2 items généraux : *Recommandation de la maison de repos* et de *Satisfaction de vie*, triangulée par des entretiens individuels et collectifs. Une **amélioration de la qualité de vie globale** a été constatée dans la majorité des structures, selon les points de vue croisés des résidents et des professionnels.

Dans certains cas, les évolutions sont **statistiquement significatives**, dans d'autres, elles relèvent de **tendances positives**. Le degré d'amélioration varie également selon les **dimensions évaluées**. Notons que le sentiment de sécurité, le respect perçu, ou encore la vie et les activités proposées ont montré des

améliorations significatives du point de vue tant des résidents que des professionnels.

Une structure fait exception : les résidents y rapportent une légère dégradation de leur qualité de vie. Ce résultat peut s'expliquer en partie par une **réorganisation interne** survenue en cours de projet.

Alors que le Changement de Culture encourage un **fonctionnement fixe et de proximité**, cette structure a centralisé les fonctions infirmières au rez-de-chaussée, supprimé les chefs infirmiers par étage, et accru la mobilité du personnel. A noter que cette mobilité s'est « imposée » du fait d'absentéisme. Ces changements ont été motivés par une volonté d'harmonisation des pratiques et des manières de fonctionner au sein de toute la maison en vue d'éviter un cloisonnement par étage. Nous faisons toutefois l'hypothèse que ces changements ont pu générer une **perte de repères** et de **continuité relationnelle** pour les résidents. À cela s'ajoute l'état général du bâtiment dont la vétusté devient de plus en plus marquée au fil des années, ce qui peut également générer des conséquences à différents

niveaux : cadre de vie, bruit lié à des travaux, repas plus froid aux étages, etc. Soulignons toutefois que des aménagements ont été faits et se poursuivent. De plus, des résidents sont impliqués dans une série de choix liés à ces derniers.

Outre une amélioration de la qualité de vie globale, les progrès les plus marqués concernent une meilleure prise en compte de l'avis des résidents, la diversification de l'offre d'activités, l'adaptation de l'environnement physique et une organisation des repas répondant davantage aux souhaits des résidents:

La prise en compte de l'avis des résidents, notamment à travers la mise en place de «comités», « clubs » ou « groupes de travail », a progressé dans plusieurs structures. Des votes sont organisés. Toutefois, cette participation reste souvent limitée à une poignée de résidents, généralement les plus autonomes ou les plus engagés, ce qui pose la question de l'inclusion de l'ensemble des résidents dans ces dynamiques participatives et de la communication autour des projets et de leurs suivis.

L'offre d'activités, qui tend à se diversifier et à mieux s'adapter aux envies et capacités des résidents. Dans certaines structures, des activités spontanées (ex : jeux de table, jeux de cartes, etc.) se sont également développées ou renforcées.

L'environnement physique, avec des (ré)aménagements de certains espaces visant une atmosphère plus chaleureuse et domestique. Toutefois, dans toutes les structures, la présence visible et (trop) fréquente de matériel médical ou d'entretien dans les couloirs continue de nuire à l'ambiance « comme à la maison ».

L'organisation des repas, avec plusieurs initiatives appréciées par les résidents, comme l'introduction de petits déjeuners chauds ou sous forme de buffet, des repas à thème, ou encore l'insonorisation d'une salle de restaurant dans une structure.

8.2.2. Recommandations issues de l'analyse Qualité de Vie

- a. Inclure les résidents et leurs familles dans la prise de décision et la co-construction des projets

Si toutes les structures affirment accorder davantage d'importance à l'avis des résidents grâce au projet, cette participation reste souvent concentrée autour d'un petit nombre de personnes engagées (notamment via les comités, qui ne regroupent qu'une minorité des résidents). Il est donc essentiel de diversifier les modalités d'expression, afin de permettre à l'ensemble des résidents, y compris les moins autonomes ou les moins enclins à s'exprimer en groupe, de faire entendre leur voix. Enfin, n'oublions pas que la notion de choix ne se limite pas à des choix collectifs mais concerne aussi tous des éléments individuels du quotidien : choix des vêtements, heure de lever et de coucher, etc. et ce, que le résident présente ou non des difficultés cognitives.

- b. Renforcer la communication autour de la philosophie de la maison de repos, y compris auprès des résidents et des familles.

L'évolution vers un fonctionnement de type « Changement de Culture » nécessite l'adhésion à une philosophie partagée, fondée sur des valeurs claires, concrètes et objectivables. Il est

essentiel de sensibiliser non seulement les professionnels, mais aussi les résidents et leurs proches à ces principes : l'importance de donner leur avis, de participer activement à la vie quotidienne de la structure, et de préserver, autant que possible, leur autonomie. Cela suppose de promouvoir une posture professionnelle qui privilégie le « faire avec » plutôt que le « faire pour », et qui soutient le résident dans sa capacité à « faire par lui-même ». Une telle implication suppose une communication continue, cohérente et adaptée à tous les acteurs, afin de favoriser la compréhension, l'adhésion et l'engagement de chacun.

c. Trouver un équilibre entre fonctionnement fixe et cohésion institutionnelle

Le fonctionnement par petites unités de vie et l'assignation fixe des professionnels favorise des liens durables et une meilleure connaissance des résidents. Cependant, un cloisonnement excessif entre unités peut nuire à la cohérence globale et compliquer la gestion du personnel. L'enjeu consiste donc à trouver le juste équilibre, qui sera spécifique à chaque maison, en fonction de ses réalités.

d. Accroître l'autonomie des équipes de terrain

Leur donner plus de marge de manœuvre pour adapter les pratiques aux réalités de leur service. Par ailleurs, la notion d'équipe met bien en avant l'importance de la pluridisciplinarité et donc aussi de moments d'échanges et de communication pluridisciplinaires.

e. Désigner une personne référente du projet au sein de la structure

Il est crucial qu'une personne interne soit clairement identifiée comme référente du projet : cela facilite la coordination, la continuité des actions, et la communication auprès de l'ensemble des acteurs (professionnels, résidents, familles). Toutefois, il est important que cette personne ne porte pas le projet seule. Reposer entièrement sur une seule figure présente des risques importants en cas de départ ou d'épuisement. Il est donc recommandé de désigner également des personnes relais, issues de différentes équipes ou fonctions, afin d'assurer une répartition des responsabilités, une diffusion plus large de la dynamique de changement, et une pérennisation du projet au-delà des individualités.

f. Valoriser et mutualiser les bonnes pratiques

Les séances d'échanges inter-structures ont été très appréciées. Il conviendrait de les prolonger et de soutenir la diffusion de pratiques inspirantes à travers des supports accessibles (fiches, vidéos, témoignages...).

g. Renforcer la formation initiale et continue des professionnels

Les principes du Changement de Culture (notamment l'approche centrée sur la personne et la relation) devraient être intégrés dès la formation initiale, car il est plus aisé d'acquérir ces réflexes dès le départ que de déconstruire des habitudes installées (Deprez et al., 2024).

De manière plus large, les contenus de formation – tant initiaux que continus – pour tous les corps de métier (soignants mais pas que..., par ex. le rôle et la place de professionnels tels que les techniciens de surface sont essentiels en maison de repos) restent encore trop peu approfondis sur plusieurs aspects clés de l'accompagnement des personnes âgées (par ex., comment soutenir leur autonomie et leur qualité de vie au quotidien, comment gérer les

pathologies démentielles et les comportements difficiles) (Deprez, Didone, Pyrovolaki, & Adam, 2025), ainsi que sur la communication intra-organisationnelle, pourtant essentielle dans un environnement collectif aussi complexe que celui des maisons de repos.

L'amélioration mesurée de la qualité de vie corrobore la pertinence des leviers d'implémentation décrites dans ce rapport (co-construction, leadership participatif, empowerment organisationnel). Ces résultats concernant l'amélioration globale éclairent également l'impact. En effet, la convergence entre la perception des résidents et des professionnels souligne que les changements culturels induits dépassent le simple discours organisationnel pour produire des effets tangibles sur le bien-être. Ces résultats mettent aussi en évidence les risques de réorganisation : le cas de la structure en légère régression rappelle que certaines réformes logistiques (centralisation des soins, mobilité forcée) peuvent contrecarrer les principes de proximité portés par le programme.

Cette partie des résultats souligne la nécessité d'un accompagnement différencié : les disparités observées plaident pour une approche graduée, soutenant particulièrement les établissements confrontés à des contraintes architecturales ou à un turnover élevé.

8.3. Apports et limites de la méthodologie mobilisée

La démarche méthodologique adoptée dans ESCaP repose sur une approche qualitative articulée à un cadre théorique pluriel. Cette stratégie présente plusieurs atouts. D'une part, le recours à des entretiens et des focus groups a permis de recueillir une diversité de perspectives – direction, personnel, accompagnateurs, partenaires externes – et de capter la richesse des dynamiques locales. D'autre part, l'ancrage dans des modèles conceptuels robustes (TDF, leadership en contexte de changement, empowerment organisationnel) a garanti une lecture structurée et interprétative des données.

Le choix d'une triangulation théorique et méthodologique s'est avéré pertinent pour rendre compte de la complexité du phénomène étudié (Denzin & Lincoln, 2011). Par exemple, l'articulation entre les dimensions comportementales (TDF), structurelles (empowerment) et fonctionnelles (leadership) a permis de comprendre comment des mécanismes spécifiques (ex. reconnaissance, soutien à l'expérimentation, sécurisation du cadre) produisent des effets différenciés selon les contextes.

La triangulation avec les résultats et recommandations ULiège-LyAge confirme que la qualité de vie des résidents constitue un indicateur sensible et robuste pour évaluer l'appropriation d'un changement de paradigme. Elle montre aussi que le maintien des bénéfices exige une gouvernance inclusive, une communication constante et des ressources adaptées à chaque contexte institutionnel.

Cependant, certaines limites doivent être reconnues. La temporalité courte de la collecte de données (printemps 2025) ne permet qu'une photographie à un instant donné d'un processus évolutif. Le point de la temporalité est important car, lors de la collecte de données par interviews et focus groups, les processus de coaching et de formation avaient été clôturés, ce qui peut expliquer que les observations faites par les coaches de la PAQS et les formateurs externes pouvaient porter sur des réalités différentes que celles des deux chercheuses (TVD et TdL), identifiées lors des focus groups. Par ailleurs, le biais de sélection des établissements volontaires (déjà engagés dans une démarche d'innovation) pourrait limiter la transférabilité des résultats à l'ensemble du secteur.

Enfin, ce rapport ne comprend pas de données chiffrées sur les objectifs et plans d'action. Le comité scientifique accompagnant l'étude ESCaP avait en effet, dès 2024-2025, jugé qu'une quantification fiable et homogène n'était pas réalisable. Les outils de suivi (indicateurs SMART, run charts, etc.) ont été inégalement compris, renseignés ou exploités, en raison d'un manque de ressources techniques et d'une forte surcharge opérationnelle. Par conséquent, face à des données lacunaires et peu comparables, une analyse quantitative aurait risqué de produire des conclusions erronées ou injustes. Le rapport ESCaP privilégie dès lors une approche qualitative rigoureuse, fondée sur la triangulation des sources et des cadres théoriques éprouvés, permettant une lecture fine des dynamiques de changement.

Une liste indicative d'objectifs et d'actions évoqués par les participants, six mois après la fin du coaching, est toutefois incluse en annexe 3 dans ce rapport, illustrant à la fois l'engagement des équipes et les limites du reporting standardisé.

8.4. Enjeux pour la recherche

Pour les chercheurs, l'étude ESCaP montre la pertinence d'approches combinées mobilisant à la fois des outils conceptuels issus des sciences du comportement, du management et de la psychologie communautaire. Pour les pouvoirs publics, elle souligne la nécessité de politiques de soutien souples, évolutives et centrées sur le renforcement des capacités collectives.

Sur cette base, plusieurs axes de recherche peuvent être envisagés afin de renforcer la transférabilité des apprentissages, d'approfondir la compréhension des mécanismes en jeu et de soutenir une généralisation contextuellement adaptée des pratiques innovantes. Ils sont repris à l'Annexe 5.

9. Conclusion générale et recommandations

Le projet ESCaP a permis de documenter de manière approfondie les conditions d'implémentation d'un changement de paradigme dans plusieurs maisons de repos wallonnes, en analysant les dynamiques institutionnelles, professionnelles et relationnelles à l'œuvre. Les résultats confirment que la réussite d'une telle transformation ne peut reposer uniquement sur la volonté politique ou sur des injonctions externes ; elle dépend d'abord de la capacité des établissements à s'approprier collectivement les valeurs du projet, à construire une vision mobilisatrice et à la traduire en pratiques concrètes, soutenues par une gouvernance participative, un leadership distribué et un accompagnement adapté.

L'analyse qualitative, adossée à des mesures quantitatives pré-post de qualité de vie, met en lumière des leviers d'action aussi bien que des freins systémiques persistants : surcharge administrative, manque de ressources et temporalités contraintes. Ces limites structurelles appellent à réfléchir à un cadre plus propice à l'innovation sociale et organisationnelle.

Recommandations pour renforcer l'appropriation, la gouvernance et la pérennité des projets de transformation dans les maisons de repos

Afin de garantir la cohérence et l'efficacité des projets de transformation, il est essentiel de **revoir le processus de sélection initiale** pour assurer une adéquation entre l'ambition des projets et les capacités réelles d'engagement des structures, en associant dès cette étape les acteurs de terrain. La **clarification des objectifs**, la **simplification du vocabulaire** utilisé (notamment autour des notions de « qualité de vie » ou de « participation ») et la **définition explicite des attentes** sont des prérequis majeurs.

La gouvernance doit **inclure systématiquement les différents services de l'AVIQ concernés** dès le lancement et tout au long du suivi, dans une logique de pilotage territorial cohérent. Il est recommandé de structurer des cellules de gestion de projet au sein des maisons, avec une répartition claire des rôles entre pilotage stratégique, accompagnement et contrôle. La **désignation d'un référent du changement**, spécifiquement formé et en lien direct avec la direction, est un levier clé, à condition qu'il soit soutenu par une équipe dédiée pour assurer la continuité et prévenir l'épuisement.

Le changement repose également sur le renforcement des capacités internes : formation initiale et continue de tous les métiers – y compris les fonctions non-soignantes – autour des principes du nouveau paradigme, **développement de formations modulaires** (soft skills, gestion du changement), mise en réseau des professionnels et **valorisation des expertises existantes**. Un coaching structuré, y compris pour les accompagnateurs eux-mêmes, est indispensable pour soutenir l'élan transformateur.

Les **résidents et leurs familles doivent être impliqués** de manière systématique et diversifiée dans la co-construction des projets. Cela implique l'usage d'outils adaptés (clubs d'utilisateurs, supports visuels, indicateurs indirects) et la prise en compte des personnes les plus

dépendantes. Une **communication engageante** et accessible à tous, centrée sur la philosophie du « faire avec », est essentielle pour fédérer l'ensemble des parties prenantes.

Sur le plan organisationnel, il s'agit de **maintenir un équilibre entre des unités de vie à taille humaine et une cohésion** institutionnelle globale, à travers une coordination efficace. **L'autonomie des équipes de terrain** doit être accrue par de réelles marges de manœuvre et des temps d'échange pluridisciplinaires réguliers.

L'allègement et l'ajustement des cadres réglementaires sont nécessaires pour accompagner les temporalités réelles du changement institutionnel. **La mise en place d'une task-force** pourrait faciliter la levée des freins réglementaires, notamment en arbitrant les contradictions entre normes techniques (sécurité, incendie) et objectifs d'autonomie décisionnelle de la MR-S.

Enfin, le développement d'un **apprentissage collectif, appuyé sur une évaluation continue** des effets du changement et une capitalisation structurée via des formats accessibles (visites croisées, micro-labels, rituels de reconnaissance), doit être soutenu par une mutualisation des bonnes pratiques entre structures. Un dispositif de coordination stratégique au niveau territorial permettrait de renforcer cette dynamique, en clarifiant les responsabilités et en consolidant les fonctions partagées.

Perspectives

L'amélioration observée de la qualité de vie des résidents valide l'importance de la co-construction, du leadership participatif et de l'empowerment organisationnel. Les disparités entre structures démontrent néanmoins la nécessité d'un **accompagnement différencié**, tenant compte des contraintes architecturales et de la stabilité des équipes. Certaines réformes logistiques mal synchronisées ont produit des effets inverses, soulignant l'impératif de préserver les principes de proximité et de sens.

Au-delà des outils et des règlements, ce sont les personnes – résident·e·s, professionnel·le·s, directions et partenaires – qui font vivre la transformation. **Il importe donc de multiplier les espaces de dialogue, de reconnaissance et d'expérimentation**, afin que le changement ne soit pas perçu comme un modèle imposé mais comme une œuvre réellement co-construite et porteuse de sens pour tous.

10. Références

- Ahmad Hafizh, D., & Siti, A. (2020, 2020/01/22). *Resistance to Change: Causes and Strategies as an Organizational Challenge*. Paper presented at the Proceedings of the 5th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2019).
- Aiwerioghene, E. M., Janice, L., & and Rea, D. Maturity models for hospital management: A literature review. *International Journal of Healthcare Management*, 1-14. doi:10.1080/20479700.2024.2367858
- Argyris, C. (1996). Organizational learning II. *Theory, method, and practice*.
- Atkins, L., Francis, J., Islam, R., O'Connor, D., Patey, A., Ivers, N., . . . Michie, S. (2017). A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implementation Science*, 12(1), 77. doi:10.1186/s13012-017-0605-9
- Avolio, B. J., Avey, J. B., & Quisenberry, D.
- Caci, L., Nyantakyi, E., Blum, K., Sonpar, A., Schultes, M.-T., Albers, B., & Clack, L. (2025). Organizational readiness for change: A systematic review of the healthcare literature. *Implementation Research and Practice*, 6, 26334895251334536. doi:10.1177/26334895251334536
- Cellule de planification de l'offre médicale - SPF Santé Publique, S. d. I. C. a. e. E. (2022). *Planification de la force de travail*. Retrieved from <https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/statistiques-et-planning/professionnels-de-la-sante-enregistres-etou-0>
- Cheraghi, R., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Hassankhani, H., & Jafarzadeh, A. (2023). Clarification of ethical principle of the beneficence in nursing care: an integrative review. *BMC Nursing*, 22(1), 89. doi:10.1186/s12912-023-01246-4
- Corazzini, K., Twersky, J., White, H. K., Buhr, G. T., McConnell, E. S., Weiner, M., & Colón-Emeric, C. S. (2015). Implementing Culture Change in Nursing Homes: An Adaptive Leadership Framework. *Gerontologist*, 55(4), 616-627. doi:10.1093/geront/gnt170
- Cowie, J., Nicoll, A., Dimova, E. D., Campbell, P., & Duncan, E. A. The barriers and facilitators influencing the sustainability of hospital-based interventions: a systematic review.
- Davies, H. T., Nutley, S. M., & Mannion, R. (2000). Organisational culture and quality of health care. *BMJ Quality & Safety*, 9(2), 111-119.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The Sage handbook of qualitative research*: sage.
- Deprez, L., Didone, V., Pyrovolaki, E., & Adam, S. (2025). Challenging behaviors in nursing homes: Impact of staff training on laypeople's perceptions of staff competence. *Journal of Gerontological Nursing*, in press.
- Deprez, L., Van Durme, T., Bruyère, O., & Adam, S. (2024). The Impact of Nursing Home Culture Change: An Integrative Review. *J Am Med Dir Assoc*, 25(10), 105172. doi:10.1016/j.jamda.2024.105172
- Edwards, M., Penlington, C., Kalidasan, V., & Kelly, T. (2014). Culture change, leadership and the grass-roots workforce. *Clin Med (Lond)*, 14(4), 342-344. doi:10.7861/clinmedicine.14-4-342
- Endalamaw, A., Khatri, R. B., Mengistu, T. S., Erku, D., Wolka, E., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2024). A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. *BMC Health Serv Res*, 24(1), 487. doi:10.1186/s12913-024-10828-0
- Ford, J., Ford, L., & Polin, B. (2021). Leadership in the Implementation of Change: Functions, Sources, and Requisite Variety. *Journal of Change Management*, 21(1), 87-119. doi:10.1080/14697017.2021.1861697
- Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé, (2013).
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The milbank quarterly*, 82(4), 581-629.

- Hu, S., Välimäki, M., Liu, S., Li, X., Shumaila, B., Huang, W., . . . Hu, J. Coaching to develop leadership of healthcare managers: a mixed-methods systematic review.
- Lega, F., Prenestini, A., & Rosso, M. (2017). Leadership research in healthcare: A realist review. *Health Serv Manage Res*, 30(2), 94-104. doi:10.1177/0951484817708915
- Lines, R. (2004). Influence of participation in strategic change: resistance, organizational commitment and change goal achievement. *Journal of Change Management*, 4(3), 193-215. doi:<https://doi.org/10.1080/1469701042000221696>
- Luz, S., Drach-Zahavy, A., & Shadmi, E. (2021). A personal network approach to the study of nurse champions of innovation and their innovation projects' spread. *J Adv Nurs*, 77(2), 775-786. doi:10.1111/jan.14620
- May, C. (2013). Agency and implementation: understanding the embedding of healthcare innovations in practice. *Social Science Medicine (Baltimore)*, 78, 26-33.
- Missotten, P., Deprez, L., & Levenstond, A. (2025a). *Audit qualité de vie – Centre de Soins Saint Joseph*. Retrieved from Liège: [Document interne non publié]
- Missotten, P., Deprez, L., & Levenstond, A. (2025b). *Audit qualité de vie – Résidence Le Cèdre Bleu*. Retrieved from Liège, Belgique: [Document interne non publié]
- Missotten, P., Deprez, L., & Levenstond, A. (2025c). *Audit qualité de vie – Résidence Louis Theys*. Retrieved from Liège, Belgique: [Document interne non publié]
- Missotten, P., Deprez, L., & Levenstond, A. (2025d). *Audit qualité de vie – Résidence Notre-Dame*. Retrieved from Liège, Belgique:
- Missotten, P., Deprez, L., & Levenstond, A. (2025e). *Audit qualité de vie – Résidence René Magritte*. Retrieved from Liège, Belgique: [Document interne non publié]
- Missotten, P., Deprez, L., & Levenstond, A. (2025f). *Audit qualité de vie – Résidence Le Chalon*. Retrieved from Liège, Belgique: [Document interne non publié]
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-5e éd*: Armand Colin.
- PAQS ASBL. (2022). *Changement de paradigme - Rapport annuel 2022*. Retrieved from Bruxelles: unpublished
- PAQS ASBL. (2023). *Changement de paradigme - Rapport annuel 2023*. Retrieved from Bruxelles: unpublished
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*: sage.
- Piron, C., Fagnoul, J., Baetens, A., Solé, A.-M., Darras, E., & De Wandeler, E. (2021). *Les normes et la qualité des soins en MR-S: propositions d'indicateurs de suivi et recommandations*. Retrieved from
- Quick, J. (2023). To err is human, to not learn from human error is dangerous. *J Perioper Pract*, 33(10), 295. doi:10.1177/17504589231196678
- Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2014). Caring as emancipatory nursing praxis: the theory of relational caring complexity. *ANS Adv Nurs Sci*, 37(2), 132-146. doi:10.1097/ans.0000000000000024
- Rothman, L., De Vijlder, F., Schalk, R., & Van Regenmortel, M. (2019). A systematic review on organizational empowerment. *International Journal of Organizational Analysis*, 27(5), 1336-1361. doi:10.1108/IJOA-02-2019-1657
- Santos, W. J., Graham, I. D., Lalonde, M., Demery Varin, M., & Squires, J. E. (2022). The effectiveness of champions in implementing innovations in health care: a systematic review. *Implement Sci Commun*, 3(1), 80. doi:10.1186/s43058-022-00315-0
- Scott, W. R. (2013). *Institutions and organizations: Ideas, interests, and identities*: Sage publications.
- Shea, C. M., Jacobs, S. R., Esserman, D. A., Bruce, K., & Weiner, B. J. Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure.
- Teixeira, A. C., Nogueira, A., & Barbieri-Figueiredo, M. D. C. (2023). Professional empowerment and evidence-based nursing: A mixed-method systematic review. *J Clin Nurs*, 32(13-14), 3046-3057. doi:10.1111/jocn.16507
- Thomas, J. W. (2000). A review of research on project-based learning.

- Wallonie Santé. (2022). Le nombre de places en augmentation en maison de repos. Retrieved from https://www.walloniesante.be/fr/news/226_wallonie-le-nombre-de-places-en-augmentation-dans-les-maisons-de-repos
- Watkins, J., Muhamedjonova, N., & Holding, P. A. (2023). Realising distributed leadership through measurement for change. *Front Public Health*, 11, 1155692. doi:10.3389/fpubh.2023.1155692
- World Health Organization, W. (2011). Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. In W. H. Organization (Ed.), *Patient safety curriculum guide: Multi-professional edition*. Geneva.
- Yin, R. K. (2017). *Case study research and applications: Design and methods*: Sage publications.

11. Annexes.

a. Annexe 1 : Guide d'entretien pour interviewer les parties prenantes accompagnant les 6 projets pilote dans les MR·S wallonnes (externes)

Comme son nom l'indique, le guide d'entretien sert à guider la discussion. Il n'est donc pas prévu de suivre scrupuleusement l'ordre des questions, mais plutôt de suivre le rythme de la conversation, de manière à ne poser les questions que si elles n'ont pas été abordées auparavant. De même, les questions de relance doivent être vues comme des questions d'approfondissement et ne seront utilisées que si ce point mérite, selon la personne interviewée et l'interviewer, d'être creusée.

Section 1 : Motivation et objectifs initiaux

Selon vous, qu'est-ce qui a **motivé les MR·S à postuler** pour le projet pilote visant un changement de paradigme ?

(relance parmi les motivations : Valeurs, Arguments, Activités souhaitées, soutien souhaité, perspective financière, formation, cadre réglementaire)

- *Raison d'être* : Comprendre les raisons sous-jacentes et les objectifs derrière la décision de la MR·S de participer au projet.

Pouvez-vous décrire les **objectifs initiaux** fixés par les MR·S au début du projet ?

- *Raison d'être* : Identifier les objectifs spécifiques que les maisons de repos cherchaient à atteindre grâce à leur participation.

Comment ces **objectifs ont-ils évolué au** cours du projet, le cas échéant ? Qu'est-ce qui a motivé ces changements ?

- *Raison d'être* : Explorer l'évolution des objectifs et les facteurs influençant ces changements.

Section 2 : Mise en œuvre des activités

Quelles **activités spécifiques** ont été mises en œuvre pour atteindre les objectifs initiaux et/ou révisés ?

- *Raison d'être* : Identifier les actions entreprises pour soutenir le changement de paradigme. Y a-t-il eu des activités qui n'ont **pas pu être mises en œuvre** ? Quelles en étaient les raisons ?

- *Raison d'être* : Comprendre les obstacles ou défis rencontrés lors de la mise en œuvre.

Section 3 : Obstacles et facteurs facilitateurs

Quels ont été les principaux **obstacles** rencontrés lors de la mise en œuvre de ces activités ?

- *Raison d'être* : Identifier les obstacles qui ont entravé le processus de changement.

Quels facteurs ont **facilité** la mise en œuvre réussie des activités ?

- *Raison d'être* : Mettre en lumière les éléments qui ont soutenu le processus de changement.

Relance : les 14 domaines du TDF, qui peuvent tour à tour s'appliquer aux individus au sein des MR·S, aux parties prenantes plus ou moins impliquées au sein des MR·S ou des MR·S dans leur globalité:

Contexte environnemental et ressources : Environnement physique et social impactant le comportement, notamment le rôle du leadership dans la facilitation ou l'entrave au changement.

Influences sociales : Influences interpersonnelles sur le comportement, notamment la dynamique de l'ouverture au changement, en réponse aux efforts de changement.

Connaissances : Conscience et compréhension de l'information liée au comportement.

Compétences : Capacités nécessaires pour réaliser le comportement.

Rôle et identité sociale/professionnelle : Perception de son rôle et de son identité dans le contexte du comportement.

Croyances sur les capacités : Confiance en sa capacité à réaliser le comportement.

Optimisme : Croyances positives sur les résultats du comportement.

Croyances sur les conséquences : Résultats perçus de la réalisation du comportement.

Renforcement : Incitations ou récompenses associées au comportement.

Intentions : Engagement à réaliser le comportement.

Objectifs : Objectifs à court et long terme liés au comportement.

Mémoire, attention et processus décisionnels : Processus cognitifs affectant le comportement.

Émotion : Réponses émotionnelles qui affectent le comportement.

Régulation du comportement : Stratégies pour gérer et changer le comportement.

Section 4 : Facteurs contextuels, externes à la MR·S

Comment les **facteurs externes** tels que le soutien de l'AViQ, du PAQS, des formateurs ou des soins primaires ont-ils impacté la mise en œuvre des activités ?

- *Raison d'être* : Évaluer l'influence des systèmes de soutien externes sur le processus de changement.

Section 5 : Analyse comparative

Quelles différences, le cas échéant, ont été observées dans le **processus de mise en œuvre** entre les six maisons de repos ?

- *Raison d'être* : Comparer et contraster les expériences des différentes maisons de repos, non pas dans un but d'un classement de « performances » mais bien pour identifier des hypothèses permettant d'expliquer le succès de la mise en œuvre du changement de paradigme.

Pourquoi pensez-vous que certaines maisons de repos ont été **plus performantes dans la mise en œuvre** des activités que d'autres ?

- *Raison d'être* : Identifier les facteurs contribuant à des niveaux de réussite variables.

Section 6 : Stratégies et recommandations

Quelles stratégies ont été identifiées ou mises en œuvre pour **surmonter les obstacles** rencontrés au cours du projet ?

- *Raison d'être* : Explorer les mesures proactives prises pour surmonter les défis.

Comment les maisons de repos ont-elles exploité les **facteurs facilitateurs** pour soutenir le processus de changement ?

- *Raison d'être* : Comprendre comment les éléments positifs ont été utilisés pour améliorer la mise en œuvre.

D'après votre expérience, quelles **bonnes pratiques recommanderiez-vous pour soutenir un changement de paradigme** dans d'autres maisons de repos ?

- *Raison d'être* : Formuler des recommandations basées sur des expériences pratiques.

(relance) Quel rôle pensez-vous que le **management interne** devrait jouer pour pérenniser les changements mis en place lors du projet ?

Comment l'AViQ et d'autres autorités en charge de la santé peuvent-elles soutenir les maisons de repos dans la mise en œuvre et la pérennisation d'un changement de paradigme ?

Comment d'autres acteurs peuvent-ils soutenir les MR·S ? (résidents et familles, instituts de formation, PPLW, associations professionnelles, OA)

- *Raison d'être* : Identifier les moyens par lesquels les parties prenantes externes peuvent aider les maisons de repos dans leurs efforts de changement.

- b. Annexe 2 : Guide d'entretien pour interviewer les parties prenantes au sein des 6 MR·S qui ont fait partie des projets pilote dans les MR·S wallonnes - Soutenir le changement de paradigme dans les maisons de repos

Modalités d'interview : lors d'un groupe de discussion, sur place

Profils des personnes à inviter

- Idéalement, des professionnels ayant participé au projet/aux groupes de travail, au moins en partie
- Faut-il essayer de rencontrer les mêmes professionnels que ceux rencontrés lors des focus groupes 'LyAge' ? Plutôt non, car il risque d'être difficile de rassembler les mêmes personnes (en termes d'horaires et de « sur-sollicitation » des professionnels).

Objectif du guide d'entretien. Comme son nom l'indique, le guide d'entretien sert à guider la discussion. Il n'est donc pas prévu de suivre scrupuleusement l'ordre des questions, mais plutôt de suivre le rythme de la conversation, de manière à ne poser les questions que si elles n'ont pas été abordées auparavant. De même, les questions de relance doivent être vues comme des questions d'approfondissement et ne seront utilisées que si ce point mérite, selon la personne interviewée et l'interviewer, d'être creusée.

Ce guide d'entretien a été enrichi des résultats intermédiaires issus de l'analyse des documents produits lors de l'étude, ainsi que ceux issus des interviews des membres du comité scientifique et d'une partie des formateurs.

Section 1 : Motivation et objectifs initiaux

Selon vous, qu'est-ce qui a **motivé votre MR·S à postuler** pour le projet pilote visant un changement de paradigme ?

(relance parmi les motivations : Valeurs, Arguments, Activités souhaitées, soutien souhaité, perspective financière, formation, cadre réglementaire)

- *Raison d'être* : Comprendre les raisons sous-jacentes et les objectifs derrière la décision de la MR·S de participer au projet et connaître le degré d'implication des participants dans la décision de postuler.

Pouvez-vous décrire les **objectifs initiaux** fixés par votre MR·S au début du projet ?

- *Raison d'être* : Identifier les objectifs spécifiques que les maisons de repos cherchaient à atteindre grâce à leur participation.

Comment ces **objectifs ont-ils évolué** au cours du projet, le cas échéant ? Qu'est-ce qui a motivé ces changements ?

- *Raison d'être* : Explorer l'évolution des objectifs et les facteurs influençant ces changements.

Section 2 : Mise en œuvre des activités

Quelles **activités spécifiques** ont été mises en œuvre pour atteindre les objectifs initiaux et/ou révisés ?

- *Raison d'être* : Identifier les actions entreprises pour soutenir le changement de paradigme.

Y a-t-il eu des activités qui n'ont **pas pu être mises en œuvre** ? Quelles en étaient les raisons ?

- *Raison d'être* : Comprendre les obstacles ou défis rencontrés lors de la mise en œuvre.

Section 3 : Obstacles et facteurs facilitateurs

Quels ont été les principaux **obstacles** rencontrés lors de la mise en œuvre de ces activités ?

- *Raison d'être* : Identifier les obstacles qui ont entravé le processus de changement.

Quels facteurs ont **facilité** la mise en œuvre réussie des activités ?

- *Raison d'être* : Mettre en lumière les éléments qui ont soutenu le processus de changement.

Qu'est-ce qui a pu empêcher/freiner l'implication des résidents ?

Qu'est-ce qui a fait que les résidents ont été si peu informés et impliqués dans les décisions, groupes de travail, actions³ ?

Avait-ils bien compris (dès le départ) que le fait d'impliquer les résidents était un des principes essentiels du Culture Change et un objectif de ce projet ?

Quel est votre avis par rapport aux outils qui vous ont été offerts dans le domaines tels que la gestion des troubles du comportement ou la gestion du bruit ?

Comment avez-vous vécu ce a été demandé de faire dans le cadre de ce projet et la façon dont ça vous a été demandé (fixation d'objectifs dans 6 domaines différents, complétion de différents outils/drivers diagrams/chartes/etc, formations régulières, séances d'échange inter-structures,...)

Qu'est-ce qui, selon vous, a été le plus utile/aidant/efficace ?

Qu'est-ce qui, selon vous, a été le plus difficile/superflu/perçu comme une charge de travail supplémentaire/comme un poids ?

Question prioritairement aux personnes porteur.ses du projet :

Quel est votre avis sur le temps de travail requis (temps plein / 3/4 temps / mi-temps,...) pour la gestion d'un tel projet/d'un réel changement de paradigme (gestion/coordination des groupes de travail, communication/relais des informations à l'ensemble du personnel, aux résidents et proches de résidents, etc)

Relance : les 14 domaines du TDF, qui peuvent tour à tour s'appliquer aux individus au sein des MR·S, aux parties prenantes plus ou moins impliquées au sein des MR·S ou des MR·S dans leur globalité:

Contexte environnemental et ressources : Environnement physique et social impactant le comportement, notamment le rôle du leadership dans la facilitation ou l'entrave au changement.

Influences sociales : Influences interpersonnelles sur le comportement, notamment la dynamique de l'ouverture au changement, en réponse aux efforts de changement.

Connaissances : Conscience et compréhension de l'information liée au comportement.

Compétences : Capacités nécessaires pour réaliser le comportement.

Rôle et identité sociale/professionnelle : Perception de son rôle et de son identité dans le contexte du comportement.

³ ... (alors que c'est un point essentiel du Culture Change)

Croyances sur les capacités : Confiance en sa capacité à réaliser le comportement.

Optimisme : Croyances positives sur les résultats du comportement.

Croyances sur les conséquences : Résultats perçus de la réalisation du comportement.

Renforcement : Incitations ou récompenses associées au comportement.

Intentions : Engagement à réaliser le comportement.

Objectifs : Objectifs à court et long terme liés au comportement.

Mémoire, attention et processus décisionnels : Processus cognitifs affectant le comportement.

Émotion : Réponses émotionnelles qui affectent le comportement.

Régulation du comportement : Stratégies pour gérer et changer le comportement.

Section 4 : Facteurs contextuels, externes à la MR·S

Comment les **facteurs externes** tels que le soutien de l'AViQ, du PAQS, des formateurs ou des soins primaires ont-ils impacté la mise en œuvre des activités ?

- *Raison d'être* : Évaluer l'influence des systèmes de soutien externes sur le processus de changement.

Section 5 : Analyse comparative (cette section 5 ne sera abordée que si les participants des MR·S ont pu assister aux interventions)

Quelles différences, le cas échéant, ont été observées dans le **processus de mise en œuvre** entre les six maisons de repos ?

- *Raison d'être* : Comparer et contraster les expériences des différentes maisons de repos, non pas dans un but d'un classement de « performances » mais bien pour identifier des hypothèses permettant d'expliquer le succès de la mise en œuvre du changement de paradigme.

Pourquoi pensez-vous que certaines maisons de repos ont été **plus performantes dans la mise en œuvre** des activités que d'autres ?

- *Raison d'être* : Identifier les facteurs contribuant à des niveaux de réussite variables.

Section 6 : Stratégies et recommandations

Quelles stratégies ont été identifiées ou mises en œuvre pour **surmonter les obstacles** rencontrés au cours du projet ?

- *Raison d'être* : Explorer les mesures proactives prises pour surmonter les défis.

Comment votre maison de repos a-t-elle exploité les **facteurs facilitateurs** pour soutenir le processus de changement ?

- *Raison d'être* : Comprendre comment les éléments positifs ont été utilisés pour améliorer la mise en œuvre.

D'après votre expérience, quelles **bonnes pratiques recommanderiez-vous pour soutenir un changement de paradigme** dans d'autres maisons de repos ?

- *Raison d'être* : Formuler des recommandations basées sur des expériences pratiques.

(relance) Quel rôle pensez-vous que le **management interne** devrait jouer pour pérenniser les changements mis en place lors du projet ?

Comment l'AViQ et d'autres autorités en charge de la santé peuvent-elles soutenir les maisons de repos dans la mise en œuvre et la pérennisation d'un changement de paradigme ?

Comment d'autres acteurs peuvent-ils soutenir les MR·S ? (résidents et familles, instituts de formation, PPLW, associations professionnelles, OA)

- *Raison d'être* : Identifier les moyens par lesquels les parties prenantes externes peuvent aider les maisons de repos dans leurs efforts de changement.

c. Annexe 3 : Analyse comparative des objectifs par MR·S, leurs plans d'action et l'atteinte ou non de ces objectifs

Maison de repos	Objectifs initiaux	Objectifs atteints	Plans d'action	Objectifs non atteints / obstacles
Résidence A	Décloisonner l'organisation, renforcer la cohésion et l'implication de l'équipe	Dynamique collective créée, montée en compétence de l'équipe	Participation transversale, réflexion concrète, ancrage qualité	Ressources humaines et matérielles limitées, certaines idées irréalisables
Résidence B	Renforcer l'engagement, améliorer la communication, valoriser tous les rôles	Supports créés, activité intermétiers, meilleure compréhension des rôles	Groupes thématiques, supports internes, formations et échanges	Structure hiérarchique encore présente, changements longs à intégrer
Résidence C	Créer un lieu de vie centré sur le résident, améliorer l'ambiance et les pratiques	Formation généralisée, réduction du bruit, projet de vie mieux intégré	Groupes thématiques, questionnaires internes, coaching centré	Difficultés à maintenir l'élan, obstacles logistiques persistants
Résidence D	Transformer l'institution, impliquer personnel et résidents, créer une dynamique	Ambiance améliorée, ouverture d'esprit, groupes de travail mis en place	Groupes de travail, volontariat, formations, coaching	Groupes instables, fatigue du personnel, manque de pérennisation
Résidence E	Inverser la hiérarchie, placer le résident au centre, réduire la résistance	Club actif, choix des activités par les résidents, révision alimentation	Communication dès le début, co-rédaction, groupes participatifs	Problèmes budgétaires, certaines activités abandonnées
Résidence F	Améliorer animations, repas, hygiène, relancer après changements de direction	Activités enrichies, collaboration interservices, implication accrue	Nomination référente, activités interservices, sensibilisation	Manque de clarté initiale, départs de leaders, compréhension incomplète

d. Annexe 4. Fonctions de leadership en fonction des perspectives internes et externes

Tableau 3. Résumé des fonctions de leadership (Ford et al., 2021), en fonction de la perspective des différentes parties prenantes (externes ou internes)

Maison de repos	Orientation	Alignement	Engagement	Adaptation
La Résidence D selon les acteurs externes	Orientation initiale forte impulsée par une nouvelle direction souhaitant moderniser l'institution, mais sans réel ancrage collectif.	Alignement faible à modéré : objectifs connus mais coordination freinée par surcharge et scepticisme.	Engagement déclinant : démobilisation progressive, lassitude organisationnelle, participation en baisse.	Adaptation réactive, souvent déclenchée après apparition de signes de fatigue ou de désengagement.
La Résidence D selon les parties prenantes internes	Initiale forte mais peu ancrée collectivement	Faible, surcharge et scepticisme	Démobilisation, abandon progressif	Réactive face à la fatigue
la Résidence E selon les acteurs externes	Forte et claire, alignée avec les valeurs historiques de la maison, centrée sur les projets de vie individualisés. Portée stratégiquement par la direction générale.	Très bon alignement entre direction, référents, cadres intermédiaires et personnel soignant. Convergence des objectifs autour du bien-être des résidents.	Engagement transversal et émotionnel fort, impliquant toutes les équipes, y compris les services techniques. Le projet est vécu comme fédérateur.	Capacité d'adaptation démontrée via des innovations comme les capsules vidéo et des ajustements opérationnels malgré la surcharge de travail.
la Résidence E selon les parties prenantes internes	Forte et partagée, centrée sur le résident	Bon alignement équipe/direction	Très fort, jusqu'aux services techniques	Innovante malgré surcharge
la Résidence C selon les acteurs externes	Orientation initialement forte post-COVID, mais diluée par une surcharge de projets.	Alignement variable, quelques initiatives concrètes mais manque de cohérence générale.	Engagement présent au départ, mais rapidement affaibli par surcharge, manque de reconnaissance et multiplication des projets.	Adaptation partielle, portée par une coordination partielle entre direction et psychologue ; ajustements réactifs.
la Résidence C selon les parties prenantes internes	Motivée post-COVID, mais diluée ensuite	Variable, dépendante des initiatives	Déclin rapide par surcharge	Partielle, coordonnée direction/psychologue

Maison de repos	Orientation	Alignement	Engagement	Adaptation
la Résidence B selon les acteurs externes	L'orientation stratégique était motivée principalement par une volonté de redorer l'image de la maison plutôt que de mettre en œuvre une transformation réelle. Cette posture a été perçue comme du "greenwashing" par plusieurs observateurs, révélant une démarche plus opportuniste que structurelle	L'alignement organisationnel était très faible. La directrice centralisait l'information et les décisions sans délégation ni implication du personnel. En son absence, le projet a quasiment cessé d'avancer, ce qui montre une dépendance extrême à un leadership solitaire et non distribué .	L'engagement du personnel était limité. Les équipes étaient peu informées, parfois démobilisées, et exclues des dynamiques de projet. Certains employés ont exprimé leur frustration de ne pas comprendre leur rôle ou le projet en cours, révélant un déficit d'inclusion et de communication interne	La capacité d'adaptation était très réduite. Le manque de relais, la non-diffusion des informations clés (plans d'action, outils), et l'absence de gouvernance collective ont empêché toute flexibilité organisationnelle. Le leadership centralisé n'a pas permis de réagir efficacement aux contraintes ou aux absences
la Résidence B selon les parties prenantes internes	Orientation claire portée par la direction dès le départ, projet institutionnel partagé par tous.	Alignement large entre direction, personnel, et résidents ; participation transversale observée.	Engagement fort, des équipes comme des résidents ; projet vécu comme collectif et incarné.	Adaptation proactive malgré les contraintes, ajustements continus selon réalités opérationnelles.
Le la Résidence A selon les acteurs externes	Orientation solide ancrée dans une culture qualité, mais peu portée transversalement par la direction.	Alignement fort au sein du noyau moteur mais affaibli par un cloisonnement fonctionnel et un fort turnover.	Engagement réel mais très concentré ; difficulté à élargir à l'ensemble du personnel.	Bonne flexibilité d'ajustement, mais leadership peu distribué, adaptation limitée aux profils moteurs.
Le la Résidence A selon les parties prenantes internes	Ancrée dans la qualité, sans véritable relai	Bon au noyau moteur, cloisonné	Fort mais restreint	Flexible mais peu distribuée
la Résidence F selon les acteurs externes	L'orientation du projet était initialement confuse, ce qui a limité l'adhésion au changement.	Fragilisé par une instabilité hiérarchique et une structuration incomplète.	Construit progressivement grâce à des améliorations concrètes et à une direction plus accessible et participative.	Adaptation pragmatique et opportuniste, avec des ajustements au fil des besoins et des ressources disponibles.
la Résidence F selon les parties prenantes internes	L'orientation du a manqué de clarté stratégique et de formulation partagée, limitant la capacité à mobiliser une vision commune du changement.	Le manque de stabilité des ressources humaines et l'organisation du travail tendue ont compromis la mise en cohérence des actions avec les objectifs du projet.	L'engagement a reposé sur la détermination de quelques individus-clés mais a peiné à mobiliser durablement l'ensemble de l'équipe.	L'adaptation s'est faite dans l'urgence, prioritairement orientée vers la survie opérationnelle, au détriment d'une capitalisation systémique sur l'expérience.

e. Annexe 5 : Perspectives de recherche futures

L'évaluation scientifique du programme Changement de paradigme a permis d'identifier des dynamiques complexes et multifactorielles dans la mise en œuvre d'un changement de paradigme au sein des maisons de repos. Sur cette base, plusieurs axes de recherche peuvent être envisagés afin de renforcer la transférabilité des apprentissages, d'approfondir la compréhension des mécanismes en jeu et de soutenir une généralisation contextuellement adaptée des pratiques innovantes.

1. Participation des usagers et transformations identitaires

La participation des résidents constitue une avancée notable du projet ESCaP. Il serait pertinent de conduire une recherche longitudinale sur les effets de cette participation sur le sentiment d'appartenance, la qualité de vie perçue et la redéfinition du statut des résidents au sein de l'institution. L'inclusion des familles comme parties prenantes du changement mérite également d'être explorée à travers des études centrées sur les formes de co-gestion ou de concertation tripartite (professionnels – résidents – proches).

2. Approfondissement des déterminants psychosociaux de l'engagement

Les données recueillies révèlent une ambivalence marquée entre, d'une part, une forte résilience individuelle face aux contraintes systémiques et, d'autre part, un sentiment d'impuissance organisationnelle persistant. Des recherches complémentaires pourraient explorer les facteurs psychoaffectifs et relationnels favorisant la persistance de l'engagement professionnel dans un contexte de surcharge structurelle. Une attention particulière pourrait être portée aux régulations émotionnelles (frustration, fierté, épuisement) dans les trajectoires de transformation et les stratégies de coping en cas d'émotion négatives.

3. Efficacité et contextualisation des dispositifs de formation

Les retours d'expérience mettent en évidence l'impact différencié des formations selon leur degré d'adaptation au terrain. Il apparaît pertinent d'investiguer, à travers une méthodologie comparative, les conditions d'efficacité des dispositifs pédagogiques hybrides (présentiel, autoformation, intervision) dans des contextes à faible capital pédagogique. De même, une recherche-action sur la co-construction d'outils de vulgarisation et de transmission des savoirs entre pairs pourrait contribuer à renforcer l'appropriation locale des outils de pilotage qualité.

4. Dynamiques de leadership distribué et gouvernance partagée

La personnalisation du leadership et la dépendance à des figures isolées constituent des facteurs de vulnérabilité. Une étude ciblée sur les modalités d'émergence, de légitimation et de stabilisation des leaderships informels au sein des MR-S permettrait d'identifier les conditions d'un ancrage durable de la dynamique participative. L'analyse des effets de la gouvernance

partagée sur la perception d'efficacité collective constitue également un champ de recherche pertinent.

5. Articulation entre innovations locales et cadre réglementaire

Plusieurs établissements ont souligné les tensions entre les initiatives innovantes et la rigidité des normes en vigueur. Une étude de type « évaluation de politiques publiques » pourrait documenter les freins réglementaires à l'innovation, et proposer des leviers de flexibilisation encadrée. En complément, une recherche comparative à l'échelle européenne permettrait de mettre en lumière des cadres normatifs plus facilitateurs pour les structures d'hébergement et de soins.

6. Dispositifs de suivi et d'évaluation ancrés dans les pratiques

Enfin, la structuration de dispositifs de suivi pérennes constitue un levier stratégique pour l'institutionnalisation du changement. Des recherches portant sur l'élaboration d'outils d'évaluation co-construits, intégrant à la fois des indicateurs qualitatifs (narratifs de transformation, perception des acteurs) et quantitatifs (évolution du bien-être, taux de participation, stabilité des équipes) contribueraient à consolider une culture d'apprentissage organisationnel.