
Vers un nouveau modèle de cogestion basé sur le relationnel en maison de repos et de soins

Rapport d'évaluation - Projets pilotes du modèle Tubbe

Vers un nouveau modèle de cogestion basé sur le relationnel en maison de repos et de soins

Rapport d'évaluation - Projets pilotes du modèle Tubbe

COLOPHON

Vers un nouveau modèle de cogestion basé sur le relationnel en maison de repos et de soins

Rapport d'évaluation - Projets pilotes du modèle Tubbe

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands onder de titel : Naar meer relatiegerichte zorg in Belgische woonzorgorganisaties

Une édition de la Fondation Roi Baudouin

Rue Brederode 21

1000 Bruxelles

AUTEUR(S)

Leen Heylen, Onderzoekersleider Vonk3 (Mobilab & Care), Thomas More

Cesar Meuris, Chargé de recherche, Centre RESSORT- HERS

Jeroen Knaeps, Docent, Thomas More

Karolien Baldewijns, Onderzoeker Mobilab & Care, Thomas More

Marie-Françoise Dispa, Journaliste

COORDINATION POUR LA
FONDATION ROI BAUDOUIIN

Gerrit Rauws, Directeur

Bénédicte Gombault, Coordinatrice de projet senior

Emmanuelle Nijs, Collaboratrice de projet

Laurine Vanackere, Project and Knowledge Manager

CONCEPTION GRAPHIQUE

Salutpublic

MISE EN PAGE

Karakters, Gent

Manufast-ABP asbl, une entreprise de travail adapté

Cette publication peut être téléchargée gratuitement sur notre site www.kbs-frb.be

Une version imprimée de cette publication électronique peut être commandée (gratuitement) sur notre site www.kbs-frb.be

DÉPÔT LÉGAL

D/2893/2019/23

NUMÉRO DE COMMANDE

3688

Octobre 2019

Avec le soutien de la Loterie Nationale

TABLE DES MATIÈRES

Préface	7
Résumé	9
Summary	11
1. Introduction	13
2. Qu'est-ce que le modèle Tubbe ?	17
2.1. Une vie qui a du sens = la participation	18
2.2. Adaptation du modèle Tubbe au contexte belge : les principes de base	19
3. Méthodologie de recherche	25
3.1. Question de recherche	26
3.2. Méthodologie	27
3.2.1. <i>Enquête évaluative sur l'efficacité du modèle au sens large</i>	27
3.2.2. <i>Méthode de collecte des données</i>	27
3.2.3. <i>Méthode d'analyse</i>	33
4. Les résultats après un an et demi de « Tubbe »	35
4.1. Une satisfaction accrue	36
4.1.1. <i>Un lieu agréable et attrayant où les seniors peuvent s'épanouir (?)</i>	36
4.1.2. <i>Bien-être général des personnes âgées : la perspective du personnel</i>	41
4.1.3. <i>Résumé : un lieu agréable et attrayant où les seniors peuvent s'épanouir</i>	44
4.2. Investissement & participation	44
4.2.1. <i>Le point de vue des seniors</i>	44
4.2.2. <i>Le point de vue du personnel</i>	46
4.2.3. <i>Investissement & participation dans la pratique : Tubbe = écoute</i>	46
4.2.4. <i>Résumé</i>	53
4.3. Vers des soins axés sur les relations (?)	54
4.3.1. <i>Point de vue des personnes âgées</i>	54
4.3.2. <i>Point de vue du personnel</i>	55
4.3.3. <i>Presque comme à la maison...</i>	56
4.3.4. <i>Importance de la coconstruction dans le modèle Tubbe</i>	58
4.3.5. <i>Résumé : vers des soins axés sur le relationnel (?)</i>	59
4.4. Dix-huit mois de modèle Tubbe : l'impact sur le personnel	60
4.4.1. <i>Enthousiasme</i>	61
4.4.2. <i>Les membres du personnel perçoivent des améliorations</i>	63
4.4.3. <i>Conséquence : un travail orienté sur l'humain plutôt que sur les tâches</i>	65
4.4.4. <i>Résumé</i>	68
4.5. Rêver pour l'avenir	6
5. Conclusions : une pyramide inversée (?)	71
5.1. Impact du modèle Tubbe sur les sites pilotes	72
5.2. Le modèle Tubbe dans la pratique : l'importance des petites choses	75
5.3. La pyramide inversée (?)	77
Références	79
Annexes	80

PRÉFACE

Tubbe est un modèle d'organisation et de gestion appliqué par différentes maisons de repos et de soins dans une commune rurale de l'ouest de la Suède. Il s'est fait connaître grâce à un appel européen.

À la demande d'acteurs belges du secteur et de citoyens, la Fondation Roi Baudouin a organisé une série de visites d'étude en Suède, avec des directeurs de maisons de repos et de soins, des représentants d'organisations coupoles et des décideurs, afin de mieux comprendre ce modèle. Après des contacts répétés avec les promoteurs suédois de Tubbe, six projets pilotes ont été lancés en Belgique.

Centré sur une approche relationnelle, le modèle Tubbe est régi par un principe fondamental : les résidents doivent, autant que possible, conserver un pouvoir de (co)-décision sur leur existence et l'endroit où ils vivent. Ils sont invités à participer à la réflexion et aux décisions, et leurs personnalités, capacités et souhaits sont pris en compte.

Autre particularité tout aussi cruciale de ce modèle : les membres du personnel y sont également plus impliqués et consultés, notamment dans la planification et la conception du travail, ce qui a un effet motivant sur la plupart d'entre eux. Au lieu d'être cantonnés dans leurs rôles de soignants, ils peuvent consacrer du temps aux activités et aux contacts sociaux. La direction, pour sa part, passe du management à une fonction de coaching.

Résolument positive, l'histoire de Tubbe suscite l'enthousiasme, tant auprès du grand public que dans les maisons de repos et de soins. Mais, pour la Fondation Roi Baudouin, il était essentiel de mesurer avec précision l'impact de ce processus. Sur base d'une série d'indicateurs, d'entretiens individuels approfondis avec les résidents et de focus groups avec les collaborateurs, la Thomas More Hogeschool et la Haute École Robert Schuman ont évalué l'impact de Tubbe dans les 6 projets pilotes.

Tubbe n'est pas un modèle clé-sur-porte: chaque maison de repos et de soins doit envisager elle-même la meilleure manière de l'appliquer, en étroite collaboration avec le personnel, la direction et bien entendu les résidents et leurs familles. En l'occurrence, les 6 projets pilotes ont été évalués sur une période d'un an et demi, ce qui est relativement court pour apprécier un changement en profondeur. D'après les chercheurs, la transition est instaurée progressivement, par des interventions plus ou moins importantes, au départ de ce qui se vit dans la maison de repos et de soins. De ce fait, nous avons la certitude que cette évaluation ne donne qu'un premier aperçu partiel de l'histoire. L'implémentation du modèle étant un processus continu, son impact devra être réexaminé à long terme.

Encouragée par l'expérience positive des 6 projets pilotes et cette évaluation, la Fondation Roi Baudouin s'est engagée à poursuivre la diffusion de l'approche Tubbe. Une vision partagée, un authentique projet de vie axé sur la participation de tous... l'évidence même!

Merci aux chercheurs qui ont réalisé cette évaluation avec autant de pragmatisme que de précision scientifique. Merci aux 6 projets pilotes qui ont pris le temps de contribuer à la collecte des données et ont partagé leur expérience avec enthousiasme.

RÉSUMÉ

Le modèle Tubbe est un modèle de gestion et d'organisation qui a été appliqué avec succès dans une MRS située à Tjörn, une commune rurale de Suède occidentale. Le modèle mise sur un environnement agréable et attrayant, où les seniors peuvent profiter pleinement de la vie.

Concrètement, le modèle s'articule autour d'une conception des soins axée sur le relationnel. L'objectif est de modifier l'organisation afin de favoriser l'empowerment des seniors pour qu'ils aient un impact au quotidien sur leur environnement, et que leur rôle fasse sens pour eux. C'est aussi un modèle qui confère davantage de responsabilités au personnel. C'est ainsi qu'est conçu ce modèle : il renverse la logique habituelle sur laquelle s'appuient généralement les organisations accueillant les personnes âgées qui ne peuvent plus vivre à leur domicile.

Six sites pilotes ont commencé à instaurer le modèle Tubbe dans leur établissement en Belgique. Le projet a été évalué à différents moments et de différentes manières au cours du processus qu'ont suivi les six organisations. L'objectif de cette enquête évaluative était non seulement de découvrir si le modèle Tubbe permettait de mettre en place des soins de meilleure qualité, adaptés aux besoins et volontés des personnes âgées vivant en MR/MRS, mais aussi d'identifier comment et pourquoi. Soulignons dès à présent qu'il n'existe pas de solution clé en main pour développer le modèle Tubbe. Il s'agit d'une vision qui, par le biais de petites et grandes interventions, s'intègre au fonctionnement de l'organisation. Les six établissements ont suivi ce processus, à leur rythme, et en fonction des caractéristiques qui sont les leurs.

Ce rapport d'évaluation constitue un état des lieux rendant compte de la manière dont le modèle Tubbe a été implémenté au sein des différents sites pilotes après un an et demi de mise en place du projet. Il nous donne un aperçu des premières expériences intermédiaires des partenaires pilotes impliqués dans le processus déjà mis en place et toujours en cours. Ce faisant, nous sommes à même d'isoler les facteurs de réussite, les conditions et les possibles écueils liés à la mise en œuvre du modèle Tubbe dans les soins dispensés aux personnes âgées sur les sites belges de l'enquête. Nous avons procédé à une évaluation à deux moments dans le temps au moyen d'un sondage, d'entretiens individuels approfondis et de focus groups.

De manière générale, les résultats de cette enquête évaluative révèlent que la mise en œuvre du modèle Tubbe se traduit de manière positive dans les MR/MRS concernées. Les personnes âgées éprouvent une plus grande satisfaction, se sentent plus impliquées et nouent davantage de liens entre eux et avec les professionnels. Ce sentiment positif est également partagé par une grande partie du personnel, et il est plus fort dans les organisations où le modèle Tubbe a été résolument implémenté.

Cela ne signifie pas que la pyramide de chaque organisation a déjà été complètement renversée. Le plus grand défi semble résider dans la couche intermédiaire du personnel.

Ce n'est qu'à partir du moment où ils ont toute latitude pour s'exprimer, être entendus par l'encadrement et la direction et construire, avec les résidents, une réelle dynamique commune qu'un véritable renversement de la pyramide peut s'opérer. Lorsque c'est le cas, les résultats liés à l'implémentation du modèle Tubbe font ressortir toute la force et la pertinence de celui-ci.

Tous les établissements, et ceci à tous les niveaux, rêvent d'avoir encore plus de « Tubbe » dans leur organisation, ce qui souligne cette tendance positive, ce potentiel et cette ambition d'intégrer le modèle Tubbe dans l'ensemble du modèle organisationnel.

SUMMARY

The Tubbe model is an organisational and management model that has been successfully applied for several years in various residential care centres in the rural municipality of Tjörn, in western Sweden. The model focuses on creating an attractive and pleasant environment where the elderly can live their lives to the fullest.

In concrete terms, the model focuses on relationship-oriented care. The aim is to change the organisation in order to empower the elderly, to allow them to influence daily life, to give them a meaningful role. Relationship-oriented care also gives more responsibility to the staff. The organisational model is, as it were, turned upside down.

Six pilot projects have been started in Belgium. We evaluated the pilot test at different times and in different ways during the implementation of this strategy. The objective of this evaluation study is not only to examine whether the Tubbe model, as applied to (semi) residential elderly care in Belgium, leads to better quality elderly care, but also how and why. It is important to note that there is no ready-made step-by-step plan for implementing the Tubbe model. It is a vision that, in the process itself, through many small and large interventions, becomes interwoven into the organisation's activities. The six organisations each went through the process, tailored to their organisation and their tempo.

This evaluation report is a snapshot of the pilot practices after a pilot test of one and a half years. It offers a look at the first interim experiences of the pilot partners with the process that they have already gone through and are still going through. This makes it possible to discover the success factors of, conditions for and possible barriers to implementation of the Tubbe model in Belgian elderly care. At two moments in the process we conducted a survey, in-depth interviews and focus group discussions.

In general, the results of this evaluation study of the practical implementation of the Tubbe model point to a positive trend in the residential care organisations involved. The elderly experience greater satisfaction, greater participation and feel more involved. This positive feeling is also endorsed by a large part of the staff, and this most strongly in the organisations where the Tubbe model has truly entered their DNA.

This does not mean that the entire organisational model has been reversed. The biggest challenge seems to relate to the middle layer of staff. Only when they actually have a say and are given the mandate to build a community together with the residents, one in which life can be fully lived together, do we see a change in the organisational model. When this succeeds, the results underscore the potential of the model to focus even more on relationship-oriented care in the future in order to contribute to quality care of the elderly.

The fact that all organisations at all levels dream of even more “Tubbe” in their organisation underscores this positive trend, this potential, and the ambition to embed the Tubbe model throughout the organisation.

Partie 1

Introduction



En 2013, la Fondation Roi Baudouin a organisé le “Social Innovation in Ageing Award”, pour lequel de nombreuses initiatives européennes ont présenté leur candidature. Parmi les initiatives qui se sont démarquées se trouvait le modèle Tubbe : il s’agit d’un nouveau modèle de gestion et d’organisation des maisons de repos et de soins issu de la commune de Tjörn, en Suède. Il fait la part belle aux résidents, puisque, dans ce modèle, ce n’est pas aux personnes âgées de s’adapter à l’organisation, mais bien à l’organisation de s’adapter aux résidents. C’est donc un modèle qui accorde une place prépondérante aux relations interpersonnelles. Cette méthode permet non seulement de créer pour les personnes âgées un environnement de vie agréable, dans lequel elles peuvent d’épanouir, mais aussi d’améliorer la satisfaction au travail des membres du personnel (Håkansson, 2016).

Grâce à cette récompense, une délégation – composée de politiciens, collaborateurs politiques, membre des directions de MR/MRS – s’est rendue sur l’île suédoise de Tjörn en 2015 pour une visite sur le terrain. Le fonctionnement du modèle observé sur place a généré un enthousiasme certain, et l’idée d’instaurer en Belgique le modèle Tubbe a commencé à faire son chemin...

Début 2017, six MR/MRS ont donc décidé de participer à un projet pilote visant à tester le modèle Tubbe au sein de leur établissement. Chacune d’elle a adopté une façon de faire et un rythme différent pour la mise en œuvre du modèle Tubbe en fonction de sa visite au centre suédois, du passage en Belgique de la direction et des collaborateurs de la MRS de Tjörn, et du mode d’emploi rédigé par Madame Lilian Bohlin (Bohlin, 2015). L’ensemble du processus a été supervisé par des coaches. Soulignons dès à présent qu’il n’existe pas de solution clé en main pour développer le modèle Tubbe. Il s’agit d’une vision qui, par le biais de petites et grandes interventions, s’intègre au fonctionnement de l’organisation. Les six établissements ont suivi ce processus, à leur rythme, et en fonction des caractéristiques qui sont les leurs.

Rappelons aussi que le modèle Tubbe n’est qu’une méthode parmi d’autres pour encourager la participation des résidents vivant en MR/MRS. Il existe en effet en Belgique, en Europe, et ailleurs dans le monde, différentes autres approches qui, chacune à sa manière et en fonction de son groupe cible, investissent dans des soins de qualité dispensés aux personnes âgées et font la part belle aux résidents. Parmi les exemples concrets, citons l’habitat normalisé à petite échelle pour les résidents atteints de démence, le modèle Montessori, la méthode Carpe Diem mise en place par Nicole Poirier et son équipe au Canada, et l’attention particulière accordée à « l’active ageing » dans les MR et MRS (Van Malderen et al., 2016). Le modèle Tubbe est ainsi une méthode parmi d’autres permettant d’offrir aux organisations un point de départ pour dispenser des soins de meilleure qualité aux personnes âgées, en leur assurant une place centrale dans le processus décisionnel.

Le présent rapport présente les résultats de l'évaluation liés à l'implémentation du projet au sein des différents sites pilotes belges. Le projet a été évalué à différents moments et de différentes manières au cours du processus qu'ont suivi les six organisations. L'objectif de cette enquête évaluative était non seulement de découvrir si le modèle Tubbe permettait de mettre en place des soins de meilleure qualité, adaptés aux besoins et volontés des personnes âgées vivant en MR/MRS, mais aussi d'identifier comment et pourquoi.

Ce rapport d'évaluation constitue un état des lieux rendant compte de la manière dont le modèle Tubbe a été implémenté au sein des différents sites pilotes après un an et demi de mise en place du projet. Il nous donne un aperçu des premières expériences intermédiaires des partenaires pilotes impliqués dans le processus déjà mis en place et toujours en cours. Ce faisant, nous sommes à même d'isoler les facteurs de réussite, les conditions et les possibles écueils liés à la mise en œuvre du modèle Tubbe dans les soins dispensés aux personnes âgées sur les sites belges de l'enquête. Au moyen d'une enquête comprenant deux phases, nous avons interrogé respectivement 276 et 185 seniors, ainsi que 198 et 156 membres du personnel. Par ailleurs, nous avons également organisé 29 entretiens individuels approfondis avec des personnes âgées et huit Focus Group avec l'encadrement et la direction, pour un total de 52 collaborateurs. Leurs expériences ont été profitables à d'autres organisations qui ont d'ores et déjà intégré le modèle Tubbe au sein de leur établissement.

Ce rapport se compose de plusieurs parties. Dans la partie qui suit, nous examinerons en détail le modèle Tubbe et nous le situerons par rapport au contexte belge. Le troisième volet se penchera sur notre méthodologie de recherche. Dans la quatrième partie, nous présenterons les résultats de notre évaluation. Et enfin, dans la partie 5, nous résumerons nos principales conclusions et nous proposerons quelques recommandations pratiques.

Partie 2

Qu'est-ce que le modèle Tubbe ?



Avant de nous intéresser plus en détail aux résultats de l'évaluation, il est utile de bien comprendre en quoi consiste exactement le modèle Tubbe.

2.1. Une vie qui a du sens = la participation

Le modèle Tubbe est un modèle de gestion et d'organisation qui a été appliqué avec succès dans une MRS située à Tjörn, une commune rurale de Suède occidentale. Le modèle mise sur un environnement agréable et attrayant, où les seniors peuvent profiter pleinement de la vie.

C'est un modèle qui s'inspire de la théorie de Thyra Frank, pédagogue danoise et ministre des Personnes âgées. Elle a revisité le concept d'habitation pour les seniors en s'inspirant de la devise « *As long as one is alive, one should live* ». Une MRS ne fonctionne que si « ... la personne est aussi unique au moment de son décès qu'au moment où elle est entrée dans l'établissement » (Thyra Frank).

En résumé, l'objectif du modèle Tubbe est de créer un environnement où chaque individu peut être soi-même, se sentir chez soi, et vivre en fonction de ses envies et de ce qui fait sens pour lui. Dans cette optique, le modèle encourage chaque résident à contribuer à la gestion de l'organisation. Ce ne sont donc pas les seniors qui doivent s'adapter à l'organisation, mais l'organisation qui s'adapte à eux, en concertation et autant que possible. C'est un véritable renversement du modèle organisationnel (voir Figure 1).

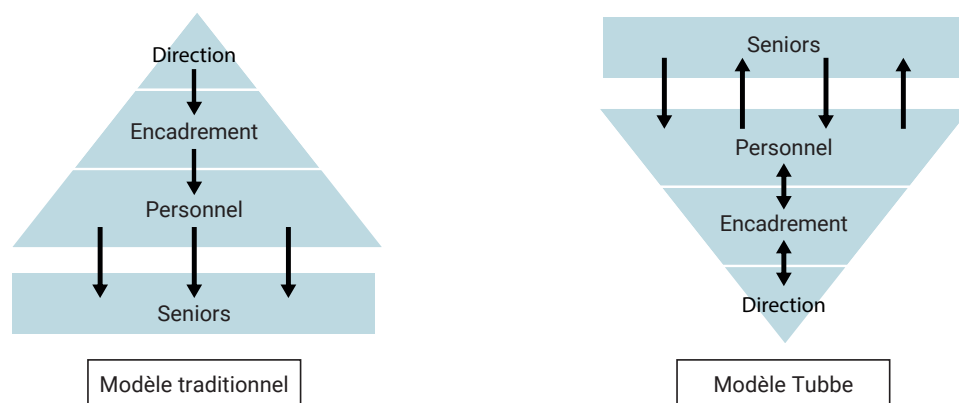


Figure 1 Modèle organisationnel traditionnel et modèle Tubbe

Le bien-être des personnes âgées dépend grandement du bien-être des membres de leur famille et des professionnels qui les accompagnent. C'est pourquoi ces derniers jouent également un rôle actif dans la gestion de l'organisation.

Le modèle Tubbe vise aussi à créer un espace agréable et motivant pour le personnel. Les résidents et les membres du personnel sont tous invités à tirer profit de leurs atouts pour donner davantage de sens à leur vie.

2.2. Adaptation du modèle Tubbe au contexte belge : les principes de base

Chaque résident est unique, c'est pourquoi chaque organisation l'est aussi. Il n'existe donc pas de programme bien établi pour mettre en œuvre le modèle Tubbe dans la pratique. Le « mode d'emploi » du modèle proposé par l'équipe suédoise forme toutefois un fil rouge qui présente différents éléments de la méthode utilisée.

Le modèle s'articule autour d'une conception des soins axée sur le relationnel. L'objectif est de modifier l'organisation afin de favoriser l'empowerment des seniors pour qu'ils aient un impact au quotidien sur leur environnement, et que leur rôle fasse sens pour eux. C'est aussi un modèle qui confère davantage de responsabilités au personnel.

Pour atteindre cet objectif, plusieurs conditions sont nécessaires (Bohlin, 2015) :

- Accorder de l'attention aux désirs et aux besoins des personnes âgées. C'est une démarche qui implique de favoriser la création de liens, entre les résidents eux-mêmes, et entre les résidents et le personnel, au moyen de l'écoute, du contact physique, de l'inclusion, et à travers une certaine disposition de savoir-être auprès d'autrui.
- Pouvoir compter sur et faire confiance à la sensibilité des membres du personnel qui partagent la vision véhiculée par le modèle Tubbe et qui acceptent les responsabilités qu'il implique. Ce modèle nécessite des compétences pour gérer une situation professionnelle parfois complexe, pour dépasser le simple cadre de sa fonction, pour accorder toujours plus d'importance aux personnes âgées et pour les considérer comme des individus à part entière.
- Mettre en place des activités sociales auxquelles peuvent participer les seniors.

Ces aspects se traduisent très concrètement en une organisation entreprenante, au sein de laquelle les collaborateurs et les seniors disposent d'une grande autonomie. Le modèle ne repose pas sur des départements, mais sur des **groupes de travail thématiques**, qui se penchent sur des sujets comme les activités, la sensibilisation du personnel, les achats et le budget. Dans chaque groupe de travail, au moins un membre participe à l'équipe de management, qui dirige l'organisation avec le groupe de direction. Plusieurs groupes de travail incluent aussi des personnes âgées (Bohlin, 2015).

L'autonomie du personnel et des seniors est grande, et ils ont leur mot à dire sur toutes les facettes de l'organisation. Les personnes âgées sont par exemple souvent impliquées dans le processus d'embauche des nouveaux membres du personnel.

Autre point concret : **l'importance des repas de qualité**. Tjörn possède sa propre cuisine et le menu est établi avec l'aide des résidents. Quand on fête un anniversaire, c'est le ou la jubilaire qui choisit le repas de son choix. Parfois, les seniors cuisinent eux-mêmes, ou partagent leurs recettes avec les cuisiniers.

Le rôle et le bien-être des membres du personnel font aussi l'objet de toutes les attentions. Le principe, c'est que l'autonomie et les responsabilités accordées au personnel génèrent une plus grande satisfaction et une meilleure compréhension du fonctionnement de l'organisation, ce qui améliore par conséquent le travail du personnel. Cette approche se traduit par plusieurs valeurs directrices dans la pratique :

- Dialogue ouvert
- Ambiance axée sur le développement
- Respect
- Sécurité et confiance sous-jacente entre les membres du personnel

Ce manuel a servi de fil rouge pour passer de la théorie à la pratique, de même que les visites des équipes suédoises en Belgique, et belges en Suède.

Soulignons que l'organisation des soins en MR/MRS belges et suédoises diffère sur quelques points, ce qui signifie que les projets pilotes sont confrontés au défi d'adapter la vision et les principes de base du modèle Tubbe aux réalités du contexte belge.

Autre information qu'il nous semble important de communiquer dès à présent : le séjour moyen en MR/MRS est plus long en Suède qu'en Belgique (Zorg & Gezondheid, 2018). Par ailleurs, le pourcentage de seniors atteints de démence dans les soins en MR/MRS en Belgique est élevé, ce qui conditionne évidemment la manière dont le modèle est susceptible de s'implémenter.

Ce sont des informations qu'il convient de garder à l'esprit pendant la partie de ce rapport consacrée à l'analyse des résultats. L'organisation des soins peut en effet avoir un impact majeur sur les possibilités d'instaurer le modèle Tubbe dans les soins aux personnes âgées au sein du contexte belge, ainsi que sur les formes que peut prendre cette implémentation. Rappelons-le, le modèle Tubbe est un processus sur mesure, pour les résidents comme pour l'organisation. Il implique un changement de paradigme qui place le résident au centre. La composition du groupe de résidents et la durée du séjour ont donc logiquement un impact sur ce processus.

Six projets pilotes

Début 2017, six sites pilotes – trois flamands, trois wallons – ont commencé à instaurer le modèle Tubbe dans leur établissement, chacun à sa manière. Les sites pilotes wallons ont choisi de collaborer avec un coach externe unique, qui a contribué à l'instauration du modèle Tubbe au sein des 3 établissements. Quant aux sites pilotes flamands, chacun a procédé à sa manière avec son propre coach.

Certains établissements ont décidé d'appliquer le modèle Tubbe à toute l'organisation, d'autres à quelques départements seulement. Il a été intégré selon différentes formules au sein des sites pilotes : MR/MRS, résidences-services, centres de jour, etc.

2. Qu'est-ce que le modèle Tubbe ?

Le Tableau 1 offre un aperçu des organisations et départements concernés, ainsi que du nombre de clients/seniors.

Tableau 1. Aperçu des partenaires impliqués dans le projet pilote

	Type organisation de soin et d'habitation	Quels départements ?
Résidence Régina, Moresnet	L'organisation appartient à INAGO, une intercommunale entre trois communes et leurs CPAS : La Calamine, Plombières et Aubel.	L'ensemble de l'établissement
Centre Sainte-Barbe, Seilles	Organisation privée sans but lucratif : l'établissement fait partie d'une association de 5 organisations, à l'initiative des Mutualités Chrétiennes de Namur.	L'ensemble de l'établissement
Reine des Prés, Marche-en-Famenne	Privé	L'ensemble de l'établissement
Open Kring, Ardoioie	ASBL	Le modèle Tubbe a été intégré aux services suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Centre de jour De Kim • Résidences-services Hof Ter Linden • Foyer De Loods
Floordam, Melsbroek	ASBL	L'ensemble de l'établissement
Sint-Jozef, Neerpelt	ASBL	Le modèle Tubbe a été intégré aux services suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Département 't Klooster • Accueil de jour De Buurt

Tableau 2. Nombre de seniors par département participant, Régina, 2017

	Rez-de-chaussée	1er étage	2e étage	3e étage	Résidences-services
Nombre total de seniors	23	23	23	24	Entre 13 et 26 personnes
Nombre de lits MRPA occupés	8	13	7	17	
Nombre de lits MRS occupés	15	10	16	7	
Autres					Entre 13 et 26 personnes

Tableau 3. Nombre de seniors par département participant, Sainte-Barbe, 2017

	Service Jaune/Rouge	Service Bleu/Orange	Service Vert/Fuschia
Nombre total de seniors	30	30	30
Nombre de lits MRPA occupés	5	4	4
Nombre de lits MRS occupés	25	26	26
Autres			

Tableau 4. Nombre de seniors par département participant, Reine des Prés, 2017

	Centre de soin et d'habitation	Résidences-services
Nombre total de seniors	49	8
Nombre de lits MRPA occupés	24	
Nombre de lits MRS occupés	25	
Autres		8

Tableau 5. Nombre de seniors par département participant, Open Kring, 2017

	CSJ De Kim	Résidences- services Hof Ter Linden	Foyer De Loods
Nombre total de seniors	67	20	20

Tableau 6. Nombre de seniors par département participant, Floordam, 2017

	Résidence 63-65	Résidence 67-69	Résidence 73-75	Résidence 77-79	Résidence 75B	CSJ
Nombre total de seniors	32	30	30	26	29	En moyenne 15
Nombre de lits MRPA occupés	8	8	2	12	19	/
Nombre de lits MRS occupés	24	22	28	14	10	/

Tableau 7. Nombre de seniors par département participant, Sint-Jozef, 2017

	't Klooster	De Buurt
Nombre total de seniors	20	25¹
Nombre de lits MRPA occupés	15	
Nombre de lits MRS occupés	5	
Autres		12 catégorie O/A par semaine
		13 F-forfait par semaine

De manière générale, il est frappant de constater que la plupart des organisations disposent d'un grand nombre de lits pour les profils de soins lourds (MRPA). Le degré de soins requis pour ces personnes est donc élevé et constitue une information importante à prendre en compte au moment où l'on s'intéressera aux résultats de l'enquête liée à l'évaluation du modèle.

—
1 Au quotidien, on compte 7 résidents F et 5 résidents O/A.

Partie 3

Méthodologie de recherche



3.1. Question de recherche

Notre évaluation, visant à déterminer si et surtout **de quelle manière** l'intégration du modèle Tubbe contribue à améliorer les soins aux personnes âgées en contexte belge, s'est donc concentrée sur 6 sites pilotes (MR/MRS).

Concrètement, le modèle Tubbe cible différents objectifs en fonction des intervenants impliqués :

- Pour les seniors/clients : un cadre agréable et attrayant où ils peuvent s'épanouir et profiter de la vie.
- Pour le personnel : un espace de travail motivant et convivial.
- Pour l'établissement : une approche efficace et efficiente des soins dispensés aux personnes âgées.

Ce sont ces trois objectifs qui forment le fil rouge de notre enquête.

Le modèle Tubbe implique une méthode de travail spécifique (voir plus haut) qui a pour but de contribuer aux objectifs exposés ci-dessus et d'inverser la pyramide traditionnelle (voir Figure 2).

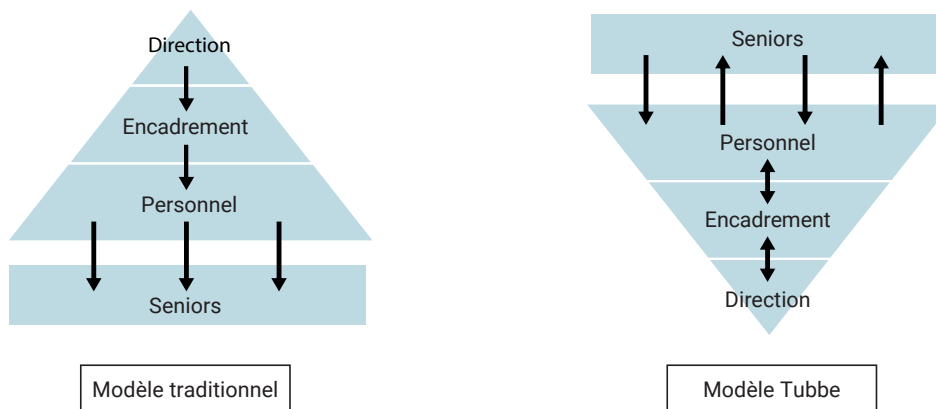


Figure 2 Modèle traditionnel et modèle Tubbe

Dans notre enquête évaluative nous examinons si cette méthode de travail contribue à la réalisation des objectifs formulés pour les groupes suivants, et si oui, comment et pourquoi :

1. Les personnes âgées
2. Le personnel
3. L'encadrement et la direction

À partir de ces questions, nous proposons une réponse à la question générale de recherche et déterminons les possibilités, limites et conditions préalables à l'intégration du modèle Tubbe dans les soins de santé aux personnes âgées en Belgique sur base de ces premiers projets pilotes.

3.2. Méthodologie

3.2.1. Enquête évaluative sur l'efficacité du modèle au sens large

Nous nous sommes délibérément intéressés à l'efficacité au sens large du modèle. La prémisse était que l'efficacité d'une intervention est liée au contexte dans lequel elle se déploie (Steens, 2015). Cette approche contextuelle se distingue de celles, plus strictes, qui sont généralement développées dans le domaine de la recherche biomédicale (« evidence based medicine ») (Machielse, 2015). Ces dernières supposent que l'efficacité d'une intervention est déterminée selon des normes et des indicateurs spécifiques fixés à l'avance. Elles ignorent, dans leur processus d'analyse, toute la complexité des interventions sociales (Hermans, 2014 ; Steyaert, van Biggelaar & Peels, 2010 ; Machielse, 2015). Ce type de méthode suppose qu'il existe une procédure standard qui, si elle est correctement appliquée, aboutit aux résultats souhaités. Mais elle ne tient pas compte du contexte social et des habitudes des professionnels (Steyaert, van Biggelaar & Peels, 2010). En effet, ces derniers ne se fondent pas uniquement sur les connaissances théoriques, mais aussi sur leur expérience empirique et leurs critères d'évaluation de la situation, qui dépend chaque fois du contexte (Machielse, 2015). Il en va de même pour la mise en place du modèle Tubbe : chaque organisation et les membres de son personnel s'y attelleront de manière différente, selon leur propre fonctionnement. Il n'existe donc pas de plan standard pour le modèle Tubbe, seulement quelques principes de base et une vision (la pyramide inversée) qui offre un cadre pour intégrer la méthode à la pratique.

Par ailleurs, cette approche stricte de l'efficacité telle qu'elle est généralement appliquée dans le domaine de la recherche biomédicale peut aboutir à qualifier d'inefficaces des initiatives qui génèrent pourtant une plus-value pour les intéressés. En adoptant une vision plus large de l'efficacité, nous évitons de perdre de vue cette valeur ajoutée manifeste. En effet, le type d'approche que nous avons mobilisé suppose que la connaissance pratique des professionnels concernés et l'expérience des personnes âgées constituent deux sources importantes pour apprécier l'efficacité d'une intervention. Selon la perspective que nous avons choisi d'adopter, les professionnels et les seniors sont tous considérés comme des spécialistes pour évaluer la pertinence de l'intervention (Machielse, 2015).

En partant de cette vision élargie de l'efficacité, nous voulons non seulement déterminer si l'intervention apporte une valeur ajoutée, mais aussi comment et pourquoi. Le but est d'identifier les éléments réalisables : quels sont les ajustements nécessaires pour arriver à des résultats précis (cf. Theory of Action), mais aussi, quels sont les mécanismes sous-jacents qui expliquent pourquoi certaines opérations aboutissent à des résultats déterminés (cf. Theory of Change) (Chen, 2005).

3.2.2. Méthode de collecte des données

Pour répondre à la question générale de recherche, nous avons opté pour une approche « mixed methods », ce qui veut dire que nous avons combiné plusieurs méthodes de collecte de données (quantitative et qualitative).

Cette association présente deux avantages : 1) nous sommes en mesure de déterminer si les données collectées auprès de sources différentes aboutissent au même résultat et 2) la

divergence des points de vue est plus claire, ce qui permet d'obtenir une vision plus vaste (Steens, 2015).

La collecte des données a été réalisée à différents moments. La première collecte a eu lieu au début de la mise en place du projet pilote (de juin à septembre 2017), et la seconde un an plus tard (juin à septembre 2018).

Le tableau 8 donne un aperçu des méthodes de collecte de données utilisées.

Tableau 8. Aperçu des méthodes de collecte de données utilisées

	Phase 1 Été 2017		Phase 2 Été 2018	
		N		N
Personnes âgées/seniors	Enquête	276	Enquête	185
			Entretiens en profondeur	29 (4 ou 5 par organisation)
Personnel	Enquête	198	Enquête	156
			Focus Group	6 (1 par organisation)
Management/organisation	Enquête sur l'organisation	6 (1 par organisation)	Enquête	6 (1 par organisation)
	Enquête sur les objectifs du projet	6 (1 par organisation)	Focus Group	2 (1 par région : Flandre & Wallonie)

Tableau 9. Nombre de personnes interviewées enquête qualitative phase 2 par site pilote

	Interview	Focus Group	Focus Group
	Personnes âgées/ clients	Professionnels	Encadrement & direction
Floordam	6	6	2
Open Kring	5	5	1
Sint-Jozef	4	8	2
Régina	5	7	3
Reine des Prés	5	6	3
Sainte-Barbe	5	7	4

Nous avons récolté des informations de manière différente en fonction des groupes cibles.

Personnes âgées

Les seniors des divers départements concernés ont participé, au cours de l'été 2017, à la première phase de l'enquête de satisfaction et ce dans différents domaines. L'élaboration du questionnaire destiné aux personnes âgées s'est appuyée sur le modèle utilisé par l'équipe suédoise. Il est disponible en annexe 1.

La seconde phase de l'enquête s'est déroulée un an plus tard. La population cible amenée à vivre en maison de repos et de soins ayant notamment pour caractéristique de présenter un taux de rotation élevé, nous avons opté pour deux mesures dites « cross-sectionnelles » (c'est-à-dire pour une analyse croisée) plutôt que pour une collecte de données longitudinale. Une partie des seniors a donc été interrogée deux fois.

Tableau 10. Aperçu des caractéristiques de base des personnes âgées interrogées par organisation, phase 1

Organisation	Sexe		Âge moyen	Total
	Homme	Femme		
Sint-Jozef	10	39	85	49
Floordam	9	24	84	33
Open Kring	20	59	78	79
Reine de Prés	6	13	87	19
Saint-Barbe	5	18	87	23
Régina	22	47	83	69
	72	200		272

Tableau 11. Aperçu des caractéristiques de base des personnes âgées interrogées par organisation, phase 2

Organisation	Sexe		Âge moyen	Total
	Homme	Femme		
Sint-Jozef	7	22	85	29
Floordam	14	26	85	40
Open Kring	18	50	80	68
Reine de Prés	2	10	82	12
Saint-Barbe	5	15	88	20
Régina	4	12	79	16
	50	135		185

Il est important de souligner que, pour certaines organisations, le taux de réponse au second questionnaire était largement plus faible que pour le premier. Il convient par ailleurs de garder à l'esprit que seuls les seniors jugés par le personnel cognitivement

aptes à remplir un questionnaire y ont répondu. En dépit du fait que des instructions précises ont été communiquées au personnel, la présence et/ou l'assistance d'un membre du personnel, d'un stagiaire ou d'un bénévole a pu avoir un impact sur les réponses. Les résultats des questionnaires soumis aux personnes âgées doivent donc être traités avec prudence.

Par ailleurs, au cours de la seconde phase, nous avons également interrogé en entretien individuel semi-directif 29 personnes âgées (voir annexe 4).

Personnel

Lors de la première phase de l'enquête, tous les membres du personnel ont été invités à répondre au questionnaire structuré, en version papier ou en ligne (via qualtrics) (voir annexe 2).

Un an plus tard, lors de la seconde phase de l'enquête, les membres du personnel des départements concernés ont à nouveau répondu au même questionnaire. Grâce à un code unique, nous avons pu croiser les questionnaires d'une partie des membres du personnel (c'est-à-dire rattacher les données de la première phase de l'enquête à celles de la seconde) (N=56). Les autres questionnaires n'ont en revanche pas pu l'être, parce qu'ils n'ont été complétés qu'à une seule reprise (soit lors de la phase 1, soit lors de la phase 2), par exemple en raison du fait que certains membres du personnel sont entrés en fonction alors que le projet avait déjà débuté sur le site. Par ailleurs, certains questionnaires n'ont été que partiellement complétés, ce qui n'a pas toujours permis d'établir les liens de correspondance. Dans les analyses, nous avons passé en revue l'ensemble des données recueillies auprès des membres du personnel interrogés, et nous avons ensuite établi une comparaison entre les données recueillies durant la première et durant la seconde phase de l'enquête, et analysé les données une fois ces dernières appariées. Le sens émanant des données récoltées est bien entendu limité, notamment en raison du fait que ces dernières ne se sont pas toujours inscrites dans un lien de continuité, certains enquêtés n'ayant pas participé aux deux phases de l'enquête. D'autre part, comme il s'agit d'un échantillon relativement restreint, nous avons effectué une comparaison globale dans le temps (après un an de projet pilote). Nous pouvons par ailleurs aussi vérifier les éventuelles variations qui existent entre les différentes organisations. Chaque établissement progresse en effet à son rythme et à sa manière dans l'intégration du modèle Tubbe. Les données appariées nous ont ensuite permis d'analyser les différences dans le temps du groupe de 56 répondants, pour chaque individu.

Tableau 12. Répartition par genre pour chaque phase de l'enquête

	Hommes	Femmes	N
Phase 1	5,7%	94,3%	193
Phase 2	6,7%	93,3%	150

Pour chaque phase de l'enquête, l'âge moyen des membres du personnel était de 40 ans.

Tableau 13. Répartition de la période d'activité au sein de l'organisation au moment des différentes phases de l'enquête

	Moins de 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 an et 5 ans	Plus de 5 ans	N
Phase 1	7,7%	6,7%	29,7%	55,9%	195
Phase 2	5,1%	5,1%	34,0%	55,8%	156

Tableau 14. Répartition des fonctions au moment des différentes phases de l'enquête

	Infirmier/infirmière	Soignant(e)	Animation	Autre	N
Phase 1	19,8%	47,7%	3,0%	29,4%	197
Phase 2	21,8%	38,5%	4,5%	35,3%	156

Tableau 15. Répartition des diplômes au moment des différentes phases de l'enquête

	Phase 1	Phase 2
Certification d'études primaires	2,1	1,4
Secondaire inférieur	6,4	2,7
Diplôme secondaire	26,7	38,5
A2 / Études supérieures	35,3	24,3
A1 / graduat / bachelier	15,0	20,9
Licence / Master	11,8	10,1
Doctorat	2,7	2,0
N	187	148

Et enfin, nous avons également analysé le régime de travail. Lors de la première phase de l'enquête, il s'élevait à 75%, et lors de la seconde phase, à 80%. Le minimum était de 20 % et le maximum de 100 %.

Lorsqu'elles étaient pertinentes, ces caractéristiques de base ont été reprises dans les analyses.

En outre, au cours de la seconde phase de l'enquête, un Focus Group rassemblant les membres du personnel concernés a été mis sur pied dans le but d'évaluer l'expérience du projet pilote de Tubbe (voir liste de sujets en annexe 3). Au total, nous avons organisé 6 Focus Groups.

Management / organisation

Pour évaluer aussi complètement que possible la manière dont le modèle a été implémenté au sein des établissements impliqués, toutes les organisations ont dû renseigner un questionnaire portant sur le nombre de personnes âgées, le profil de soin des seniors et leurs besoins en termes de soins, le nombre de membres du personnel, etc. Le questionnaire s'est également concentré sur certains indicateurs au niveau organisationnel, tels que le roulement du personnel, l'usage de médicaments, etc.

Pour la sélection des indicateurs, nous nous sommes appuyés sur les normes de qualité des soins qui sont d'application en Flandre et en Wallonie pour les MR/MRS. Notre objectif était d'inclure un maximum d'indicateurs comparables pour la Flandre et la Wallonie, étant donné que les soins aux personnes âgées sont une compétence régionale. Toutes les informations n'ont pas été collectées de la même manière. En ce qui concerne la qualité des soins au niveau organisationnel, nous avons recueilli des informations sur l'utilisation des médicaments, la contention et les chutes. Au niveau du personnel, nous avons mesuré le nombre de collaborateurs au sein d'un département, la rotation du personnel et l'absentéisme. Dans l'élaboration du questionnaire, notre but était d'obtenir, grâce à cette sélection d'indicateurs, des éléments d'information sur la qualité au niveau organisationnel. Notre but était de donner une image indicative de la qualité des soins au niveau organisationnel par le biais de cette sélection d'indicateurs, en plus du questionnaire. Il convient de garder à l'esprit certains éléments : l'enquête s'est uniquement déroulée sur 6 sites pilotes, ce qui reste un chiffre insuffisant pour obtenir des résultats statistiquement fiables. Ces derniers ne sont proposés qu'à titre indicatif. Par ailleurs, le produit de notre démarche d'enquête s'est traduit par un « instantané » des différents projets pilotes tels qu'ils se trouvaient après un an et demi d'expérimentation du modèle Tubbe. Au regard des changements organisationnels qu'une telle entreprise suppose, c'est un délai très court. A titre de comparaison, l'enquête qui s'est déroulée en Suède en vue d'évaluer la pertinence du modèle a pour sa part duré près de 5 ans (Håkansson, 2016). C'est pourquoi cette enquête évaluative insiste principalement sur le volet qualitatif, les données quantitatives considérées étant celles qui ont été confirmées par les questionnaires. Il est néanmoins intéressant de se pencher sur ces indicateurs, surtout à long terme. Les enquêtes qualitatives des autorités régionales pourraient, à long terme, fournir de nouvelles informations sur l'impact au niveau organisationnel après plusieurs années d'expérimentation du modèle.

Nous avons également accordé une attention particulière aux objectifs établis par chaque organisation au début du projet pilote. Après un an, nous avons donc pu revenir sur ces informations et remettre en perspective les résultats des Focus Groups et des entretiens approfondis. Les mêmes questionnaires ont également été distribués au cours de la phase 2, la consigne étant de mettre à jour les données et de souligner les changements éventuels observés.

Par ailleurs, nous avons organisé deux Focus Groups rassemblant la direction et les membres du personnel des six projets pilotes flamands et wallons.

3.2.3. Méthode d'analyse

Tout au long de notre travail d'analyse, nous avons scrupuleusement utilisé les méthodes de référence. Les données ont été introduites, nettoyées et analysées sous SPSS (logiciel d'analyse statistique de référence). Nous avons aussi fait appel à quelques tests statistiques sur mesure en fonction des variables et des données récoltées (test Chi², Anova, régression logistique multinominale, paired t-test, Wilcoxon Signed Rank Test).

Toutes les données qualitatives ont été retranscrites et synthétisées. La méthodologie d'ensemble que nous avons adoptée pour notre travail d'enquête et d'analyse renvoie à la méthode dite de la « Grounded Theory », et l'ensemble des données récoltées ont été traitées dans Nvivo (logiciel d'analyse qualitative de données). Dans un premier temps, toutes les données ont été codées ouvertement. Dans un second temps, nous avons employé le codage axial pour finalement cartographier les relations et les mécanismes (codage sélectif) (Mortelmans, 2013).

Partie 4

Les résultats après un an et demi de « Tubbe »



Les différents sites pilotes ont avancé à leur rythme et à leur manière dans l'intégration du modèle Tubbe. Pour évaluer l'impact de ce processus, nous avons commencé par examiner l'effet de la mise en place du modèle sur le bien-être général des personnes âgées, et de quelle manière il contribue à créer un lieu attrayant et agréable où les seniors ont la possibilité de pouvoir s'épanouir. Nous nous sommes par après penchés sur l'implication et la participation des personnes âgées, mais également sur celles du personnel, de l'encadrement et de la direction, ainsi que sur la mise en place des soins axés sur le relationnel. Ensuite nous avons évalué l'impact de l'implémentation du modèle sur le personnel. Enfin, nous avons brièvement examiné quels étaient les rêves des membres du personnel et de la direction par rapport aux perspectives qu'ouvre le modèle Tubbe.

4.1. Une satisfaction accrue

L'objectif général du modèle Tubbe est de créer un lieu agréable et attrayant pour les personnes âgées, afin qu'elles puissent s'épanouir. Pour en évaluer l'efficacité, nous avons interrogé les seniors des différents sites pilotes à travers un questionnaire de satisfaction. Nous avons réalisé la même démarche auprès des membres du personnel afin de pouvoir établir des comparaisons. Cette démarche a été reproduite à deux reprises, en vue d'observer les variations dans le temps.

4.1.1. Un lieu agréable et attrayant où les seniors peuvent s'épanouir (?)

Satisfaction générale

Nous avons évalué la satisfaction générale des personnes âgées dans le premier comme dans le deuxième questionnaire. Pour ce faire, nous avons utilisé une échelle simple allant de 1 à 5 (1 = très insatisfait, 5 = très satisfait).

De manière globale, la satisfaction était élevée au moment des deux enquêtes.

Toutefois, en comparant les réponses entre le premier et le second questionnaire, on a constaté une nette augmentation avec le temps. Quelque 48 % des seniors ont attribué un score de 5 dans le premier questionnaire, alors que ce chiffre monte à 60 % pour le second questionnaire.

Tableau 16. Satisfaction générale en % (Chi² = 14,43, df=4, p<0,01)

	Phase 1	Phase 2
1 (très insatisfait)	0	0,5
2	1,4	0,5
3	11,6	15,1
4	39,1	23,8
5 (très satisfait)	47,8	60,0
N	276	185

Lorsque nous passons en revue la dimension organisationnelle et la durée du séjour dans une analyse multivariée (ce type d'analyse se fonde sur le principe de la statistique

multivariée, qui implique l'observation et l'analyse de plusieurs variables de résultats statistiques à la fois), nous remarquons également que **la satisfaction est plus élevée lors de la seconde phase de l'enquête**. L'augmentation de la satisfaction est donc générique. En se focalisant sur le niveau organisationnel, il est frappant de constater sur l'un des sites une modification positive importante.

Dans le questionnaire, nous avons aussi demandé aux seniors s'ils **choisiraient à nouveau** cette organisation ou non. À cette question, 93 % ont répondu par l'affirmative lors de la première phase de l'enquête et 95 % lors de la seconde. La différence entre les deux mesures n'est donc pas significative.

Ce qui est également frappant, c'est que la satisfaction est élevée au sein des organisations, tant au début des projets qu'un an plus tard. C'est une information importante qu'il s'agit de garder à l'esprit dans la lecture des résultats liés à l'impact du projet sur les personnes âgées. Les établissements qui ont accepté de participer au projet étaient probablement des lieux possédant déjà une certaine prédisposition à l'accueil d'un modèle tel que celui de Tubbe. Cette volonté d'améliorer la qualité de vie des résidents et des professionnels qui les accompagnent est une caractéristique qui est partagée par les différents établissements participant au projet. Il est donc en quelque sorte logique que le taux de satisfaction des différentes personnes interrogées soit élevé dès le début de l'enquête, puisque les établissements n'ont pas attendu de découvrir le modèle Tubbe pour s'intéresser activement au bien-être des uns et des autres.

Des repas aux activités : la satisfaction des seniors

Nous avons observé des taux de satisfaction variés en fonction des secteurs à propos desquels les personnes âgées ont été interrogées. Ainsi, la satisfaction est généralement moins prononcée lorsqu'il s'agit des repas qui figurent au menu, ou lorsque la question porte sur la convivialité de la salle à manger.

Tableau 17. Comparaison des déclarations de satisfaction des personnes âgées avec des facteurs propres à l'organisation au moment des différentes phases de l'enquête

		Très insatisfait <-> Très satisfait				
		1	2	3	4	5
Les repas qui figurent au menu	Phase 1	1,9%	4,5%	17,6%	35,6%	40,4%
	Phase 2	1,8%	2,9%	24,1%	20,0%	51,2%
La convivialité de la salle à manger	Phase 1	0,4%	3,2%	16,1%	48,2%	32,1%
	Phase 2	1,2%	3,0%	13,0%	39,6%	43,2%
La décoration des espaces communs	Phase 1	1,1%	1,5%	15,5%	49,4%	32,5%
	Phase 2	0,6%	2,3%	14,0%	32,6%	50,6%
Les activités prévues au programme	Phase 1	0%	2,7%	17,2%	42,9%	37,2%
	Phase 2	2,4%	2,4%	13,7%	29,8%	51,8%
La manière dont le personnel vous traite	Phase 1	0,4%	2,2%	8,3%	32,6%	56,5%
	Phase 2		1,1%	7,4%	22,3%	69,1%
Le moment auquel vous recevez de l'aide du personnel (ex. pour vous laver, vous habiller..)	Phase 1	0,4%	2,3%	6,3%	38,3%	52,7%
	Phase 2	0,7%	0,7%	7,6%	25,0%	66,0%

Si l'on effectue une comparaison dans le temps, on constate **une tendance positive vers davantage de satisfaction** pour la plupart des points dans tous les établissements. Par ailleurs, notons que seuls les points concernant « La décoration des espaces communs » et « La manière dont le personnel vous traite » ont enregistré une différence significative entre la phase I et la phase II de l'enquête.

Dans une analyse multivariée, nous avons aussi contrôlé l'organisation et la durée du séjour. De manière générale, nous avons constaté que, pour tous les points de la deuxième phase de l'enquête, un nombre significativement plus élevé de seniors ont indiqué le niveau 5 plutôt que le niveau 4. Nous sommes donc face à une **hausse de la satisfaction dans ces sous-domaines**, qui se marque au fil du temps sur tous les sites pilotes, indépendamment de leurs spécificités.

Lors de la seconde phase de l'enquête, lorsque l'on demande aux personnes âgées si elles ont remarqué un changement, il est frappant de constater que très peu répondent oui, tant dans le questionnaire que pendant les entretiens approfondis. Et quand c'est le cas, il s'agit souvent de modifications très concrètes, comme « la nourriture est meilleure », « il y a une nouvelle table », etc. Les personnes âgées disent souvent que tout va bien en l'état. Elles ne ressentent pas le besoin de changement et n'envisagent pas la dynamique de l'établissement sous cet angle.

Notre hypothèse pour expliquer ce phénomène est multiple : pour la plupart, les résidents rencontrés vivent dans l'instant présent, au jour le jour, « à la petite semaine », et

n'élaborent pas de vision critique à moyen-long terme sur les changements organisationnels opérés. Cela ne les intéresse que peu. Il ne s'agit pas spécialement d'une affaire liée à un manque de capacité de leur part, c'est simplement qu'une telle perspective ne semble pas faire sens pour eux au regard de ce qui constitue leur quotidien.

Une seconde source d'explication réside dans le fait que le changement est généralement appréhendé et vécu de manière négative par une majorité des résidents. La stabilité est ressentie comme une qualité à valoriser au sein de l'établissement. Le fait que des évolutions ont pu avoir lieu sans pour autant bouleverser le quotidien et les habitudes de chacun doit être interprété comme une réussite d'intégration du modèle.

Enfin, le phénomène observé peut également s'expliquer par le fait que la génération actuelle de personnes âgées vivant en MR/MRS n'a pas l'habitude de s'impliquer et de faire entendre sa voix. L'autonomie est aujourd'hui largement valorisée dans notre société (cela s'est notamment traduit par une série de lois dans le secteur de la santé : voir notamment la loi de 2002 relative aux droits des patients), mais il n'est pas du tout certain que chacun ait envie de s'en saisir. Il existe fort probablement, dans l'esprit d'une partie de cette génération, une résistance à l'« injonction » d'autonomie (Ménoret, 2015) véhiculée au sein de notre société actuelle, qui se traduit par la volonté de ne pas décider, de faire confiance au personnel et au corps médical qui « sait » ce qui est bon ou non pour eux. Ce « droit de ne pas choisir » est l'un des éléments qui est ressorti de manière significative des Focus Groups et des entretiens.

Une vie épanouie

Outre la satisfaction générale du personnel, nous avons par ailleurs évalué le contact des personnes âgées avec autrui, et dans quelle mesure elles se sentent utiles. C'est précisément l'un des buts du modèle Tubbe : renforcer les relations interpersonnelles et confier un rôle empreint de sens aux seniors.

Miser sur le sentiment d'être « comme à la maison » dans un lieu où les personnes âgées peuvent s'épanouir pleinement est clairement l'objectif des professionnels qui croient dans le modèle Tubbe, comme cela nous a été exprimé lors des Focus Groups sur les différents sites.

« Nous travaillons chez eux avec toutes les conséquences que cela implique, c'est un point important. Ce n'est pas les soins qu'il faut mettre en avant, mais la vie. » (Focus Group, Direction et personnel)

« Nous essayons de permettre aux seniors de vivre leur vie comme à la maison, qu'ils n'aient pas à s'adapter au rythme de l'établissement, mais que nous (le personnel) nous adaptions à leur rythme dans la mesure du possible. » (Focus Group personnel)

Le tableau 18 porte sur la dimension relationnelle et sur le sentiment d'utilité. Pour les deux indicateurs, on constate une différence significative entre la première phase de l'enquête et la seconde. Dans le deuxième questionnaire, un nombre significativement

plus grand de personnes âgées sont d'accord avec le fait qu'elles ont beaucoup de contacts avec les autres. En outre, près de 40 % affirment être entièrement d'accord avec l'affirmation « Je me sens utile », alors que la proportion n'était que de 20 % dans le premier questionnaire.

Inversement, il ne faut certainement pas perdre de vue qu'une grande partie entretient peu de contacts avec les autres et ne se sent pas utile. On observe toutefois une réelle tendance positive au fil du temps.

Tableau 18. Comparaison des déclarations liées à la dimension relationnelle des personnes âgées dans l'organisation au moment des différentes phases de l'enquête.

		Pas du tout d'accord ↔ Entièrement d'accord				
		1	2	3	4	5
J'ai beaucoup de contacts avec les personnes qui viennent ici	Phase 1	5,5%	10,3%	25,5%	35,1%	23,6%
	Phase 2	3,5%	13,9%	20,8%	24,3%	37,6%
Je me sens utile	Phase 1	14,8%	15,1%	21,4%	28,8%	19,9%
	Phase 2	8,8%	8,2%	16,5%	27,1%	39,4%

Cette tendance se retrouve aussi dans les Focus Groups. Dans quatre des six sites pilotes, le personnel mentionne que les personnes âgées quittent plus souvent leur chambre et occupent plus régulièrement les espaces communs.

« Dans les services où le modèle suédois est bien implanté et souvent grâce à la motivation du cadre, nous avons l'impression que les seniors sortent plus souvent de leur chambre, qu'ils investissent les espaces communs, qu'ils font plus facilement les choses de leur propre initiative. Des petits salons ont été installés un peu partout à la demande des personnes âgées et ils sont le cadre de nombreuses discussions. » (Focus Group personnel)

Que retenir ?

- ✓ La satisfaction moyenne des résidents est nettement plus élevée après un an et demi d'implémentation du modèle Tubbe.
- ✓ Les personnes âgées elles-mêmes ne constatent que peu de changements. Elles expriment le fait que pour elles, les choses sont bien comme elles sont. La stabilité est ressentie comme une qualité à valoriser au sein de l'établissement. Les différents changements opérés doivent ainsi s'inscrire dans une dynamique de continuité, et non de rupture. Les établissements qui accueillent les personnes âgées sont d'abord des lieux de vie dans lesquels les intéressés sont accompagnés.
- ✓ Un nombre significativement plus élevé de seniors indiquent qu'ils ont des contacts avec d'autres personnes et se sentent plus utiles un an et demi après le début du projet.

4.1.2. Bien-être général des personnes âgées : la perspective du personnel

Nous avons aussi interrogé le personnel pour connaître leur ressenti au sujet de la qualité des soins et savoir s'ils avaient l'impression que ces derniers s'étaient améliorés depuis le début du projet.

En règle générale, il apparaît que les professionnels considèrent **la qualité des soins de leur département comme bonne à très bonne (85 %)**. Le pourcentage est très similaire dans le deuxième questionnaire (87 %). Par ailleurs, nous n'observons aucun changement significatif lorsque nous nous concentrons sur les données appariées (N=53, n.s.).

Tableau 19. « Comment décririez-vous la qualité des soins de votre département ? » (Chi²=1,061, df=4, p=0,9)

	Très faible	Faible	Neutre	Bonne	Très bonne	N
Phase 1	0,5%	1,0%	13,5%	66,8%	18,1%	193
Phase 2	0,0%	1,3%	11,9%	67,5%	19,2%	151

En revanche, lorsque l'on examine le ressenti du personnel au sujet de l'amélioration/la détérioration des soins depuis le début du projet, on constate une nette augmentation. **Pas moins de 53 % affirment que les soins au sein de leur département se sont (considérablement) améliorés.** Cette corrélation subsiste lorsque nous contrôlons l'organisation et les autres caractéristiques contextuelles. Dans les données appariées, la tendance est similaire (N=47, p<0,01).

Une partie considérable du personnel perçoit donc une amélioration de la qualité des soins grâce à la participation de son organisation au projet pilote. Il ne faut pourtant pas perdre de vue que 46 % n'ont remarqué ni amélioration ni détérioration. Pour ce groupe, la participation au projet pilote ne signifie pas nécessairement une valeur ajoutée en termes de qualité des soins. Enfin, notons que le nombre de membres du personnel qui indiquent une détérioration est très faible.

Tableau 20. « La qualité des soins du département a changé depuis que votre organisation participe au projet de la Fondation Roi Baudouin ? (Chi²=27,639, df=4, p<0,01)

	Grande amélioration	Amélioration	Aucune amélioration ou détérioration	Détérioration	Grande détérioration	N
Phase 1	1,2%	24,0%	74,3%	0,6%	0,0%	171
Phase 2	4,6%	47,7%	46,4%	0,7%	0,7%	151

Du point de vue global de l'organisation au sein des différents sites, plusieurs indicateurs nous aident à nous faire une idée de la qualité des soins. Rappelons toutefois qu'il s'agit seulement de six établissements, qui ont par ailleurs intégré le modèle Tubbe à des rythmes différents et de façon à chaque fois particulière. D'autres facteurs peuvent aussi avoir un impact sur ces chiffres, les divers tableaux doivent donc être analysés avec la prudence nécessaire. Ils ne représentent qu'une indication.

Le premier indice est l'usage des médicaments au sein de l'organisation. Au début du projet pilote et un an plus tard, nous avons demandé aux établissements quel était le nombre de personnes âgées qui prenaient entre 5 et 9 médicaments prescrits par jour, et celles qui en prenaient 10 ou plus par jour.

Tableau 21. Médication avec un effet systémique et usage chronique pour une journée de référence²

		Phase 1	Phase 2
	Description	%	
Site pilote 1	Nombre de personnes âgées prenant 5 à 9 médicaments différents prescrits par un médecin.	56%	43%
	Nombre de personnes âgées prenant 10 (ou plus) médicaments différents prescrits par un médecin.	35%	39%
Site pilote 2	Nombre de personnes âgées prenant 5 à 9 médicaments différents prescrits par un médecin.	N/A	N/A
	Nombre de personnes âgées prenant 10 (ou plus) médicaments différents prescrits par un médecin.	N/A	N/A
Site pilote 3	Nombre de personnes âgées prenant 5 à 9 médicaments différents prescrits par un médecin.	45%	44%
	Nombre de personnes âgées prenant 10 (ou plus) médicaments différents prescrits par un médecin.	39%	36%
Site pilote 4	Nombre de personnes âgées prenant 5 à 9 médicaments différents prescrits par un médecin.	10%	56%
	Nombre de personnes âgées prenant 10 (ou plus) médicaments différents prescrits par un médecin.	85%	30%
Site pilote 5	Nombre de personnes âgées prenant 5 à 9 médicaments différents prescrits par un médecin.	51%	51%
	Nombre de personnes âgées prenant 10 (ou plus) médicaments différents prescrits par un médecin.	22%	28%
Site pilote 6	Nombre de personnes âgées prenant 5 à 9 médicaments différents prescrits par un médecin.	68%	69%
	Nombre de personnes âgées prenant 10 (ou plus) médicaments différents prescrits par un médecin.	32%	35%

Quand on compare les chiffres des six sites pilotes, la différence est minime entre les deux phases. L'un des établissements se distingue toutefois nettement des autres, le projet pilote 4, puisque le nombre de seniors prenant 10 médicaments ou plus est passé de 85 % à 30 %.

Le Tableau 22 porte sur le nombre de chutes qui ont lieu sur base annuelle. Là encore, on observe peu de différences, si ce n'est une augmentation au sein du site pilote 1. Un des

² Il s'agit uniquement des résidents du centre de soins résidentiels. Les chiffres ne sont pas disponibles pour les clients des centres de soins de jour, des résidences-services...

établissements a fourni des informations différentes par rapport aux chutes : le nombre de personnes âgées étant tombées 1 fois ou plus au moment de la première enquête était de 11 % et de 9,8 % au moment de la seconde. Pour le dernier projet pilote, aucune donnée n'était disponible parce qu'il n'incluait que les résidences-services, l'accueil de jour et le foyer.

Tableau 22. Comparaison entre le nombre de chutes sur base annuelle

	Phase 1	Phase 2
Site pilote 1	116	164
Site pilote 2	160	144
Site pilote 3	178	170
Site pilote 4	137	131

En ce qui concerne les médicaments et le nombre de chutes, le modèle Tubbe n'a pas engendré d'évolution particulière. Nous soulignons à nouveau que de nombreux autres facteurs peuvent avoir influencé les résultats. Par ailleurs, la durée - un an et demi - est relativement courte pour observer un impact au niveau organisationnel pour ces indicateurs. Le modèle Tubbe est un processus qui implique un changement de paradigme progressif au sein de l'établissement. Rappelons, à titre de comparaison, que l'enquête évaluative du modèle en Suède a duré 5 ans (Håkansson, 2016).

Le tableau ci-dessous met en comparaison le nombre quotidien d'utilisations de la sonnette/alarme pour le mois de novembre (2018) au sein d'un établissement. Pour cette organisation, nous pouvons établir une comparaison avec un établissement similaire appartenant au même groupe et accompagnant un nombre de personnes âgées quasi équivalent. Bien qu'il ne s'agisse que d'une seule organisation, les chiffres révèlent une différence importante. Le nombre d'alarmes par jour est nettement plus haut dans le projet pilote où le modèle Tubbe n'a pas été instauré que dans celui où il a été instauré. Là où, en matière de consommation médicamenteuse et de chutes, nous ne remarquons que peu de différences, en ce qui concerne l'usage de la sonnette/alarme, l'écart est important entre l'établissement ayant intégré le modèle Tubbe et l'autre.

Tableau 23. Nombres d'alarmes : un projet pilote comparé à « Care as usual »

	Care as usual	Site pilote		Care as usual	Site pilote
1/nov	294	92	8/nov	292	83
2/nov	289	96	9/nov	289	93
3/nov	337	93	10/nov	380	81
4/nov	477	74	11/nov	361	96
5/nov	280	99	12/nov	222	104
6/nov	241	90	13/nov	414	86
7/nov	279	77	14/nov	272	83

4.1.3. Résumé : un lieu agréable et attrayant où les seniors peuvent s'épanouir

En résumé, nous pouvons affirmer que la satisfaction générale des personnes âgées au sein des organisations est élevée, bien que du point de vue même des seniors, il n'y a que peu ou pas de changement observé. En outre, au fil du temps, une tendance positive se dessine, bien que les seniors ne perçoivent que peu ou pas d'évolution. Le personnel, en revanche, constate un net changement positif. Un peu plus de la moitié des membres du personnel interrogés ont indiqué, lors de la deuxième phase de l'enquête, qu'ils considéraient que la qualité des soins s'était (grandement) améliorée.

De plus, le fait que les personnes âgées ont davantage de contacts avec les autres (résidents et professionnels) et se sentent plus utiles qu'auparavant est le signe d'une évolution résolument positive. Toutefois, une minorité non négligeable n'a toujours que peu de contacts avec les autres et ne se sent pas utile.

Que retenir ?

- ✓ 53 % des membres du personnel indiquent que la qualité des soins au sein de leur département s'est (grandement) améliorée depuis le début de la mise en place du projet.
- ✓ Pratiquement aucun des membres du personnel interrogé ne fait état d'une détérioration de la prise en charge.
- ✓ Il n'y a que peu de changements observables dans les indicateurs au niveau de l'organisation. Un des établissements enregistre toutefois une baisse de l'usage des sonnettes/alarmes.

4.2. Investissement & participation

Le modèle suédois de Tubbe mise clairement sur l'investissement et la participation des personnes âgées. Dans ce paragraphe, nous nous intéresserons à l'impact du projet pilote sur l'investissement et la participation des seniors, et ce à travers leur point de vue et celui du personnel. Nous examinerons aussi dans quelle mesure les établissements pilotes ont investi dans ce critère et comment s'est déroulé le processus de mise en œuvre. Qu'est-ce qui s'est bien passé, qu'est-ce qui a posé problème, quels sont les facteurs de réussite, et les écueils rencontrés ?

4.2.1. Le point de vue des seniors

Pour évaluer l'investissement des personnes âgées au sein des MR/MRS, nous avons d'abord demandé aux répondants s'ils se concertaient avec le personnel pour prendre des décisions (ex. sur la nourriture, le mobilier, les activités, etc.). **Lors de la première phase de l'enquête, 19 % ont répondu oui ; ils étaient 39 % lors de la seconde phase de l'enquête à répondre positivement** ($p < 0,01$).

Le Tableau 24 fournit un aperçu du degré d'implication des résidents dans les décisions liées à divers domaines au sein des établissements. On observe une amélioration pour deux d'entre eux : les **repas au menu** et les **activités qui sont organisées**. Quelques 4 % indiquaient lors de la première phase de l'enquête être impliqués dans le choix des repas qui sont au menu, contre 38 % lors de la seconde phase de l'enquête. En ce qui concerne l'investissement dans les activités organisées, on constate aussi une hausse considérable entre les deux phases de l'enquête (de 29 % à 59 %). Cette différence persiste, fût-ce de

manière variable, lorsque l'on compare les réponses apportées entre la phase I et la phase II à propos de l'organisation et des autres caractéristiques de contexte.

Tableau 24. Evaluation de la participation des résidents aux décisions en fonction de la phase de l'enquête

		Oui	Non	N
Les repas qui sont au menu	Phase 1	13,9%	86,1%	397
	Phase 2	37,9%	62,1%	
La décoration des espaces communs	Phase 1	15,3%	84,7%	402
	Phase 2	22,2%	77,8%	
Les activités qui sont organisées	Phase 1	29,2%	70,8%	398
	Phase 2	58,7%	41,3%	
Les nouveaux membres du personnel qui sont engagés	Phase 1	4,8%	95,2%	397
	Phase 2	7,5%	92,5%	
Le moment où vous recevez de l'aide du personnel (ex. pour se laver, s'habiller..)	Phase 1	50,9%	48,7%	349
	Phase 2	60,3%	39,7%	

En règle générale, la tendance s'améliore donc avec le temps. Malgré tout, 6 personnes sur 10 affirment encore ne pas participer à la prise de décision avec les membres du personnel.

Cette dualité est aussi décrite dans les entretiens avec les personnes âgées : certaines ont l'impression d'être écoutées et de pouvoir donner leur avis, d'autres pas. Au regard des résultats de l'enquête, les domaines où les résidents ont le plus le sentiment de pouvoir participer aux décisions sont les repas et les activités proposées.

« Ils nous demandent notre avis sur beaucoup de choses : les sorties, le jardin parce que nous avons un potager, les réunions pour décider de ce qui a trait à l'organisation. » (Senior)

D'autres seniors estiment que la participation au processus décisionnel n'est pas nécessaire et affirment qu'ils ne la souhaitent pas. L'idée selon laquelle c'est à l'établissement de prendre les décisions, et non aux résidents, a la vie dure.

« Non, je les laisse faire. Ils ont leurs traditions et leurs habitudes, et je n'ai pas envie de les changer. » (Senior)

En effet, toutes les personnes âgées ne désirent pas participer et s'investir, comme l'ont indiqué tant le personnel qu'un certain nombre de résidents. Ces derniers invoquent plusieurs raisons pour expliquer cette situation : le respect des coutumes en place, la peur des mauvaises langues si on exprime son avis, l'idée que le personnel n'a que peu de temps et qu'il ne faut pas trop le déranger, etc.

Une partie des résidents sont d'avis que les choses sont bien telles qu'elles sont. Il n'est pas nécessaire d'y changer quoi que ce soit. Ils ont le sentiment d'être déjà très impliqués.

4.2.2. Le point de vue du personnel

Nous n'avons pas seulement interrogé les personnes âgées pour connaître leur degré de participation et d'investissement, nous avons aussi demandé aux membres du personnel dans quelle mesure ils étaient d'accord avec les affirmations selon lesquelles les seniors peuvent développer/mener certaines de leurs activités de manière autonome, mais aussi décider du fonctionnement du département où ils résident.

Tableau 25. Evaluation du personnel par rapport à la participation des seniors aux deux phases de l'enquête

		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord	P	N
Les personnes âgées peuvent développer/mener elles-mêmes leurs activités.	Phase 1	2,1%	17,3%	37,2%	34,6%	8,9%	P<0,05	191
	Phase 2	2,0%	7,3%	29,8%	50,3%	10,6%		151
Les personnes âgées peuvent contribuer à décider du fonctionnement du département.	Phase 1	4,1%	20,6%	37,1%	30,9%	7,2%	P<0,05	194
	Phase 2	2,0%	11,2%	34,2%	47,4%	5,3%		152

On constate pour les deux points dont il est question dans le tableau ci-dessus une augmentation significative dans le pourcentage des membres du personnel qui se déclarent d'accord avec cette affirmation.

4.2.3. Investissement & participation dans la pratique : Tubbe = écoute

Les chiffres susmentionnés révèlent une tendance positive à l'investissement et à la participation des résidents dans les établissements pilotes. La question importante est de savoir comment les organisations ont fait pour arriver à ce résultat. En effet, une simple transposition du modèle suédois, sans qu'une adaptation tenant compte des spécificités propres au système belge ne soit opérée, n'est ni possible ni souhaitable. Comment les différentes organisations ont-elles procédé pour intégrer et adapter un tel modèle dans leurs pratiques quotidiennes ? Chacune d'elles a en effet implémenté le projet pilote à sa manière, à son rythme et en fonction des particularités de sa structure.

Pour bien comprendre **comment** les différents sites pilotes sont parvenus à mettre en place le modèle, nous avons demandé à tous les membres du personnel, à l'encadrement et aux membres de la direction ce que signifiait pour eux le modèle « Tubbe ». La réponse a été étonnamment unanime.

Tubbe = écoute

Tubbe c'est d'abord écouter : écouter les souhaits du résident/client et adapter le processus à ces désirs. C'est ce qui est ressorti de tous les entretiens, tant avec le personnel qu'avec l'encadrement et la direction des différents établissements.

« Le concept repose sur l'idée que tout le fonctionnement de l'établissement est axé sur les personnes âgées, que nous les écoutons et que nous essayons, en collaboration avec elles, de réaliser ce qu'elles souhaitent, veulent et désirent. » (Focus Group, personnel et direction)

Concrètement, cet aspect implique de prendre le temps d'écouter et de discuter avec les seniors/clients, ce qui implique de se rendre disponible pour cela.

« Dans la logique de Tubbe, nous prenons le temps de parler et d'écouter afin de s'adapter à chaque résident. » (Focus Group personnel)

L'écoute ne doit pas toujours être explicite ou prendre la forme de questions ou d'un entretien. Elle s'insère dans le fonctionnement quotidien du personnel : écouter activement, à tout moment, dans le flux des interactions quotidiennes.

« Ça ne doit pas toujours prendre la forme de questions ou d'entretiens. Il suffit d'écouter les gens, de noter des choses çà et là. On apprend à écouter les autres. Les personnes chargées de l'animation, des soins, du nettoyage... tout le monde entend des choses différentes. » (Focus Group personnel)

Lorsqu'on les écoute davantage, les personnes âgées expriment plus rapidement leurs souhaits, comme en témoignent les différents membres du personnel. Ces derniers remarquent que leur façon de fonctionner, désormais davantage axée sur l'écoute, a également eu des conséquences positives sur la manière dont les personnes âgées se comportent avec eux.

« Les personnes âgées sentent que nous les écoutons plus, et la conséquence, c'est qu'elles s'expriment davantage, pas spécialement pour demander plus que ce qu'elles ont maintenant, mais pour expliquer ce qu'elles veulent ou non. » (Focus Group personnel)

Comment écouter ? Se mettre à la place de l'autre

Pour mieux entendre ce qu'ont à dire les personnes âgées, il faut **se mettre constamment à leur place**.

« Mais le modèle suédois suppose que vous vous remettiez en question, que vous ne restiez pas sur votre position de prestataire de soins, mais que vous écoutiez les personnes âgées. » (Focus Group personnel)

Cette approche se traduit très concrètement dans la pratique par des exercices, des jeux de rôles, où il convient de se mettre à la place des seniors/clients. Ce faisant, le projet pilote dont est issue la précédente citation a réussi à changer la manière de travailler de son personnel.

« En faisant aussi des exercices, en nous mettant à leur place. Comment envisagerions-nous les choses si nous devions vivre ici. Que voulons-nous, en discuter avec l'équipe, puis essayer de le concrétiser. » (Focus Group personnel)

D'une manière générale, il est frappant de constater que les organisations qui investissent le plus dans la pratique de l'écoute sont aussi celles qui réussissent le mieux à encourager la participation et l'investissement des personnes âgées.

« Il y a quelque chose qui a changé, on nous écoute plus qu'avant. Dès que quelque chose ne va pas, on peut le dire. » (Résident)

« Avant, le repas du soir se passait obligatoirement dans le réfectoire. Seules les personnes qui devaient rester dans leur chambre pour des raisons médicales avaient le droit de ne pas y aller. Maintenant, on nous écoute, et si nous ne voulons pas voir les autres, on ne nous force plus. » (Focus Group personnel)

Les groupes de travail formels ne fonctionnent pas

Outre le fait de se mettre constamment à la place de l'autre, plusieurs établissements pilotes ont mis en place des groupes de travail thématiques, conformément au modèle Tubbe. D'autres avaient déjà mis en place des groupes de travail et les ont donc renforcés ou ont essayé d'y impliquer davantage les personnes âgées.

L'objectif initial de ces groupes de travail est de rassembler les seniors et les membres du personnel pour qu'ils puissent réfléchir et décider ensemble à propos de certaines questions relatives à l'organisation des différents aspects de la vie au sein de l'établissement. Dans le modèle Tubbe suédois, ces groupes de travail disposent par ailleurs d'une autonomie budgétaire. En Belgique, les groupes de travail qui ont été mis en place au sein des projets pilotes portent sur toute une série de thématiques : accueil, repas, activités et occupations de la journée, décoration des espaces, etc.

Pour autant, sur la plupart des sites pilotes, l'on fait le même constat : en raison de leur caractère formel, il est très difficile d'impliquer les personnes âgées dans ces groupes de travail.

« Il y a un problème avec le format : il est plus efficace d'en discuter pendant un repas, en prenant un café, un goûter ou de faire d'autres choses en discutant. Se réunir uniquement pour parler, ça ne fonctionne pas. » (Focus Group personnel)

« Le sentiment général par rapport aux réunions est qu'il faudrait trouver des moyens pour assurer des échanges plus spontanés que pendant les réunions. Ça fonctionne mieux lorsque cela se passe de manière moins formelle. » (Focus Group personnel)

La participation des personnes âgées aux groupes de travail a été difficile. Il n'est pas simple de mobiliser les seniors pour les encourager à y participer. Ils sont d'avis que « tout est bien comme ça » et ne ressentent pas le besoin de prendre part à l'initiative. Pour eux, il

est difficile de donner une réponse à la question « Que voulez-vous ? ». Leur manière d'envisager le rôle de l'établissement, la vie en son sein, et le rapport particulier qu'ils ont au temps font que ces groupes de travail ne fonctionnent que difficilement avec les résidents.

« Que voulez-vous de plus ? Je trouve que tout va bien ici, il n'est pas nécessaire de changer les choses si tout va bien. » (Résident)

Par ailleurs, les personnes âgées se fatiguent vite et éprouvent des difficultés à fixer leur attention pendant longtemps. De plus, il n'est pas facile pour elles de représenter l'avis de l'ensemble de leurs pairs, sans compter qu'elles s'enlisent parfois dans des discussions connexes.

Dans les discussions avec le personnel et la direction, il est fréquemment avancé, pour expliquer le peu de succès de ces groupes de travail, que la génération actuelle de personnes âgées qui vivent en MR/MRS n'a pas l'habitude de faire entendre sa voix, d'être revendicative, encore moins lorsque cela se déroule de manière formalisée et « publique ».

« Et je pense que c'est en rapport avec les générations dans notre culture en Belgique. Si je compare avec la Suède, j'ai l'impression que cette génération a d'autres habitudes. Ici, nous avons confiance en notre médecin généraliste. Nous venons dans une maison de repos, donc nous devons le savoir. » (Focus Group personnel)

Engagement dans l'informel et le quotidien

Le personnel, les résidents et la direction déclarent tous que cet engagement se manifeste plutôt au quotidien de manière informelle, et que les groupes de travail ne fonctionnent pas (encore).

« Ces réunions ne servent à rien, il vaut mieux discuter avec les femmes que je connais et parfois, ça fonctionne et j'obtiens ce que je veux. » (Résident)

Pour quelques sujets toutefois, les groupes de travail réunissant le personnel et les personnes âgées semblent fonctionner, moyennant quelques ajustements en cours de route. Les questions liées à la vie de tous les jours, comme le menu ou l'aménagement des espaces, sont plus faciles à aborder que la politique d'admission, par exemple. Soulignons cependant que cela ne dépend pas uniquement de la thématique abordée, mais aussi de la manière dont elle est traitée. Les sites ayant essayé de mettre en place ce type de réunion sont passés par différentes phases d'essais. Il s'agit en effet d'un dispositif expérimental qui nécessite de travailler par ajustements successifs, comme en témoignent les propos qui suivent d'un membre de la direction d'un des sites :

« Une fois, nous avons loupé le coche. Les gens de l'extérieur et de l'accueil de jour sont venus manger dans le réfectoire. C'est plus sympa, plus animé... Nous pensions qu'ils pouvaient manger où ils voulaient. Nous avons soumis cette proposition. On nous a rétorqué « Vous dites que nous avons notre mot à dire ». Nous avons donc arrêté. Puis, un groupe s'est formé et est venu nous voir, ils sont quand même venus et tout s'est bien passé. » (Focus Group direction et encadrement)

Par ailleurs, les réunions très courtes ou les réunions ayant un ordre du jour clair - par exemple pour établir le planning de l'année, le menu... - sont appréciées.

En somme, les groupes de travail formels ne semblent pas nécessairement constituer la meilleure méthode de travail pour encourager la participation des personnes âgées dans le processus décisionnel. La participation se manifeste davantage dans les échanges informels au quotidien, parce que le personnel est à l'écoute des résidents/clients.

Des initiatives ciblées en matière d'écoute

À côté de cela, divers établissements ont mis sur pied de nouvelles initiatives, qui portent sur l'écoute active des besoins des personnes âgées en fonction de leurs souhaits. En voici quelques exemples concrets :

- Participation des personnes âgées à la préparation des entretiens de fonctionnement
- Organisation d'un apéritif hebdomadaire à la demande des résidents
- Aménagement d'une pièce en « buanderie », pour que les seniors puissent continuer à faire leur lessive et repasser eux-mêmes
- Choix du menu par la personne dont c'est l'anniversaire
- Implication des personnes âgées au sein de leur département en leur attribuant certaines tâches : mettre la table, distribuer le courrier, etc.
- Consultation des personnes âgées dans l'aménagement des pièces
- Création de potagers pour/avec les résidents
- Excursions en petits groupes
- Organisation d'excursions par les résidents eux-mêmes
- ...

En écoutant les personnes âgées et en dialoguant avec elles, d'autres initiatives ont été prises, plus adaptées à leurs désirs et conçues avec et pour elles.

« Avant, on allait loin, mais en discutant avec les résidents, on s'est rendu compte que ce n'était pas nécessaire. Il valait mieux les emmener manger une glace ou autre. » (Focus Group personnel)

L'intégration du modèle Tubbe dans la pratique a donc entraîné un glissement dans la manière de penser l'implication des personnes âgées au sein de l'établissement.

Le changement, bien que majeur, ne se résume que difficilement. Il est le fait de nombreuses petites choses, d'une dynamique et d'une énergie nouvelle, qui se traduisent dans les nombreux détails du quotidien.

Zone de tension : l'engagement à l'épreuve du réalisable et de l'éthique

Investir dans l'écoute au quotidien représente une des clés du modèle Tubbe. Cependant, certaines zones de tension peuvent apparaître au cours du processus, car écouter toutes les demandes des résidents peut amener certains collaborateurs à considérer qu'elles doivent toutes être respectées et qu'ils doivent donc faire tout ce que les résidents leur demandent.

« L'une des difficultés, c'est de savoir poser ses limites, de voir jusqu'où peuvent aller les prestataires de soins et les personnes âgées. Ce n'est pas évident et c'est parfois inconfortable. Il est difficile de trouver un équilibre entre une attitude ouverte qui laisse la place aux initiatives et le cadre au sein duquel nous devons travailler. » (Focus Group direction et personnel)

« Mais certains nous donnent plus d'ordres parce qu'ils ont compris qu'ils pouvaient dire ce qu'ils voulaient. On doit donc leur expliquer que nous ne sommes pas leur serviteur. » (Focus Group personnel)

La difficulté ne réside pas uniquement dans la tension entre les demandes réalisables et celles qui ne le sont pas, mais aussi au niveau éthique : jusqu'où peut-on/doit-on pousser le respect des désirs du résident ? Où trace-t-on les limites et selon quels critères ?

« Il y a certaines limites, par exemple sur le plan éthique. Il est positif d'écouter quelqu'un et de faire ce qu'il demande, mais que fait-on quand cette personne ne veut plus manger ? On l'écoute et on la laisse mourir de faim sous prétexte que c'est ce qu'elle veut ? Pour nous, c'est compliqué de ne pas intervenir dans une situation de ce type. » (Focus Group personnel)

Cette zone de tension soulève inévitablement des questions au sein du personnel, questions qui attendent des réponses. Comment procéder ? Quels sont les outils ?

« Ce qui en ressort, c'est que, euh, il y a beaucoup de choses en relation, ce qui génère beaucoup de questions difficiles. » (Focus Group personnel)

C'est ici que se situe l'un des défis majeurs de l'organisation : comment y faire face ? L'un des sites pilotes a décidé de mettre en place un groupe de travail pour réfléchir collectivement à ces questions éthiques et tenter d'y répondre de la meilleure manière possible. En effet, c'est en prenant le temps de collectiviser les réflexions et de discuter avec l'ensemble des parties que des solutions face à ces tensions éthiques seront susceptibles de voir le jour.

Pas d'implication du personnel sans implication de l'encadrement et de la direction

L'implication du personnel ne peut exister sans la participation et le soutien de la direction ainsi que ceux de l'encadrement. Ceci est reconnu par tous : aussi bien par les membres du personnel que par la direction et l'encadrement des différents établissements. La participation et l'implication des uns, ne peut fonctionner sans le soutien et l'écoute des autres : ils sont indissociablement liés.

« Écouter nos collègues est aussi important que d'écouter davantage les personnes âgées. » (Focus Group direction et personnel)

Pour autant, cela ne se traduit pas toujours de cette façon dans la pratique : tous les membres du personnel ne se sentent pas nécessairement écoutés par leur direction et leur encadrement.

*« Qu'il y ait un véritable suivi des réunions, que le cadre et la direction écoutent davantage les prestataires de soins, parce que nous sommes les mieux placés pour faire entendre la voix des résidents, pour qu'ils nous fassent confiance. Mais on ne nous écoute pas assez. »
(Focus Group personnel)*

Cette situation a aussi un impact sur l'intégration du modèle Tubbe dans la pratique. Quand les membres du personnel essaient d'écouter les personnes âgées, mais qu'ils n'ont pas eux-mêmes l'oreille de la direction ou de l'encadrement, ils constatent qu'ils sont coincés. On peut alors assister à un retour de boomerang : lorsque la parole des résidents ne se traduit pas par des changements concrets dans la vie quotidienne, leur confiance envers le personnel risque de se dégrader, ce qui crée un cercle vicieux.

« La direction et le cadre sont un peu en retard. Ils disent oui, oui au projet Tubbe, mais ils ne nous donnent pas toujours les moyens de le réaliser. Quand on rapporte ce que nous disent les personnes âgées, ils en prennent note, mais ils ne changent rien. Les résidents ont alors moins confiance en nous, parce qu'ils disent ce qu'ils ont sur le cœur, que nous les encourageons à dire ce qu'ils veulent, mais que nous ne réalisons pas leurs souhaits. Notre situation est difficile. » (Focus Group personnel)

La direction et l'encadrement doivent non seulement s'engager verbalement, mais aussi transformer leurs engagements en actes. Ils doivent donc s'engager de concert, et honorer leurs engagements. Lorsque l'écoute des membres du personnel par la direction et l'encadrement se fait effective, qu'il y a une réelle prise en considération de ce qu'exprime le personnel, l'alliance entre les personnes âgées et les mêmes membres du personnel peut alors se déployer dans toute son effectivité. Les liens de confiance s'ancrent beaucoup plus profondément, et le fonctionnement de l'établissement s'en trouve renforcé. Cela demande donc un positionnement clair de la part de l'organisation, qui offre ou non au personnel la latitude et la liberté d'agir en accord avec les souhaits des résidents.

S'écouter les uns les autres

Écouter les personnes âgées, c'est aussi s'écouter les uns les autres, entre membres du personnel.

« Quand les membres du personnel se rapprochent, les patients sont mieux soignés parce que nous échangeons des informations, il y a davantage de personnes qui connaissent bien les patients et enfin, il est possible d'offrir un accompagnement personnalisé. » (Focus Group personnel)

Ici réside l'un des facteurs de réussite pour l'implémentation du modèle Tubbe dans la pratique. Dans les organisations où la communication et la réflexion collective entre les membres du personnel ne sont pas favorisées, le processus est moins fluide et plus difficile à concrétiser.

« Nous n'avons pas assez de temps pour réfléchir, nous ne savons pas où nous en sommes par rapport à ce projet. Nous nous sentons un peu perdus, nous ne savons pas ce qu'il en est pour les autres, il n'y a que peu d'échanges dans l'équipe à propos de la direction et de l'exécution du projet. » (Focus Group personnel)

4.2.4. Résumé

En résumé, le modèle Tubbe repose essentiellement sur l'écoute : celle des personnes âgées, mais aussi celle du personnel. En effet, si le personnel n'est pas écouté par la direction et l'encadrement, il peut difficilement transformer ou rendre effectif ce qui lui est partagé par les personnes âgées durant les moments d'échanges.

Lorsque cette dynamique d'écoute est favorisée, l'on constate au fil du temps une évolution vertueuse en matière d'investissement et de participation, de la part du personnel, mais aussi des résidents. Cet engagement se ressent principalement dans les domaines de la nourriture et des activités. En revanche, un grand groupe affirme ne pas être investi, mais pour les seniors, ce n'est pas nécessairement un problème ou un besoin : souvent, tout est bien en l'état.

Concrètement, l'écoute se déploie au sein des interactions, des différents gestes et moments de soins qui rythment le quotidien des personnes âgées. Comme nous l'avons souligné, la parole ne se déploie que rarement quand un cadre spécifique et formel lui est dédié. C'est au détour de « petits riens » que les confidences et échanges se font. Organisés, les moments de parole intimident, les formats habituellement mobilisés pour échanger en collectivité semblant en effet peu commodes pour les personnes âgées, qui doivent redoubler d'efforts pour conserver leur attention, pour entendre distinctement les arguments des uns et des autres, pour synthétiser ce qui est dit, et affirmer ensuite une position face à l'assemblée.

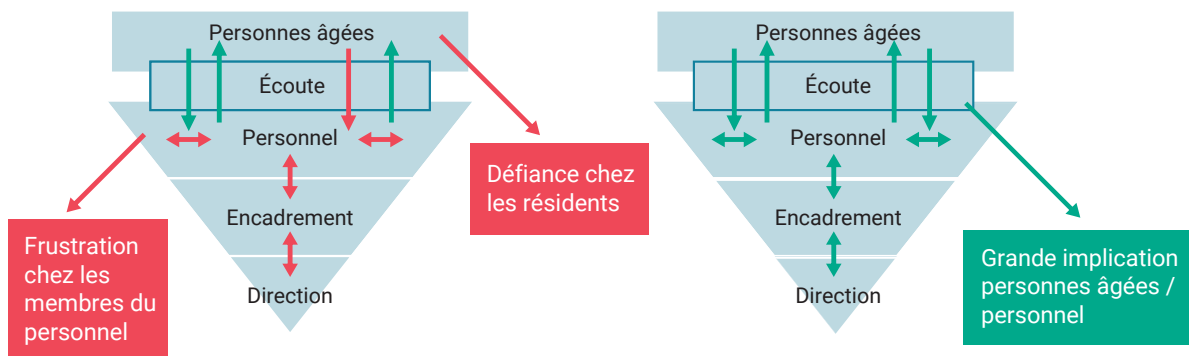


Figure 3 Modèle d'organisation du modèle Tubbe, dimension écoute³

En conclusion, l'écoute constitue l'un des facteurs de réussite majeurs du modèle Tubbe. C'est par l'écoute que les organisations ont réussi à inverser la pyramide, et à mettre le résident au centre. Plus l'organisation obtient de bons résultats à cet égard, plus le changement de paradigme sera grand. Alors que le personnel de toutes les organisations indique qu'il se concentre principalement sur cet aspect de la relation - à savoir l'écoute - et le traduit dans la pratique, ce n'est pas toujours le cas pour la relation qui lie le personnel, la direction et l'encadrement (voir Figure 3). Cette asymétrie est susceptible selon les cas de

³ La couleur verte de la figure fait référence à un bon déroulement du processus, une relation positive entre les différentes catégories (personnes âgées, personnel, etc.) et des effets positifs. La couleur rouge fait référence à un déroulement difficile du processus, une relation moins bonne entre les différentes catégories (personnes âgées, personnel...) et des effets négatifs.

mettre sous pression la relation de confiance entre les personnes âgées et les membres du personnel. Toujours est-il que, dans les établissements qui favorisent l'écoute réciproque entre les différents niveaux, la pertinence du modèle se déploie de manière plus évidente pour chacun.

Que retenir ?

- ✓ Un nombre significativement plus grand de personnes âgées (39 %) indiquent s'entretenir avec le personnel sur des décisions après un an et demi d'implémentation du modèle Tubbe.
- ✓ Les résidents se considèrent surtout plus investis dans les décisions relatives aux choix des activités et des repas..
- ✓ Tout le monde ne souhaite pas s'investir. Pour certaines personnes âgées, les choses sont bien en l'état.
- ✓ Dans la pratique, la participation implique de s'inscrire dans une dynamique d'écoute. Ce n'est que quand les différentes personnes concernées s'écoutent entre elles (à tous les niveaux de l'organisation) que l'on parvient à attribuer une place centrale au résident.

4.3. Vers des soins axés sur les relations (?)

Le modèle Tubbe a pour but de créer un environnement agréable et attrayant pour que les personnes âgées puissent s'épanouir. Pour ce faire, il mise sur l'investissement et la participation afin de favoriser entre autres des contacts plus authentiques entre les professionnels et les résidents. Dans les paragraphes qui suivent, nous nous intéresserons plus en détail à l'impact du projet pilote sur cette relation : dans quelle mesure les personnes âgées et les membres du personnel ont-ils l'impression d'entretenir un lien authentique ? Constate-t-on une évolution dans le temps à ce niveau ?

4.3.1. Point de vue des personnes âgées

Certains points du questionnaire évaluaient l'importance du lien qu'entretiennent les personnes âgées avec le personnel. Ces dernières devaient indiquer, sur une échelle de 1 à 5, à quel point elles étaient d'accord avec les affirmations proposées (voir Tableau 26).

Pour toutes les questions, on constate une augmentation des réponses positives avec le temps. Ainsi, lors de la première phase de l'enquête, 59 % des personnes âgées étaient (entièrement) d'accord avec l'affirmation selon laquelle elles entretiennent une relation forte avec au moins un membre du personnel. Le chiffre monte à 72 % pour la seconde phase de l'enquête.

Dans le premier questionnaire, 87% des personnes âgées se déclarent (entièrement) d'accord avec l'affirmation selon laquelle le personnel les écoute quand elles ont des problèmes ou des questions. Dans le second, le pourcentage était un petit peu plus élevé avec 90% des personnes interrogées répondant à la même question. La proportion de personnes entièrement d'accord (score 5) a par ailleurs considérablement augmenté entre des deux phases de l'enquête et est passée de 46 % à 61 %.

Tableau 26. Comparaison des déclarations des personnes âgées par rapport à la qualité relationnelle avec le personnel dans l'organisation

		Pas du tout d'accord <-> Entièrement d'accord				
		1	2	3	4	5
J'entretiens une relation étroite avec au moins un membre du personnel	Phase 1	4,8%	4,8%	31,6%	26,0%	32,7%
	Phase 2	6,0%	11,4%	10,2%	23,4%	49,1%
Le personnel m'écoute quand j'ai des questions ou des problèmes	Phase 1	1,5%	3,3%	8,1%	41,0%	46,2%
	Phase 2	0,6%	2,4%	6,6%	29,3%	61,1%

4.3.2. Point de vue du personnel

Si l'on considère ensuite le point de vue du personnel figurant dans le Tableau 27, qui porte sur les soins relationnels, on ne constate pas d'augmentation significative. Lors de la première phase de l'enquête, 78 % des professionnels étaient (entièrement) d'accord avec l'idée qu'ils avaient une relation étroite avec les personnes âgées ; au moment de la seconde phase de l'enquête, ce chiffre était de 82 %.

70 % des professionnels sont (entièrement) d'accord avec l'affirmation selon laquelle ils ont le temps de nouer des liens étroits avec les personnes âgées lors de la première phase de l'enquête, et 72 % lors de la deuxième. Cette faible augmentation s'explique probablement par le fait que ce pourcentage était déjà élevé au départ. Notons ici que les personnes âgées constatent une amélioration dans leurs relations avec le personnel, alors que ce sentiment n'est pas nécessairement partagé par ces derniers.

Tableau 27. Degré d'accord du personnel avec les affirmations portant sur la qualité des relations avec les personnes âgées, comparaison Phase 1 et Phase 2

		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Entièrement d'accord	N
J'ai l'impression d'entretenir un lien étroit avec les personnes âgées.	Phase 1			12,3 %	60,0 %	27,7 %	195
	Phase 2		2,0 %	15,8 %	52,0 %	30,3 %	152
J'ai le temps de nouer un lien étroit avec les personnes âgées.	Phase 1	1,6 %	8,8 %	19,2 %	57,5 %	13,0 %	193
	Phase 2	2,6 %	7,2 %	18,4 %	52,0 %	19,7 %	152

4.3.3. Presque comme à la maison...

L'objectif qui vise à instaurer une relation étroite entre les personnes âgées et les membres du personnel réside dans le fait de donner aux personnes âgées le sentiment de se sentir comme chez elles, ce que le personnel décrit clairement. Après tout, c'est de cela qu'il s'agit : créer un lieu où les personnes âgées peuvent vivre pleinement leur vie, autant que possible en cohérence avec ce qui fait sens pour elles.

Lorsque nous avons effectué cette enquête auprès des personnes âgées, nous avons constaté une augmentation significative au fil du temps du sentiment d'être « comme à la maison » : **55 % étaient entièrement d'accord avec cette proposition lors de la deuxième phase de l'enquête, contre 36 % lors de la première phase de l'enquête.** Au total, environ 8 personnes sur 10 se déclarent d'accord avec cet énoncé lors de la deuxième phase de l'enquête. Inversement, nous constatons que 8 % ne sont plus d'accord avec cette affirmation durant cette même phase.

Tableau 28. Le sentiment d'être « comme à la maison » des personnes âgées, comparaison dans le temps

		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Entièrement d'accord
Je me sens chez moi ici	Phase 1	7,0%	7,4%	15,9%	33,9%	35,8%
	Phase 2	4,6%	3,5%	11,0%	26,0%	54,9%

Une image plus nuancée se dégage des entretiens en profondeur avec les personnes âgées au sujet de ce sentiment d'être « comme à la maison ». Par exemple, plusieurs résidents indiquent que ce n'est pas vraiment chez eux. Leur vraie maison, c'est là où ils vivaient autrefois et c'est précisément leur dépendance qui les empêche de continuer à y vivre. Ce constat s'accompagne parfois de tristesse.

« Non, je ne me sens pas chez moi, j'ai l'impression d'être un résident. Cela ne changera pas, quoi qu'ils fassent, ce ne sera jamais ma maison. Depuis que j'ai perdu mon mari, je ne me sentirai plus jamais chez moi, où que je sois. » (Résidente)

En revanche, la présence de soins représente un facteur rassurant pour certaines personnes âgées. L'établissement est donc parfois perçu comme un lieu où, au regard de leur état, ils sont mieux qu'à la maison.

« Oui et non. Je suis ici parce que je ne peux pas rester chez moi, donc ce n'est pas chez moi. Mais ici, ils me soignent et j'ai mes amies, donc c'est mieux qu'à la maison. » (Résidente)

Outre l'importance de l'écoute, le modèle Tubbe est également synonyme de collaboration et de vie en communauté pour le personnel, l'encadrement et la direction. Pour le personnel, l'encadrement et la direction, il s'agit de créer un lieu de vie dans lequel chacun peut trouver sa place, aussi bien les personnes âgées que les professionnels qui les accompagnent.

« C'est une dynamique de coconstruction, comme dans une maison : chaque membre est impliqué dans la vie de famille. » (Focus Group personnel)

Vivre ensemble en famille

Cela se traduit également dans les petites choses du quotidien : faire de l'établissement, avec les personnes âgées, un lieu où chacun peut se sentir chez soi. Certaines personnes âgées témoignent de la joie qu'elles retirent de cette démarche qu'elles estiment grandement bénéfique pour l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes.

« Maintenant, j'ai quelque chose à faire. Ils m'ont demandé : X, est-ce vous voulez bien arroser les plantes dans le couloir, parce que je serai en congé ? J'ai dit oui, ce n'est pas grand-chose. Je mets tout sur mon charriot et j'y vais, ça me plaît. » (Résident)

Quand cette approche fonctionne, les résidents se sentent vraiment chez eux dans la communauté. Ils ont l'impression d'entretenir un vrai lien avec les membres du personnel et les considèrent parfois comme de la famille.

« Oui, tout à fait, même mieux qu'à la maison. On s'aide, on se rend service, on vit en communauté, comme une famille. » (Résident)

« Si je veux qu'on m'aide, je n'ai qu'à le dire. Ils me connaissent bien, mieux que ma famille, et ils s'occupent bien de moi. » (Résident)

Quant aux membres du personnel, ils se sentent aussi plus proches des résidents : avec eux, ils construisent une communauté et un partenariat basés sur l'écoute et sur les soins relationnels.

« On refuse moins de choses aux personnes âgées. Et si on ne peut répondre à une demande, on peut expliquer pourquoi. Il y a une plus grande impression de partenariat avec les résidents, une meilleure compréhension. » (Focus Group personnel)

4.3.4. Importance de la coconstruction dans le modèle Tubbe

Pour parvenir à ces soins qui accordent une grande place à la dimension relationnelle, il est toutefois crucial que la vision du modèle Tubbe soit façonnée dans la pratique de manière commune et qu'elle soit construite ensemble. Les membres du personnel interrogés insistent tous sur ce point. Il n'y a pas de plan détaillé ou de mode d'emploi pour le modèle Tubbe, pas plus qu'il n'existe de critères définis à l'avance à respecter.

Si l'on n'investit pas suffisamment dans la coconstruction du modèle Tubbe, on court le risque que chacun œuvre différemment. Cela peut entraîner des tensions et des frustrations au sein du personnel.

« L'une des difficultés, c'est que chacun comprend le modèle légèrement différemment. Cela peut poser des problèmes entre les prestataires de soins, mais c'est surtout la manière dont la direction comprend le projet et s'implique dans sa réalisation qui joue un rôle majeur dans la manière dont se déroule le processus. » (Focus Group personnel)

Cette co-construction nécessite une formation et un suivi en terme de coaching. Si ces derniers sont absents ou insuffisants, cela engendre un manque de balises qui perturbe le personnel.

« Et ils ne nous ont pas non plus formés, coachés ou accompagnés dans le cadre de ce projet. Il n'est pas clair, les limites ne sont pas bien définies, nous ne savons pas où nous allons, rien n'est fixé, il n'y a pas de discussion. » (Focus Group personnel)

Par ailleurs, l'échange et la réflexion collective systématique sont indispensables pour permettre au modèle de se déployer correctement. Dans le cas contraire, le modèle s'essouffle et chacun a tendance à se replier sur ses propres schémas d'action, ce qui entrave la poursuite du bon déroulement du processus de construction collectif.

« Le problème, c'est aussi que nous prenons tous des initiatives dans notre coin, sans nous réunir pour échanger, et donc nous n'avons pas de feedback sur ces initiatives, nous ne savons pas si nous avons raison ou tort, nous avançons un peu à l'aveuglette sans approche collective. Nous avons des réunions, mais pas des réunions pour réfléchir à la façon dont chacun vit et met en œuvre le modèle Tubbe. » (Focus Group personnel)

En somme, cette co-construction est la force mais aussi le principal écueil potentiel du modèle Tubbe. Lorsque le personnel travaille ensemble, intensivement, de manière collective et dans tous les départements pour intégrer le modèle Tubbe dans sa pratique, les sites pilotes semblent réussir à renverser la pyramide. L'échange constant conduit à une autoréflexivité critique au sein du personnel, dans tous les départements. C'est ainsi que l'établissement s'approprie peu à peu le modèle Tubbe.

« Oui, le fait qu'on en parle à différents endroits, ça le rend vivant, et on y arrive plus vite, même quand on est occupé. Ça veut dire que les choses changent de plus en plus, je trouve. » (Focus Group personnel)

Cela se traduit par un changement de mentalité dans les organisations où la vision de Tubbe est intégrée à tous les niveaux, de la direction au personnel soignant.

« Je trouve qu'on constate un énorme changement de mentalité. Avant, je trouve qu'on nous considérait comme des animateurs qui pouvaient papoter avec les personnes âgées autour d'une tasse de café. Et maintenant, je vois que pour eux (les soignants) aussi, c'est devenu une évidence. Ils envisagent la chose tout à fait différemment. Ça me plaît. » (Focus Group personnel)

Inversement, dans les organisations où le modèle Tubbe ne s'est pas (encore) entièrement intégré au fonctionnement, on a l'impression qu'il représente une charge de travail supplémentaire. Il est frappant de constater que, dans ce cas, le modèle Tubbe est souvent perçu par le personnel comme un projet temporaire et non comme une vision pérenne pour toute l'organisation.

« Parfois, je considère ce projet comme une charge de travail supplémentaire. » (Focus Group personnel)

Cette perception est alimentée par l'ignorance du personnel quant à la durabilité du projet : on ne sait pas où le "projet" va mener, ou s'il va continuer. En conséquence, on rechigne à s'y lancer : a-t-il vraiment un sens ?

En conclusion, si la coconstruction fait défaut, l'introduction du modèle Tubbe engendre des frustrations et des incertitudes parmi le personnel : où allons-nous ? En revanche, si la direction crée un cadre clair et le traduit dans la pratique, en instaurant des moments et des espaces continus destinés à la formation, au coaching, à l'intervision, etc., le modèle Tubbe sera intégré de manière solide à l'établissement. Cet investissement, s'il fait défaut, crée auprès du personnel le sentiment de perdre son temps, tout en étant confronté à un surcroît de travail.

4.3.5. Résumé : vers des soins axés sur le relationnel (?)

À travers les projets pilotes, nous voyons une tendance positive se dessiner, puisque les personnes âgées indiquent entretenir une relation étroite avec au moins un membre du personnel et avoir l'impression d'être écoutées. Les chiffres révèlent aussi une tendance positive par rapport à leur sentiment d'être « comme à la maison ». Leur expérience, qu'elles nous ont partagée lors des entretiens, nuance toutefois cette impression. Les personnes âgées soulignent que ce n'est pas vraiment leur maison, que leur véritable maison, c'était l'endroit où elles vivaient avant. Pour beaucoup, quitter leur domicile s'accompagne de tristesse et de chagrin par rapport à ce qui n'est plus. Pourtant, les résidents affirment aussi que c'est précisément grâce aux soins et à la certitude que quelqu'un sera là pour les aider que l'établissement leur apparaît souvent comme un lieu où ils se sentent mieux qu'à la maison, au regard de leur état.

Dans la logique du modèle Tubbe, il ne s'agit pas seulement de se sentir un peu comme chez soi, il s'agit aussi de vivre ensemble en tant que communauté, avec les autres personnes âgées et les professionnels. Certains résidents considèrent également les membres du personnel comme leur famille. Un tel cas de figure n'est possible que grâce à la co-construction d'une vision commune des soins axés sur le relationnel. Le coaching, la formation, l'intervision et l'échange constant dans la vie de tous les jours constituent les ingrédients importants de cette évolution.

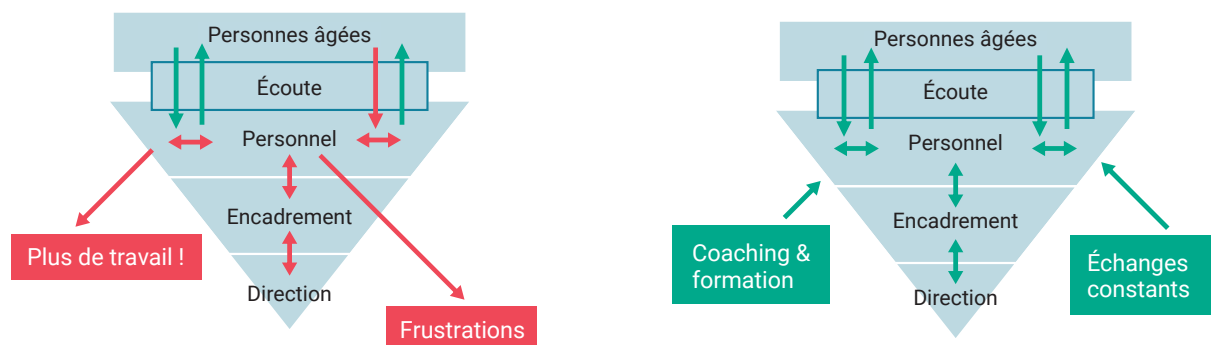


Figure 4 Modèle d'organisation du modèle Tubbe : importance de la coconstruction dans les soins axés sur le relationnel

Si ces dimensions font défaut, l'intégration de cette manière de travailler peut mener à des frustrations, des incertitudes, et à l'impression qu'il s'agit d'un « projet temporaire » pour le personnel, qui représente donc du travail vécu comme inutile. Au contraire, quand tous les niveaux de l'organisation travaillent main dans la main pour construire une vision centrée sur les soins relationnels, le modèle Tubbe s'intègre de manière solide dans l'organisation et dans la pratique quotidienne.

Que retenir ?

- ✓ Beaucoup plus de personnes âgées entretiennent un lien étroit avec le personnel et ont l'impression qu'on les écoute (après un an et demi d'implémentation du modèle Tubbe).
- ✓ La coconstruction du modèle Tubbe – élaborer et traduire ensemble la vision dans la pratique – constitue un facteur de réussite décisif pour introduire des soins axés sur le relationnel.
- ✓ La coconstruction nécessite de libérer du temps et de l'espace pour la formation, le coaching, l'intervision, surtout au début de la mise en œuvre du projet. Cet investissement est rentable à long terme. Dans les organisations qui font cet investissement, l'implémentation du modèle n'est pas vécu comme du travail supplémentaire, mais bien comme un moyen d'économiser du temps et d'apporter de la valeur ajoutée dans la pratique quotidienne.

4.4. Dix-huit mois de modèle Tubbe : l'impact sur le personnel

Le modèle Tubbe n'a pas pour unique objectif de créer un foyer pour les personnes âgées, il vise aussi à garantir un cadre de travail agréable et motivant pour les membres du personnel. L'un ne va pas sans l'autre, c'est le point de départ de toute l'initiative.

Pour évaluer cet aspect, le questionnaire à destination des membres du personnel s'est intéressé à leur expérience, à la manière dont ils vivent leur collaboration avec les résidents dans le cadre du modèle Tubbe et à leur ressenti par rapport à l'organisation des soins. Par ailleurs, nous nous sommes également intéressés à l'effet qu'a produit sur eux (sur les membres du personnel) cette nouvelle manière de fonctionner. C'est l'objet des paragraphes qui suivent.

4.4.1. Enthousiasme

Dans le questionnaire pour le personnel, nous avons évalué à deux reprises le degré d'enthousiasme des professionnels. Pour ce faire, nous avons utilisé une version raccourcie de l'Utrechtse Bevlogenheidsschaal (UBES-9), l'échelle d'enthousiasme d'Utrecht (Schaufeli & Bakker, 2003). L'échelle se compose de 9 items, qui fournissent conjointement un score d'enthousiasme. Elle se compose par ailleurs de trois volets : vitalité, dévouement et absorption.

Les auteurs décrivent l'enthousiasme et les différentes sous-dimensions de la manière suivante : « **L'enthousiasme** est un état affectif-cognitif positif de satisfaction extrême, qui se caractérise par de la vitalité, du dévouement et de l'absorption. La vitalité se caractérise à son tour par un débordement d'énergie, une sensation de force et de santé, une capacité à travailler longtemps sans se fatiguer et une grande résistance mentale, et donc d'excellentes capacités de persévérance. Le **dévouement** consiste à s'impliquer dans le travail, qui est perçu comme utile et faisant sens, inspirant et motivant, ce qui provoque des sentiments de fierté et d'enthousiasme. L'**absorption**, quant à elle, renvoie à la manière de se plonger entièrement dans le travail, de pratiquement fusionner avec lui, ce qui veut dire que le temps semble s'arrêter et qu'il est difficile de s'en détacher. »

L'échelle totale et ses sous-domaines se distinguent par un degré élevé de fiabilité, tant pour la phase 1 que pour la phase 2 (voir Tableau 29).

Tableau 29. Degré de fiabilité UBES-9 et sous-domaines, Phase 1 et Phase 2

Phase 1	Phase 2
Ubes, item =9, $\alpha = 0,933$ (N=189)	Ubes, item =9, $\alpha = 0,929$ (N=153)
Vitalité, item = 3, $\alpha=0,852$ (N=195)	Vitalité, item = 3, $\alpha=0,858$ (N=153)
Dévouement, item = 3, $\alpha=0,857$ (N=195)	Dévouement, item = 3, $\alpha=0,828$ (N=154)
Absorption, item = 3, $\alpha=0,790$ (N=189)	Absorption, item = 3, $\alpha=0,847$ (N=153)

Si l'on se penche sur l'échelle UBES-9 et ses sous-domaines (chacun réduite à un score de 0 à 6), nous constatons qu'ils sont déjà élevés en moyenne dès le départ. Par rapport aux scores standards (Schaufelli & Baker, 2003), ces moyennes entrent dans la catégorie « élevé » pour le score total et pour le sous-domaine Dévouement et Absorption. Pour ce sous-domaine, le score se situe juste dans la moyenne (élevé = 4,81 à 5,65).

Tableau 30. Scores sur l'échelle UBES-9 et sous-domaines Phase 1

	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviat ion standard	N
Total	1,44	6,00	4,6796	,91019	189
Vitalité	,67	6,00	4,5248	1,01751	195
Dévouement	1,67	6,00	4,9043	,92190	195
Absorption	1,67	6,00	4,6314	,97725	189

Tableau 31. Scores sur l'échelle UBES-9 et sous-domaines Phase 2

	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviat ion standard	N
Total	0,44	6	4,4902	,98803	153
Vitalité	0,67	6	4,2576	1,08232	154
Dévouement	0	6	4,7835	,99857	154
Absorption	0,67	6	4,4227	1,15217	153

Quand on compare les deux moments, on ne constate aucune différence significative dans les scores totaux ou dans les sous-domaines, ni en positif ni en négatif. La différence n'est significative que pour la composante Vitalité entre la phase 1 et 2 ($p < 0,05$). Elle est nettement plus faible lors de la seconde enquête.

Lorsque nous nous penchons sur les données appariées, on constate une diminution significative partout dans les sous-domaines comme pour le score total. Le niveau statistique des domaines 'Dévouement' et 'Absorption' se situe juste sous le minimum habituel de 0,8. Encore une fois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Pour autant, bien que les différences soient minimes, il convient de constater que nous sommes bien face à une diminution. Nous y reviendrons par la suite.

Tableau 32. Moyennes pour l'enthousiasme et les sous-domaines pour le Phase 1 et le Phase 2, données appariées

	Moyenne T1	Moyenne T2	P	Puissance statistique	N
UBES-9	4,6732	4,3268	,003	0,871	51
Vitalité	4,5576	4,0727	,000	0,955	55
Dévouement	4,8970	4,5515	,008	0,772	55
Absorption	4,5948	4,3007	,013	0,711	51

De plus, nous avons également mesuré quel était le pourcentage des membres du personnel qui avaient l'intention de quitter l'établissement. Lors de la première phase de l'enquête, 2,1 % ont affirmé vouloir quitter l'organisation cette année-là. Au cours de la deuxième phase de l'enquête, ce pourcentage est passé à 5,2 %.

Il est intéressant de souligner que, lorsque nous nous penchons sur les données appariées, nous constatons qu'au sein du groupe qui a indiqué lors du premier sondage qu'il ne voulait pas quitter l'établissement, 9,3 % disent vouloir le faire lors de la deuxième enquête ($p < 0,05$).

4.4.2. Les membres du personnel perçoivent des améliorations

Quand on mesure le degré de changement au sein de l'organisation (amélioration/détérioration) tel qu'il est vécu par les membres du personnel, l'on constate dans le second questionnaire qu'un nombre significativement plus grand de professionnels considère que leur situation de travail s'est **améliorée** entre la première phase de l'enquête et la seconde. Le chiffre s'élève à 53 % pour la seconde phase de l'enquête contre 27 % pour la première (environ trois mois après le lancement). Ce rapport demeure identique quand on se penche sur les autres caractéristiques de contexte. Plus de la moitié des personnes interrogées perçoivent donc une amélioration de leur situation de travail. En revanche, quelque 4 % estiment que leur situation de travail s'est détériorée.

Tableau 33. « Est-ce que votre situation de travail a changé depuis que votre établissement collabore au projet de la Fondation Roi Baudouin ? »
($\chi^2=29,081$, $df=3$, $p < 0,01$)

	Phase 1	Phase 2
Elle s'est fortement améliorée	3,4%	7,9%
Elle s'est améliorée	24,6%	45,4%
Pas de changement	71,4%	42,8%
Elle a empiré	0,6%	3,9%
Elle a fortement empiré	0%	0%
N	175	152

Les données appariées ($N=47$) révèlent aussi une hausse significative ($p < 0,01$) de ce dernier point, ce qui confirme la conclusion avancée.

Tableau 34. « Perception » du travail au moment de l'enquête

		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord ni d'accord	D'accord	Entièrement d'accord	P	N
J'ai une influence sur la manière dont le département fonctionne.	Phase 1	7,2%	12,4%	29,9%	38,7%	11,9%	P<0,05	194
	Phase 2	2,6%	10,6%	19,2%	53,6%	13,9%		1951
J'exécute parfois des tâches qui ne correspondent pas à ma fonction.	Phase 1	5,2%	10,9%	14,6%	47,9%	21,4%		192
	Phase 2	3,9%	15,1%	15,8%	48,0%	17,1%		152
Je trouverais acceptable d'exécuter parfois des tâches qui ne correspondent pas à ma fonction.	Phase 1	2,1%	11,5%	20,9%	47,6%	17,8%		191
	Phase 2	1,3%	13,2%	22,5%	45,0%	17,9%		151
L'environnement de travail physique est agréable.	Phase 1	0,5%	5,7%	20,7%	50,3%	22,8%	P<0,05	193
	Phase 2	2,6%	9,9%	17,8%	58,6%	11,2%		152
J'ai une influence sur mon horaire de travail (planification des congés, changement(s) dans l'horaire d'une journée..)	Phase 1	4,6%	10,8%	17,4%	47,2%	20,0%		195
	Phase 2	2,6%	4,6%	11,8%	53,9%	27,0%		152
L'ambiance de travail du département dans lequel je travaille est bonne.	Phase 1	1,5%	3,1%	12,4%	50,0%	33,0%		194
	Phase 2	1,3%	3,3%	13,8%	60,5%	21,1%		152
Dans ce département, je me sens respecté(e) au travail.	Phase 1	1,0%	3,6%	11,3%	56,4%	27,7%		195
	Phase 2	0,7%	2,6%	12,5%	59,2%	25,0%		152
Dans ce département, nous travaillons ensemble à un but commun.	Phase 1		3,1%	12,4%	54,1%	30,4%		194
	Phase 2	1,3%	2,6%	10,5%	56,6%	28,9%		152

En zoomant sur certains éléments spécifiques à la perception du travail, nous observons qu'un nombre significativement plus grand de membres du personnel impliqués pendant la seconde phase de l'enquête déclarent **avoir une influence sur la manière dont leur département fonctionne**. 67 % se déclarent (entièrement) d'accord, contre 50 % lors de la première phase de l'enquête. Ce rapport demeure identique quand on se penche sur l'organisation et les autres caractéristiques de contexte. Il s'agit donc d'un effet lié à chaque établissement.

D'un autre côté, un nombre significativement plus faible de professionnels sont entièrement d'accord avec l'affirmation selon laquelle l'environnement physique est agréable. Ce rapport disparaît quand on se penche sur l'organisation et les autres caractéristiques de contexte. Dans les données appariées, nous observons un changement négatif significatif pour trois points au fil du temps ($p < 0,05$, Wilcoxon Signed Rank Test), à savoir « L'ambiance de travail du département dans lequel je travaille est bonne », « Je me

sens respecté(e) au travail dans mon département » et « Dans ce département, nous travaillons ensemble à un but commun »

4.4.3. Conséquence : un travail orienté sur l'humain plutôt que sur les tâches

Les dix-huit mois d'implémentation du projet pilote dans les organisations ont donc eu un impact sur l'enthousiasme du personnel. Certains membres envisagent même de quitter l'établissement. Pour autant, de manière quelque peu paradoxale, un grand nombre des professionnels perçoivent dans le même temps une nette amélioration de la situation de travail.

La grande question, c'est de savoir comment se rapporter à ces données. Les entretiens avec le personnel durant les Focus Groups ont largement contribué à nous donner des éléments d'explication. Ainsi, plusieurs participants aux Focus Groups ont souligné l'existence d'un fossé entre les professionnels dits de « l'ancienne » école, et ceux dits de la « nouvelle » école.

« Il y a un fossé entre l'ancienne et la nouvelle école. Tous les prestataires de soins ne sont pas prêts pour des changements de ce type, parce qu'ils nécessitent de modifier des habitudes profondément ancrées, de revoir toutes sortes de certitudes. Nombreux sont ceux à faire de gros efforts pour entrer dans la dynamique du projet, mais certains ne suivent pas et ça démotive une partie des collaborateurs, c'est vrai. » (Focus Group personnel)

Point important : les dénominations ancien/nouveau ne font pas référence à l'âge des professionnels. Il n'existe pas de corrélation significative entre l'âge et l'enthousiasme des membres du personnel. Il s'agit plutôt d'une certaine façon de concevoir sa mission. Certains professionnels se concentrent davantage sur les tâches, ou les soins à effectuer. Le critère principal d'un travail accompli est, pour ces personnes, de suivre la feuille de route préétablie et de s'assurer que toutes les tâches indiquées ont bien été réalisées. Dans cette optique, les objectifs principaux de la mission d'accompagnement et de soin peuvent se résumer de la manière suivante : il s'agit essentiellement d'assurer la sécurité de la personne, de lui prodiguer les soins d'hygiène, de l'alimenter, de veiller à ce que ses médicaments soient correctement pris, et d'éviter autant que possible la dégradation de son état de santé physique. Si ces différents objectifs sont remplis, alors il est généralement considéré par ces personnes que leur mission est correctement menée. Les professionnels qui se retrouvent dans cette façon de voir les choses font partie de ce qui est appelé, dans le jargon professionnel, la « vieille école ». Il s'agit en quelque sorte d'une posture que l'on peut qualifier de traditionnelle et paternaliste, selon laquelle les professionnels savent mieux que la personne soignée ce qui est bon pour elle, et n'ont dès lors qu'à lui prodiguer les soins qu'ils jugent bons, sans pour autant devoir s'enquérir de ce qu'est susceptible d'exprimer ou de souhaiter la personne soignée.

En revanche, d'autres professionnels, qui considèrent faire partie de ce qu'ils appellent « la nouvelle école », estiment que les soins prodigués n'ont de sens que s'ils visent la personne dans sa singularité d'être humain, dans son vécu, dans ce qui est susceptible de faire sens pour elle, et non uniquement un corps à manipuler, nourrir, laver et déplacer. Pour ces professionnels, ce n'est que si les soins (ici à comprendre dans un sens large, regroupant l'ensemble du « prendre soin ») - et l'accompagnement proposé établissent la personne en tant que personne qu'ils peuvent être réellement considérés comme des soins. En effet, si le « soin » n'est pas reçu ou que peu d'attention est accordée à la manière

dont il est vécu, s'il n'est pas personnalisé et ne s'inscrit pas dans le cadre d'une relation et d'une appropriation par la personne qui en bénéficie, ce n'est qu'un soin qui se vise lui-même, un geste qui n'a, au fond, pour objectif que sa propre réalisation. Du point de vue des professionnels tenants de la « nouvelle école », un tel soin efface l'être, comme la personne, la chosifie. Il s'agit selon eux que la personne soit considérée comme sujet et non comme un objet de soin.

Ainsi, pour les tenants de la « nouvelle école », ce n'est pas grave si les tâches ne sont pas réalisées en totalité, ou si elles ne le sont pas dans le bon ordre, pour autant qu'un lien ait pu se nouer avec la personne qu'ils accompagnent et que les soins prodigués aient en effet bien été reçus. En effet, pour que leur mission puisse être considérée comme réussie, il faut que le bien dispensé par les professionnels soit également considéré comme un bien par la personne qui en est le destinataire. Ainsi, pour les tenants de la "nouvelle école", apprécier la bonne réception du soin exige de partir du patient, et non de l'idée que les professionnels se font des besoins ou attentes de la personne prise en charge. C'est donc la personne qui est au centre, son vécu ainsi que ses souhaits.

Une telle façon de concevoir les soins est difficilement compatible avec celle qui consiste à respecter une feuille de route en suivant un planing préétabli. Elle suppose de l'adaptabilité, de la flexibilité, et de prendre le temps pour l'écoute et le partage, autant de choses qui s'accrochent mal avec la volonté de prévoir et contrôler le rythme et la nature des soins à prodiguer.

Ainsi, au sein des établissements participant au projet, l'on a assisté à des tensions entre les tenants de la « vieille » et ceux de la « nouvelle » école, le modèle Tubbe correspondant bien entendu beaucoup mieux aux seconds qu'aux premiers.

L'un des points mis en avant par l'enquête est qu'un nombre important des membres du personnel éprouvent une plus grande satisfaction. Ces mêmes membres du personnel disent vivre une amélioration dans leur situation de travail grâce à la mise en place du projet pilote, et ils affichent un engagement moyen plus élevé que les autres ($p < 0,01$).

*« La manière de travailler actuelle nous semble meilleure, parce que nous remarquons que les personnes âgées se sentent mieux, nous avons plus de satisfaction dans notre travail. »
(Focus Group personnel)*

Un point qui semble ici important à souligner, c'est que les organisations qui ont le plus profondément changé leur manière de faire enregistrent le plus haut taux de départ, parce qu'en effet, ce modèle ne correspond pas à tous les professionnels. Le Tableau 35 donne ainsi un aperçu du nombre de membres du personnel qui ont quitté l'établissement. Ce sont les établissements 1 et 3 qui sortent du lot, alors qu'il s'agit des organisations qui ont particulièrement bien réussi à renverser leur pyramide.

Tableau 35. Nombre de membres du personnel qui ont quitté l'institution depuis le projet pilote, par année

	Phase 1	Phase 2
Établissement pilote 1	6	11
Établissement pilote 2	6	0
Établissement pilote 3	0	4
Établissement pilote 4	2	2
Établissement pilote 5	25	20
Établissement pilote 6	0	0

Conformément à ce constat, dans ces établissements pilotes, la direction, l'encadrement et le personnel insistent sur le fait que le personnel qui y travaille doit être imprégné de la vision et que, si ce n'est pas le cas, la collaboration devient vite beaucoup plus difficile. Certaines institutions participant au projet sont d'ailleurs déjà plus sélectives dans leur processus de recrutement. La différence qui existe en termes de taux de départs entre les différents sites peut s'expliquer de la manière suivante : certains établissements, de par la philosophie qui les animait dès avant leur ralliement au projet Tubbe, ont davantage recruté des professionnels susceptibles d'être sensibles à la dynamique valorisée par le modèle. Une fois le projet lancé, les membres du personnel se sont facilement retrouvés dans l'état d'esprit valorisé. En revanche, sur d'autres sites, il est probable qu'un plus grand nombre de professionnels soient rattachés à la dynamique de la « vieille école » et qu'ils ne se sont pas retrouvés dans le modèle Tubbe.

« On devient plus sélectif. Ce matin, quelqu'un est venu nous voir, elle connaissait bien tel établissement. Elle a eu un entretien avec la personne responsable, qui m'a ensuite dit : 'Au secours, elle va détruire toute notre vision, elle n'a pas la capacité d'apprendre ces principes'. » (Focus Group direction et staff)

Dans les établissements qui ont profondément intégré le modèle Tubbe, on constate un glissement du travail axé sur la tâche vers un travail axé sur la personne. Les membres du personnel ne se cantonnent pas aux strictes tâches qui leur incombent, mais disposent d'une grande latitude et liberté d'action.

« Autrefois, nous ne pouvions lancer aucune initiative qui dépassait les limites de notre fonction. Nous étions des soignants, nous ne nous occupions pas de l'animation. Aujourd'hui, nous faisons bien plus de choses, nous sommes beaucoup plus impliqués. Nous pouvons par exemple aller faire du shopping ou aller au restaurant avec les personnes âgées. »

En résumé, l'intégration du modèle Tubbe au sein d'une organisation fait ressortir les différents courants dans la manière qu'ont les professionnels de concevoir leur mission d'accompagnement et de soin. D'ordinaire, ces différentes conceptions cohabitent sans que les écarts ne se fassent ressentir outre mesure. Mais l'intégration du modèle Tubbe pousse au dévoilement des manières de faire et de penser, ce qui génère parfois des tensions. Ceci explique pourquoi l'enthousiasme du personnel n'est pas unanime. Cette évolution prônée par Tubbe, qui suppose de passer d'un travail axé sur les tâches à un

travail axé sur l'humain, tend à augmenter et à mettre en lumière le fossé entre « l'ancienne » et la « nouvelle » école. Certains membres du personnel vivent parfois très mal les changements que suppose l'adoption du modèle Tubbe au sein d'une structure dans laquelle ils ont leurs habitudes et travaillent pour certains depuis longtemps. Ainsi, une partie des professionnels indique que leur situation professionnelle s'est détériorée (4%). Le taux de roulement au sein des organisations participant au projet est également plus élevé, de même que l'intention exprimée durant l'enquête de certains professionnels de quitter leur employeur actuel. Une partie du personnel, en revanche, se retrouve parfaitement bien dans le modèle. Ceux-là sont le moteur des évolutions très positives enregistrées durant l'enquête, mais, comme indiqué, ce changement de paradigme s'inscrit dans un processus qui ne se produit pas du jour au lendemain.

« C'est contagieux, d'autres le constatent et viennent demander quand ils peuvent commencer. C'est contagieux. » (Focus Group personnel)

« C'est amusant, en fait. On entend la même chose de la part des étudiants, ils sont tristes de devoir partir. Ils sont tous positifs. » (Focus Group personnel)

4.4.4. Résumé

Le modèle Tubbe n'a pas pour seul objectif de créer un lieu de vie agréable pour les personnes âgées, il vise aussi à garantir un cadre de travail plaisant et motivant pour les membres du personnel. L'un et l'autre sont intrinsèquement liés et interdépendants, c'est le point de départ de tout le processus.

Après dix-huit mois de mise en place du projet, les chiffres liés aux résultats de l'enquête renvoient une image contrastée : d'un côté, l'enthousiasme d'une partie des professionnels semble peu élevé, mais de l'autre, les membres des équipes interrogés perçoivent également une amélioration de leur situation de travail. Les changements que suppose l'implémentation du modèle ne sont pas du goût de tout le monde, ce qui est générateur de certaines tensions. En effet, nous l'avons vu, certains professionnels sont « davantage » conservateurs et ne voient pas d'un bon œil les adaptations qui leur sont demandées dans le cadre de leur travail. De fait, le modèle Tubbe demande plus de flexibilité, il implique de sortir parfois du cadre strict des fonctions attribuées, en vue de s'adapter au mieux à ce qui importe aux patients. Le modèle Tubbe suppose une organisation plus horizontale que dans les logiques plus classiques : peu importent la fonction des professionnels ou les tâches qui leur sont assignées, l'objectif est le bien-être de la personne âgée. Comme indiqué, cette façon de concevoir l'organisation au sein des MR/MRS ne convient pas à tout le monde, d'où la propension observée auprès de certains qui prévoient de quitter leur employeur.

4. Les résultats après un an et demi de « Tubbe »

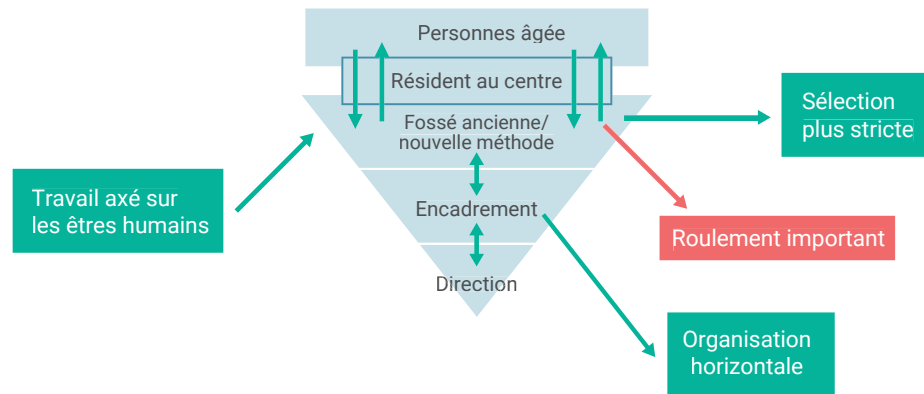


Figure 5 Modèle d'organisation du modèle Tubbe, conséquences d'un travail axé sur les tâches/l'humain

Que retenir ?

- ✓ Plus de la moitié des membres du personnel perçoivent une amélioration de leur situation de travail.
- ✓ Le changement de paradigme, qui suppose de centrer les soins sur la dimension humaine et relationnelle, crée un fossé entre les tenants de « l'ancienne » école (qui pensent leur travail en termes de tâches à effectuer) et ceux de la « nouvelle » école (qui se concentrent sur la « personne » qu'ils accompagnent). Ce fossé implique que certains ne se retrouvent plus dans la vision et la manière de travailler prônée par l'établissement qui les emploie, tandis que d'autres, une majorité, se sentent au contraire bien plus en accord avec leur pratique.
- ✓ Ainsi, en ce qui concerne les membres du personnel qui adhèrent à la vision prônée par le modèle Tubbe, ce changement de paradigme s'accompagne d'un fort enthousiasme et d'une grande fierté.

4.5. Rêver pour l'avenir

Dans le cadre des Focus Groups, nous avons également sondé le personnel, l'encadrement et la direction au sujet de leurs rêves : dans l'idéal, qu'est-ce qu'ils aimeraient pouvoir accomplir avec le modèle Tubbe ? Cette question, bien que rattachée à une dimension utopique, renvoie directement les professionnels aux défis immédiats qu'ils rencontrent par rapport à l'intégration du modèle Tubbe au quotidien.

Y compris pour les personnes atteintes de démence

Pour la plupart, les établissements ont fait le choix de se focaliser sur les départements n'accueillant pas en leur sein des personnes atteintes de troubles cognitifs. L'une des principales idées qui est ressortie lorsqu'a été abordée cette question du rêve, c'est d'intégrer les départements accueillant des personnes présentant des troubles cognitifs dans le projet.

« Je pense que si on veut exporter le modèle Tubbe, il faut s'y intéresser. Dans d'autres centres de soins, on trouve beaucoup de personnes atteintes de démence. La majorité, en fait. » (Focus Group direction et staff)

Notons toutefois ici que certains établissements, une minorité, ont déjà amorcé la dynamique et commencé à proposer un changement de paradigme y compris au sein des départements accueillant des personnes atteintes de troubles cognitifs.

« Nous avons reçu des retours positifs du département de la démence. Je pense qu'on dit souvent « ils n'en sont pas capables », mais c'est dans les petites choses. » (Focus Group direction et staff)

Davantage impliquer les familles

Les relations et la place des familles au sein de l'institution ne sont pas toujours simples. Pourtant, il apparaît que pour un grand nombre des professionnels, leur rôle n'en demeure pas moins essentiel. Une plus grande intégration des proches dans la vie de l'établissement s'inscrit bien entendu dans l'esprit du modèle Tubbe, à condition toutefois qu'ils n'empiètent pas sur la liberté de choix et d'action des résidents.

« Certaines familles ont parfois du mal à accepter que nous demandions parfois l'avis du résident à la place du leur. » (Focus Group direction et staff)

Aller encore plus loin

Enfin, ce qui ressort de ces moments d'échange autour de la question d'un idéal rêvé, c'est qu'une grande partie des personnes rencontrées souhaitent pousser plus loin la mise en œuvre du modèle. De quelle manière ? Certaines organisations dans lesquelles le modèle ne concerne qu'une partie de l'établissement souhaitent l'appliquer à son ensemble, d'autres veulent offrir aux résidents encore plus de liberté en termes de participation et de décision, d'autres encore ouvrir davantage le lieu pour permettre aux proches de s'inscrire de manière plus importante dans la vie collective au sein de l'établissement.

Que retenir ?

- ✓ La prochaine étape serait de se concentrer sur l'intégration des départements accueillant des personnes atteintes de troubles cognitifs au sein du projet Tubbe.
- ✓ Le prochain défi consisterait à impliquer davantage les familles.

Partie 5

Conclusions : une pyramide inversée (?)



Le modèle Tubbe vise à créer un environnement de vie au sein duquel chacun peut se sentir lui-même, se sentir chez lui, et vivre une vie qui puisse continuer à faire sens en fonction de ce qui lui importe. Pour y parvenir, le modèle Tubbe encourage les résidents à contribuer à la gestion de l'organisation. Ce ne sont donc pas les personnes âgées qui doivent s'adapter à l'organisation, mais l'établissement qui s'adapte à elles, ceci en favorisant autant que possible les moments d'écoute et de concertation individuelle et collective. C'est ainsi qu'est conçu ce modèle : il renverse la logique habituelle sur laquelle s'appuient généralement les organisations accueillant les personnes âgées qui ne peuvent plus vivre à leur domicile. Le bien-être des résidents étant inévitablement lié à celui des professionnels, le modèle Tubbe mise sur un cadre de travail valorisant, agréable et motivant.

Au printemps 2017, six MR/MRS belges ont commencé à intégrer ce modèle dans leur organisation. Durant l'ensemble de cette enquête, nous nous sommes attachés à évaluer, sur base des données qualitatives et quantitatives que nous avons pu recueillir auprès des enquêtés, l'impact de l'implémentation du modèle au sein des différents sites pilotes. Nous nous sommes concentrés sur les implications produites par l'introduction du modèle dans les pratiques, nous avons observé la transformation des processus mis en œuvre au sein des départements, en relevant ce qui fonctionnait bien et ce qui semblait moins bien fonctionner, tout en identifiant les raisons de ces réussites et de ces échecs.

5.1. Impact du modèle Tubbe sur les sites pilotes

Le modèle Tubbe poursuit les objectifs suivants pour les différents acteurs concernés :

- Pour les personnes âgées /résidents : offrir un cadre agréable et attrayant où ils peuvent s'épanouir et profiter de la vie.
- Pour le personnel : développer un espace de travail valorisant, motivant et convivial.
- Pour l'établissement : permettre une offre de services et de soins à la fois efficiente et plus humaine.

Dans quelle mesure l'implémentation du projet Tubbe au sein des sites pilotes a-t-elle permis d'atteindre les principaux objectifs liés au modèle ? Pour répondre à cette question, nous avons investigué trois axes principaux :

Le **premier axe de recherche** visait à déterminer si le projet pilote avait contribué à créer un lieu agréable et attrayant, où les personnes âgées peuvent s'épanouir. De manière générale, on constate une augmentation de la satisfaction des résidents par rapport à l'organisation. Par ailleurs, la majeure partie du personnel indique percevoir une amélioration de la qualité des soins au sein de leur département grâce à l'implémentation du modèle Tubbe. Nous observons également une tendance positive pour toute une série d'autres indicateurs. Par exemple, le degré d'implication des personnes âgées a augmenté, elles sont plus nombreuses à affirmer entretenir un lien étroit avec le personnel et être écoutées par le personnel quand elles expriment leurs souhaits et difficultés. C'est précisément l'un des principes clés du modèle Tubbe : miser sur la participation et l'investissement des personnes âgées en leur offrant une grande disponibilité et une écoute attentive.

Comme nous l'avons souligné, les personnes âgées elles-mêmes ne remarquent pas ou peu de changements. Souvent, elles sont d'avis que les choses sont bien telles qu'elles sont et ne ressentent pas de besoin de changement. Cette situation s'explique notamment par le fait que la génération actuelle des résidents n'a pas l'habitude de participer et de faire entendre sa voix. Par ailleurs, ils se considèrent aussi comme des clients : ils paient pour les soins et l'aide dont ils bénéficient et estiment que le personnel sait bien ce qui est bon pour eux. Ajoutons encore que leur perception du temps et leur point de vue sont logiquement forts différents de ceux du personnel. Pour eux, l'établissement est l'endroit où ils passeront la fin de leur vie, parce qu'il ne leur est plus possible d'habiter chez eux. Pour les membres du personnel, en revanche, il s'agit d'un environnement de travail dans lequel ils s'investiront souvent pendant des années.

Nous l'avons souligné, c'est essentiellement le personnel qui perçoit l'impact de l'intégration du modèle Tubbe. C'est en effet lui qui observe un changement dans la manière de travailler au quotidien et qui souligne l'effet qu'il a sur les résidents (ex. ils sortent davantage de leur chambre) et dans les relations qu'il entretient avec eux (ex. sentiment d'une plus grande implication).

En ce qui concerne ce premier axe d'investigation, nous pouvons donc conclure, que les résultats font état d'un impact positif de l'intégration du modèle Tubbe sur la vie quotidienne des personnes âgées dans les établissements.

Le **deuxième axe de recherche** portait sur le personnel. Le point de départ du modèle Tubbe est qu'il est impossible de se concentrer sur des soins relationnels et attribuer aux personnes âgées une place centrale sans instaurer un cadre de travail agréable et motivant pour le personnel. Dans quelle mesure l'implémentation du modèle a-t-elle porté ses fruits à ce niveau ? La réponse à cette question est double et nuancée. D'un côté, nous constatons une baisse de l'enthousiasme auprès d'une partie des membres du personnel et une augmentation des personnes qui prévoient de quitter leur employeur. D'un autre côté, une grande partie du personnel perçoit une amélioration dans sa situation de travail. Cette dualité est confirmée par les Focus Groups. L'intégration du modèle Tubbe a entraîné un changement dans la manière de travailler, qui est désormais axée sur les rapports humains plutôt que sur les tâches. Tous les membres du personnel ne s'y retrouvent pas et cela se traduit par un fossé entre les tenants de « l'ancienne » et ceux de la « nouvelle » école. Ce qui est marquant, c'est que cette situation se manifeste principalement dans les établissements qui ont été le plus loin dans l'intégration du modèle Tubbe au sein de leurs pratiques. Ces résultats sont similaires à ceux recueillis en Suède : travailler avec le modèle Tubbe nécessite une certaine disposition de savoir-être et de savoir-faire incluant la flexibilité et certaines compétences. Les tâches dépassent souvent le cadre strict de la fonction, et tout le monde ne se retrouve pas dans ce profil (Bohlin, 2015). Soulignons que les professionnels qui se sentent en accord avec cette approche expriment toute la satisfaction qui est la leur et font preuve d'un grand enthousiasme quant à la mise en place de la démarche.

Le **dernier axe de recherche** s'intéressait à l'impact du modèle sur l'organisation globale de l'établissement : l'intégration du modèle Tubbe a-t-elle effectivement entraîné une approche plus efficace et efficiente des soins dispensés aux personnes âgées ? Le modèle

Tubbe engendre-t-il davantage de travail ? Demande-t-il plus de temps ? Dans les organisations où l'intégration du modèle Tubbe s'est avérée plus difficile, les professionnels considèrent souvent le modèle Tubbe comme une source de travail supplémentaire. Toutefois, cela ne s'applique pas aux établissements qui ont entièrement adopté le modèle Tubbe. La mise en œuvre du modèle exige donc un temps d'adaptation et des efforts de la part des organisations. Cela doit se traduire par des formations, du coaching et des échanges constants au sein des équipes. Ainsi à moyen-long terme, nous constatons que l'accompagnement (formation, coaching, échanges) porte ses fruits et que les mécanismes de réflexivité se déploient de plus en plus naturellement et de manière fluidifiée, produisant ainsi un changement majeur et global dans les organisations qui se sont engagées de manière déterminée dans le projet.

En ce qui concerne les indicateurs objectifs de la qualité des soins au niveau organisationnel, nous n'observons que peu de différences. L'impact sur les chutes et la consommation de médicaments est également pratiquement nul. Il est important de rappeler ici que l'enquête s'est déroulée sur un nombre relativement restreint d'organisations et sur une période assez courte. Il faut en tenir compte lorsque l'on se rapporte aux résultats exposés.

Le fait que le nombre d'alarmes au sein d'un des établissements ait significativement baissé souligne le potentiel de ce modèle pour une approche efficiente et de haute qualité des soins aux personnes âgées. Par ailleurs, le modèle semble renforcer l'autonomie des personnes âgées sans affecter la qualité des soins.

Rappelons ici certaines limites liées à la présente recherche. Avant toute chose, cette dernière s'est concentrée sur un petit nombre d'organisations : seuls quelques sites en Belgique ont commencé à travailler avec ce modèle. Par ailleurs, les établissements participant au projet montraient déjà au moment du début de l'implémentation du modèle certaines prédispositions favorables à son bon développement. En effet, l'un des points communs qui relie les différents établissements participant au projet est la forte volonté de la part de la direction de faire évoluer les mentalités et les pratiques au sein de son organisation. D'autre part, il nous apparaît important de rappeler que la partie de l'enquête menée auprès des personnes âgées concernait uniquement des individus ne présentant pas de déficience cognitive. Les chiffres exposés ne représentent donc pas l'ensemble des personnes vivant au sein des établissements ayant participé à l'enquête. En outre, le présent rapport d'évaluation porte sur des données recueillies à différents intervalles sur une durée d'un an et demi après le début du projet, ce qui est relativement court et implique de se rapporter aux résultats de manière prudente.

Toutefois, l'enquête donne une bonne indication des possibilités que le modèle offre pour faire évoluer les modalités d'accompagnement et de soins des personnes âgées en Belgique. Le croisement entre les chiffres et les différents entretiens individuels réalisés nous ont permis d'avoir une bonne idée de l'opinion et de l'expérience des résidents au sein des établissements concernés à propos de leur prise en charge.

5.2. Le modèle Tubbe dans la pratique : l'importance des petites choses

Dans notre démarche d'évaluation, nous avons non seulement pris en compte l'impact du modèle sur les personnes âgées, le personnel et l'établissement, mais nous avons aussi essayé d'identifier les facteurs de réussite, les conditions préalables et les écueils de l'intégration du modèle Tubbe.

Facteur de succès : une réflexion critique et un coaching constant

Le modèle Tubbe se déploie de manière efficiente uniquement lorsque l'écoute - celle des professionnels envers les résidents, et celle de l'encadrement et de la direction envers les professionnels - guide l'ensemble de la logique portée par et au sein de l'organisation. L'écoute est pour ainsi dire la caractéristique première du modèle Tubbe. Elle n'est cependant pas toujours facile à mettre en œuvre, tant les professionnels ont l'habitude de décider à la place des résidents ce qui est bon ou non pour eux. L'implémentation du modèle Tubbe et le déploiement de l'écoute qu'elle suppose au sein des organisations implique un changement de mentalité et de paradigme, que le coaching et la formation peuvent largement aider à concrétiser. Par ailleurs, les moments de réflexivité et de discussion collective entre les professionnels au quotidien sont essentiels pour élaborer un accompagnement cohérent. Ces moments de réflexivité et de discussion peuvent être formels (réunion d'équipe), mais également informels, et se déployer dans le flux des interactions quotidiennes.

L'idée principale sous-tendue par cette dynamique de réflexivité est de faire en sorte que les professionnels se mettent à la place du résident pour tenter de lui offrir un accompagnement aussi ajusté que possible à sa personne et à ses souhaits. L'échange continu entre les professionnels permet que la représentation qu'ils se font de ce qui importe pour le résident ne soit pas tributaire du regard de l'un ou l'autre membre du personnel, mais bien partagé entre les différents membres de l'équipe.

Lorsque cette dynamique est bien intégrée au sein de l'établissement, l'on assiste à un changement en profondeur dans l'accompagnement et les soins proposés, essentiellement caractérisés par leur dimension relationnelle et humaine.

Facteur de succès : la coconstruction

En plus de l'écoute, le modèle Tubbe implique obligatoirement une élaboration commune. En effet, ce modèle n'est pas à appliquer tel quel, comme si l'on suivait une recette de cuisine, mais il nécessite une co-construction. Ainsi, le modèle Tubbe peut prendre autant de formes qu'il existe de lieux au sein desquels il est susceptible de se déployer. L'idée n'est pas d'imposer une vision toute faite mais bien de construire cette vision, en faisant en sorte que chacun puisse participer à son élaboration et se l'approprier. Étant susceptible d'être alimentée par chacune des personnes vivant ou travaillant au sein de l'établissement, la forme que prend le modèle n'est pas fixe, elle est amenée à changer, à constamment évoluer, en fonction du sens que souhaitent lui donner ses « artisans ». Comme nous l'avons souligné, en ce qui concerne les sites belges (nos collègues suédois ne nous ont pas rapporté la même expérience), ce n'est pas lors de réunions formelles que professionnels et résidents parviennent à élaborer ensemble la forme qu'ils souhaitent donner aux différents aspects autour desquels fonctionne la vie en communauté, mais bien dans les échanges qui ponctuent la vie quotidienne.

Le modèle Tubbe suppose donc l'élaboration d'une vision commune et partagée avec tous les membres du personnel. Si ce n'est pas le cas, la situation risque de générer des incertitudes et de la frustration au sein du personnel.

Condition : une dynamique inclusive, participative et égalitaire

L'implication de l'ensemble des professionnels dans la dynamique de co-construction d'une vision commune est indispensable, car c'est la seule façon pour qu'un cadre commun soit adopté/approprié par tous et puisse constituer un référent cohérent, malgré sa dimension dynamique et évolutive. L'ensemble des professionnels, l'encadrement et la direction doivent se rassembler autour d'un objectif commun, qui est celui de permettre aux résidents d'être au centre, à travers l'accompagnement relationnel, et de pouvoir continuer à vivre une vie qui fasse sens pour eux.

Défi : gérer le fossé qui existe entre les tenants de l' « ancienne » et ceux de la « nouvelle » école

L'implémentation du modèle Tubbe suppose de mettre en place une organisation horizontale, axée sur la dimension humaine et relationnelle, et non pas strictement sur la réalisation des tâches, comme c'est traditionnellement le cas dans la plupart des établissements. Certains professionnels ont davantage de sensibilité pour l'approche relationnelle, mais tous ne se retrouvent pas dans cette façon de travailler. Il s'agit pour l'organisation d'opérer une transition qui prenne forme dans l'accompagnement pédagogique, la formation et le coaching, afin de favoriser une appropriation par le plus grand nombre de cette façon de travailler. Cela prend du temps, et il est parfois nécessaire de reconnaître que tous les professionnels, malgré le processus de sensibilisation et les effets positifs produits par l'implémentation du modèle sur les résidents, ne se retrouvent pas dans cette évolution.

Conclusion : l'importance de l'attention

Il n'existe pas de mode d'emploi du modèle Tubbe, pas de formule toute faite. Son intégration prend la forme d'un processus marqué par des tâtonnements successifs, ponctué d'essais, parfois de ratés, bien souvent de réussites. L'essentiel réside dans le processus de réflexivité et de remise en question quant à l'authenticité et à la visée des actions - locales et globales - entreprises : sont-ce bien les personnes accompagnées, dans ce qui fait sens pour elles-mêmes - individuellement et collectivement -, qui sont visées ? Sont-ce bien les résidents qui sont au centre des priorités et préoccupations ? Une telle approche suppose très concrètement pour les professionnels de s'inscrire avant toute chose dans une position d'écoute, de s'attacher à répondre autant que possible et dans la mesure du raisonnable aux souhaits des résidents. Il ne s'agit pas spécialement de céder à tout et à n'importe quoi, mais bien d'accorder de l'attention à la personne âgée, dans le détail de ce qui lui importe, à travers les petites choses de la vie.

« Il s'agit souvent de petites choses : si vous en tenez compte, vous verrez de grands changements. » (Focus Group personnel)

5.3. La pyramide inversée (?)

Depuis plus d'un an et demi, six établissements pilotes travaillent avec le modèle Tubbe, chacun à sa manière et à son rythme, dans le but de renverser la pyramide et de vraiment mettre les résidents au centre des préoccupations.

De manière générale, les résultats de cette enquête évaluative révèlent que la mise en œuvre du modèle Tubbe se traduit de manière positive dans les MR/MRS concernées. Les personnes âgées éprouvent une plus grande satisfaction, se sentent plus impliquées et nouent davantage de liens entre eux et avec les professionnels. Ce sentiment positif est également partagé par une grande partie du personnel, et il est plus fort dans les organisations où le modèle Tubbe a été résolument implémenté.

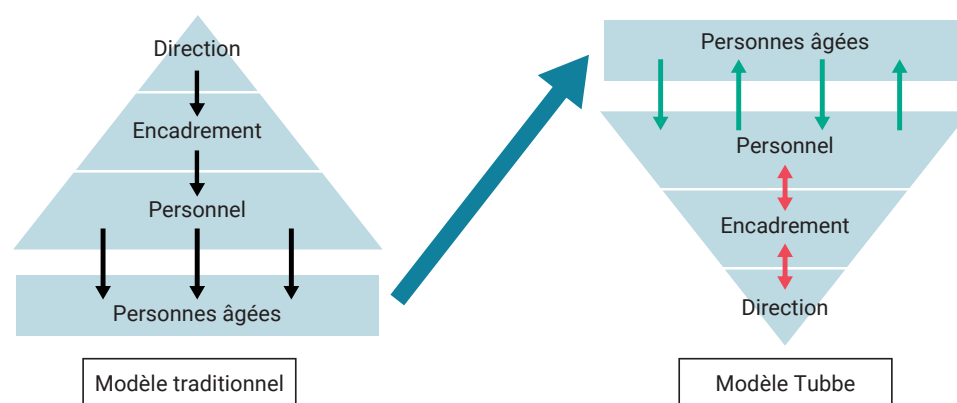


Figure 6 Du modèle d'organisation traditionnel au modèle Tubbe

Cela ne signifie pas que la pyramide de chaque organisation a déjà été complètement renversée. Le plus grand défi semble résider dans la couche intermédiaire du personnel. Ce n'est qu'à partir du moment où ils ont toute latitude pour s'exprimer, être entendus par l'encadrement et la direction et construire, avec les résidents, une réelle dynamique commune qu'un véritable renversement de la pyramide peut s'opérer. Lorsque c'est le cas, les résultats liés à l'implémentation du modèle Tubbe font ressortir toute la force et la pertinence de celui-ci.

Tous les établissements, et ceci à tous les niveaux, rêvent d'avoir encore plus de « Tubbe » dans leur organisation, ce qui souligne cette tendance positive, ce potentiel et cette ambition de concrétiser un réel renversement de la pyramide.

RÉFÉRENCES

- Bohlin, L. (2015). *Our way of looking at a more relationship-based form of care for the elderly. Based on our relation-based care model*, Tjörn Municipality.
- Chen, H. (2005). *Practical Program Evaluation. Assessing and Improving Planning, Implementation, and Effectiveness*. Thousand Oaks: Sage.
- Cornelis, E., Vanbosseghem, R., Desmet, V. & De Vriendt, P. (2016). *Betekenisvolle activiteiten methode. Een multidisciplinaire en praktijkgerichte aanpak voor bewoners van woonzorgcentra*. Brussel: Politeia.
- Håkansson, K. (2016). *The Relational Model ("Tubbe") on Tjörn. Evaluation of possible effects on quality in elderly care - a "mini-research"*
- Hermans, K. (2014). Methodiekontwikkeling, evaluatieonderzoek en de body of knowledge van het sociaal werk. *Journal of Social Intervention*, 23(1), 33-52.
- Machielse, A. (2015). *Ouderen in sociaal isolement. Ervaren baat van hulp*. Movisie.
- Ménoret, M. (2015). *La prescription d'autonomie en médecine*, *Anthropologie & santé*, n°10.
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco
- Schaufeli, W.B. & Baker, A.B. (2003). *Voorlopige handleiding Utrechtse Bevoegheidschaal (UBES)*. Universiteit Utrecht: Sectie Psychologie van Arbeid, Gezondheid en Organisatie.
- Steens, R. (2015). *Intensieve pedagogische thuisbegeleiding in beeld. Een praktijkgestuurd onderzoek en de opbouw een academische werkplaats*. HIVA: KULeuven.
- Steyaert, J., van Biggelaar, T., & Peels, J. (2010). *De bijziendheid van evidence based practice: beroepsinnovatie in de sociale sector*. Amsterdam: SWP.
- Van Malderen, L., De Vriendt, P., Mets, T. & Gorus, E. (2016). 'Active ageing within the nursing home: a study in Flanders, Belgium'. *European Journal of Ageing*, 13(3), 219-230
- Van Regenmortel, T., Hermans, K., & Steens, R. (2013). Het concept 'empowerende academische werkplaats'. Een innovatieve vorm van samenwerken aan werkzame kennis. *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, 37(333), 36-48.
- Zorg en Gezondheid (2018). *Zorgzwaarte in de ouderenzorg -2016 [Online publicatie]*. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen, 2018 [geraadpleegd op 10/09/2019], Beschikbaar op: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/zorgzwaarte-in-deouderenzorg>

ANNEXES

1. Questionnaire résidents	81
2. Questionnaire personnel	85
3. Trame Focus Group personnel	93
4. Trame pour les interviews des résidents	99
5. Liste des tableaux	107
6. Liste des figures	109

ANNEXE 1 - QUESTIONNAIRE RESIDENTS

Nous voudrions vous poser quelques questions dans le cadre d'une enquête que nous menons au sein de la maison de repos. Veuillez s.v.p. répondre à celles-ci de manière aussi honnête que possible. Toutes vos réponses sont anonymes.

1. Quelle est la date d'aujourd'hui? _____ / _____ / _____

2. Êtes-vous un(e) (entourez): Homme / femme

3. Quelle est votre date de naissance? _____ / _____ / _____

4. Quelle est la première lettre de votre prénom? _____

5. Quelle est la première lettre de votre nom de famille? _____

6. Depuis combien de temps vivez-vous dans l'établissement?

- moins d'un 1 an
- 1 à 3 an(s)
- plus de 3 ans
- je ne sais pas

7. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de l'établissement? (Entourez un chiffre entre 1 et 5)

 Très insatisfait				 Très satisfait
1	2	3	4	5






8. Choisiriez-vous à nouveau de venir vivre ici?

- Oui
- Non

9. Recommanderiez-vous l'établissement à votre famille ou vos amis?

- Oui
- Non

10. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait dans les domaines suivants?

	 Pas du tout satisfait				 Complètement satisfait
Les repas qui sont au menu.	1	2	3	4	5
La convivialité dans la salle à manger.	1	2	3	4	5
L'aménagement des espaces.	1	2	3	4	5
Les activités qui sont proposées.	1	2	3	4	5
La manière dont le personnel vous traite.	1	2	3	4	5
Le moment où vous recevez l'aide du personnel (par exemple, pour se laver, s'habiller...).	1	2	3	4	5

11. Avez-vous observé des changements ces derniers mois dans l'établissement?

- Non
 Oui

Si vous avez répondu 'oui', pouvez-vous écrire ici ce qui a changé:

12. Vous trouverez ci-dessous plusieurs énoncés. Veuillez s.v.p. entourer le chiffre qui correspond à votre avis.

	 Pas du tout d'accord				 Tout-à-fait d'accord
J'ai un lien fort avec au moins un des membres du personnel.	1	2	3	4	5
J'ai beaucoup de contact avec les autres personnes qui vivent ici.	1	2	3	4	5
Je me sens utile.	1	2	3	4	5
Ici, je me sens à la maison.	1	2	3	4	5
Le personnel m'écoute quand j'ai des questions ou des plaintes.	1	2	3	4	5

13. Je participe parfois à la prise de décisions avec le personnel (par exemple, sur la nourriture, l'ameublement, les activités).

- Non
- Oui

Si oui: Dans quels domaines prenez-vous ensemble des décisions?

14. Indiquez si vous participez à la prise de décisions dans les domaines suivants:

	Oui	Non	Je ne sais pas
Les repas qui sont au menu			
L'aménagement des espaces communs			
Les activités qui vont être organisées			
Les nouveaux membres du personnel qui vont venir travailler ici			
Le moment où j'ai besoin de l'aide du personnel (par exemple, pour se laver, s'habiller...)			

Merci pour votre participation!



ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE PERSONNEL

Cher collaborateur,

Le département dans lequel vous travaillez fonctionnera durant les années à venir avec un nouveau modèle (Tubbe), dans le cadre d'une étude de la Fondation Roi Baudouin.

D'une part, nous souhaitons déterminer si le nouveau modèle a un effet sur les soins pour les personnes âgées. D'autre part, nous voulons aussi voir si le nouveau modèle a une influence sur votre travail et sur la manière dont vous vivez votre travail. C'est pourquoi il est crucial que nous vous posions quelques questions.

Au cours de cette recherche, nous vous donnerons ce bref questionnaire à 3 reprises. De cette manière, nous pourrions regarder si il y a une évolution au fil du temps. Toutefois, ces questionnaires sont anonymes et seul le chercheur aura accès à ceux-ci.

Répondre à ce questionnaire vous prendra environ 15 minutes.

D'avance merci
L'équipe RESSORT
L'équipe VONK 3



Les initiales du nom de votre mère

Au cours de cette recherche, nous vous donnerons ce bref questionnaire à 3 reprises. De cette manière, nous pourrons regarder si il y a une évolution au fil du temps.

Pour pouvoir déterminer si vos questions évoluent, nous vous demanderons les initiales de votre mère. De cette manière, le chercheur pourra relier vos trois questionnaires personnels.

Quelles sont les initiales du nom de votre mère?

_____ (initiale prénom) + _____ (initiale nom de famille)

Quelle est la date d'aujourd'hui? ____ / ____ / ____

Département

Pour commencer, nous souhaitons vous poser quelques questions à propos du département dans lequel vous travaillez et de la fonction que vous occupez.

1. Veuillez sélectionner ci-dessous le département dans lequel vous travaillez principalement. Si vous travaillez dans plusieurs départements/services pour un temps de travail équivalent, choisissez seulement un département.

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maison 63-65 | <input type="checkbox"/> Maison 77-79 |
| <input type="checkbox"/> Maison 67-69 | <input type="checkbox"/> Maison 75B |
| <input type="checkbox"/> Maison 73-75 | <input type="checkbox"/> DVC |

Complétez la suite du questionnaire en pensant à ce département.

2. Quelle fonction remplissez-vous? (infirmier(e), aide-soignant(e), animateur,...)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infirmier(ière) | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant(e) | <input type="checkbox"/> Educateur(trice) |
| <input type="checkbox"/> Animateur(trice) | <input type="checkbox"/> Assistant(e) social(e) |
| <input type="checkbox"/> Agent polyvalent | <input type="checkbox"/> Secrétaire de direction |
| <input type="checkbox"/> Agent d'accueil | <input type="checkbox"/> Directeur(trice) |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Coiffeur |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Pédicure |
| <input type="checkbox"/> Agent de salle et de cuisine | <input type="checkbox"/> Autre: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ouvrier de maintenance | |
| <input type="checkbox"/> Logopède | |

3. Depuis combien de temps travaillez-vous dans l'unité de vie/le département actuel(le)?

- Moins de 6 mois
- Entre 6 mois et un an
- Entre un an et 5 ans
- Plus de 5 ans

Expérience vécue au travail

Dans cette partie, nous voulons comprendre comment vous vivez votre travail et comment votre situation de travail a évolué - ou non - au cours de l'année dernière.

1. Les énoncés suivants consistent à voir comment vous vivez votre travail et comment vous vous sentez à cet égard.

Veuillez-vous s.v.p. bien indiquer la fréquence à laquelle chaque énoncé est d'application pour vous, en mettant le chiffre le plus adéquat (de 0 à 6) après chaque énoncé.

Jamais	Sporadiquement	De temps en temps	Régulièrement	Souvent	Très souvent	Toujours
0	1	2	3	4	5	6
Jamais	Plusieurs fois par an ou moins	Une fois par mois ou moins	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours

	Votre score
Je bouillonne d'énergie au travail.	
Quand je travaille, je me sens en forme et fort(e).	
Je suis enthousiaste par rapport à mon travail.	
Mon travail m'inspire.	
Quand je me lève le matin, j'ai envie d'aller au travail.	
Quand je travaille très intensivement, je me sens heureux(-se).	
Je suis fier(e) du travail que je fais.	
Je suis complètement absorbé(e) par mon travail.	
Mon travail m'enchanté.	

2. Avez-vous l'intention de quitter votre employeur actuel dans l'année?

- Non
- Oui

3. Est-ce que **votre situation de travail** a changé depuis que votre établissement collabore au projet de la Fondation Roi Baudouin?

- Elle s'est fortement améliorée
- Elle s'est améliorée
- Pas de changement
- Elle s'est empirée
- Elle s'est fortement empirée

Si vous avez indiqué qu'il y a eu un changement, décrivez ci-dessous brièvement ce qui a changé.

4. **Groupes de travail:** Veuillez remplir le tableau ci-dessous si vous participez à un(des) groupe(s) de travail. Nous entendons par groupe de travail, des moments de concertation avec les personnes âgées et/ou avec le personnel pendant lesquels on discute sur un thème donné (ex.: l'ameublement, les repas...).

Groupe de travail (Titre / thème du groupe de travail)	Participez-vous au groupe de travail?	Les personnes âgées participent-elles au groupe de travail?
La participation des personnes âgées dans le fonctionnement de l'établissement/du département (prises de décisions)	Oui / Non	Oui / Non
Des soins appropriés pour les personnes âgées	Oui / Non	Oui / Non
Dynamique relationnelle, le contact entre les personnes âgées et les professionnels,...	Oui / Non	Oui / Non
Activités/animation	Oui / Non	Oui / Non
Repas/alimentation	Oui / Non	Oui / Non
Cadre de vie (dimension "foyer")	Oui / Non	Oui / Non
Accueil	Oui / Non	Oui / Non
Gestion du personnel	Oui / Non	Oui / Non
Autre:	Oui / Non	Oui / Non
Autre:	Oui / Non	Oui / Non
Autre:	Oui / Non	Oui / Non
Autre:	Oui / Non	Oui / Non

5. Nous voulons maintenant aborder plus amplement quelques éléments spécifiques relatifs à votre situation de travail à l'aide de plusieurs énoncés. Veuillez s.v.p. indiquer votre degré d'accord.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord ni d'accord	D'accord	Tout-à-fait d'accord
J'ai une influence sur la manière dont le département fonctionne.					
J'exécute parfois des tâches qui ne correspondent pas à ma fonction.					
Je trouverais acceptable d'exécuter parfois des tâches qui ne correspondent pas à ma fonction.					
L'environnement de travail physique est agréable.					
J'ai une influence sur mon horaire de travail (planification des congés, changement(s) dans l'horaire d'une journée...)					
L'ambiance de travail du département dans lequel je travaille est bonne.					
Dans ce département, je me sens respecté(e) au travail.					
Dans ce département, nous travaillons ensemble à un but commun.					

Les soins

Vous trouverez ci-dessous quelques questions par rapport aux soins qui sont prodigués dans votre département.

6. Comment décririez-vous la qualité des soins dans ce département?

- Très faible
- Faible
- Convenable
- Bonne
- Excellente

7. Est-ce que la qualité des soins dans ce département a changé depuis que votre établissement collabore au projet de la Fondation Roi Baudouin?
- Elle s'est fortement améliorée
 - Elle s'est améliorée
 - Pas de changement
 - Elle s'est empirée
 - Elle s'est fortement empirée

Si vous avez indiqué qu'il y a eu un changement, décrivez ci-dessous brièvement ce qui a changé.

8. Nous voulons maintenant aborder plus amplement quelques éléments spécifiques à la manière dont les soins sont organisés actuellement dans l'unité de vie/le département, à l'aide de plusieurs énoncés.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord ni d'accord	D'accord	Tout-à-fait d'accord
Le département est animé par une philosophie très claire.					
Je ressens un lien fort avec les personnes âgées.					
J'ai le temps de construire un lien fort avec les personnes âgées.					
Les personnes âgées peuvent elles-mêmes élaborer des activités et/ou les encadrer.					
Les espaces communs (par exemple, la salle à manger, le salon, les couloirs...) dégagent une ambiance agréable, intime.					
Les jours de la semaine, il y a différentes activités pour les personnes âgées.					
Nous mangeons et buvons ensemble avec les personnes âgées.					
Les personnes âgées peuvent prendre part aux décisions sur le fonctionnement du département.					

9. Voici quelques énoncés à propos de votre perception des compétences des personnes âgées en général. Veuillez s.v.p. indiquer votre degré d'accord.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord ni d'accord	D'accord	Tout-à-fait d'accord
Beaucoup de personnes âgées ne font que vivre dans le passé.					
Je n'apprécie pas que les personnes âgées engagent la conversation avec moi.					
Il peut paraître normal de se sentir déprimé quand on est entouré de personnes âgées.					
Il est préférable que les personnes âgées vivent là où elles ne gênent personne.					
La plupart des personnes âgées sont d'agréable compagnie.					
La plupart des personnes âgées sont intéressantes car chacune possède sa propre identité.					
La plupart des personnes âgées peuvent être agaçantes car elles racontent sans cesse les mêmes histoires.					
Les personnes âgées se plaignent davantage que les autres.					
Il est inutile de demander son avis à une personne âgée pour les décisions qui la concernent.					
Il est inutile de demander son avis à une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer pour les décisions qui la concernent.					

ANNEXE 3 - TRAME FOCUS GROUP PERSONNEL

Trame

FOCUS GROUP PERSONNEL-
PHASE PILOTE DE L'IMPLÉMENTATION DU MODÈLE TUBBE

Juin 2018

1. Préparation

- Local calme au sein de la MR/MRS
- Demande auprès de l'organisation : boisson et en-cas
- Préparer le formulaire de consentement éclairé
- Petit cadeau pour les participants
- Matériel d'enregistrement
- Accompagnement: modérateur et rapporteur

2. Répondants

- 6 à 10 participants
- Membres du personnel issus de différents groupes de métiers, pas uniquement des infirmiers ou aides-soignants
- Mix de membres du personnel impliqués dans les groupes de travail et d'autres moins impliqués
- Pas de membre de la direction ou de responsable administratif

3. Accueil

- Le modérateur accueille les participants et se présente, ainsi que le rapporteur + remercie les participants pour leur présence ('5).
- On profite de l'occasion pour se présenter brièvement l'un à l'autre ('5)
 - ♦ Idée : présentez-vous en 3 mots (dont un correspond à votre fonction)
 - ♦ Exemple de Leen :
 - Chercheuse
 - Enthousiaste
 - Pas du matin
- Explication de l'importance de la contribution des participants et de l'enjeu du Focus Group
 - ♦ *But*
Il y a environ un an, votre organisation a commencé à tester le modèle Tubbe en tant qu'un des partenaires pilotes wallons du projet. Après un an, nous souhaitons connaître votre avis et votre expérience à ce sujet. De cette façon, nous pourrions voir ce qui fonctionne, mais aussi ce qui fonctionne moins bien, quels sont les freins, les pièges, etc. Le but étant d'apprendre de ces expériences pour le futur.
- L'attitude neutre du modérateur et du rapporteur doit être explicite et sans ambiguïté
 - ♦ Climat de confiance
 - ♦ Les propos émis n'auront aucune conséquence sur les participants
 - ♦ L'anonymat des participants est garanti dans le rapport
→ les données y seront traitées de façon anonymisée
 - ♦ Explication du consentement éclairé (voir annexe 1) - début de l'enregistrement (le signaler aux participants)

- Explication des règles de base
 - ♦ Chacun est libre de donner son avis personnel
 - ♦ Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses
 - ♦ Ne pas interrompre ou commencer à parler en même temps que quelqu'un d'autre
 - ♦ Respecter la vie privée de chacun, ce qui se dit au sein de ce groupe reste dans ce groupe
 - ♦ Eteindre son téléphone

- Déroulement

Le focus group en lui-même comprend quatre parties d'environ 20 minutes chacune. A la fin de chaque cycle, le modérateur résume ce qui a été dit et demande si chaque répondant a pu dire ce qu'il/elle avait à dire à propos du sujet ou s'il y a encore des commentaires ou choses à ajouter.

4. Liste des sujets

Partie 1: ouverture

Comment expliqueriez-vous à votre famille en quoi consiste le modèle Tubbe ?

- *Eventuellement d'abord laisser chacun écrire ses premières idées sur un post-it ?*

Partie 2: réalisations concrètes du modèle Tubbe

Comment votre organisation s'est-elle concrètement lancée dans le modèle Tubbe ? [en guise de préparation, bien passer en revue le formulaire compléter par les membres de la direction au sein de chaque organisation, afin de pouvoir poser des questions plus ciblées]

- Quelles actions ont été mises sur pied ?
 - ♦ Qui est impliqué ?
 - Personnes âgées
 - Personnel : qui précisément ? (quelles fonctions)
 - ♦ Bonnes actions ?
 - Pourquoi (pas) ?
 - Actions ayant une plus-value :
 - > Pour les personnes âgées
 - > Pour vous en tant que membre du personnel

Partie 3: changements

Avez-vous observé des changements au cours de l'année passée au sein de votre organisation ?

- ♦ Sentiment d'être chez soi de la part des personnes âgées
- ♦ Relations
 - Entre les personnes âgées entre elles
 - Entre les personnes âgées et les membres du personnel
 - Entre le personnel et le management ou la direction ?

- Activités
 - Offre
 - Organisation

- ♦ Participation et autonomie des personnes âgées
 - Décisions des personnes âgées dans leur vie au quotidien :
 - > Activités
 - > Soins
 - > Nourriture
 - > Dormir
 - > Aménagement de la chambre / des espaces communs / ...
 - > Personnel
 - La mesure dans laquelle les personnes âgées font elles-mêmes des choses

- ♦ Participation et autonomie du personnel
 - Décisions du personnel quant à son propre fonctionnement :
 - > Co-décider:
 - Si oui
 - > A propos de quoi?
 - > Positif ou négatif? Pourquoi?
 - Si non
 - > Pourquoi pas selon vous ?
 - > Besoin de plus ou non ?
 - > Décider de façon autonome :
 - Si oui
 - > A propos de quoi?
 - > Positif ou négatif? Pourquoi?
 - Si non
 - > Pourquoi pas selon vous ?
 - > Besoin de plus ou non ?
 - > Implication dans l'organisation/le fonctionnement concret de la MR/MRS (faire soi-même)
 - Si oui
 - > A propos de quoi?
 - > Positif ou négatif? Pourquoi?
 - Si non
 - > Pourquoi pas selon vous ?
 - > Besoin de plus ou non ?

Partie 4: question du rêve

Si vous pouviez rêver: que souhaiteriez-vous encore pouvoir tester ou changer au sein de votre organisation ?

- ♦ Pourquoi ?

Conclusion

- Le modérateur annonce la fin
- Demander de donner encore quelques remarques en guise de conclusion (faire le tour)
- Demander s'il reste encore des réflexions ou éléments à ajouter qui n'ont pas encore été mentionnés mais qui sont importants
- Remercier les participants & leur donner le petit cadeau
- Arrêter l'enregistrement (le signaler)

ANNEXE 4 - TRAME POUR LES INTERVIEWS DES RÉSIDENTS

Trame

INTERVIEWS DES RÉSIDENTS- PHASE PILOTE DE L'IMPLÉMENTATION DU MODÈLE TUBBE

Juin 2018

1. Préparation pratique

- Formulaire de Consentement éclairé
- Petit cadeau pour les résidents : attention au régime des personnes âgées
- Matériel d'enregistrement
- Données de contact pour l'infirmier en chef/autre membre du personnel qui s'occupe de nous présenter auprès des personnes âgées
- Lettre d'introduction pour les personnes âgées

2. Critères d'inclusion

- 5 personnes âgées par site pilote
- Les personnes âgées doivent être en mesure de s'exprimer clairement
- Personnes âgées issues de différents départements
- Si possible : des personnes âgées activement impliquées (p. ex. dans un groupe de travail) et d'autres moins impliquées

3. Explication de l'interview

Prise de contact et introduction

Je suis [nom], travaille à la Haute Ecole Robert Schuman et je mène une recherche sur la vie quotidienne dans les maisons de repos (ou accueil de jour / résidence-services ...). Nous aimerions pour cela avoir une conversation avec vous pour connaître votre avis sur votre vie au quotidien ici. Lors de cette conversation, il s'agit de parler de votre **expérience**. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

L'interview durera au maximum **une heure et demie**.

L'interview sera **enregistrée**. Êtes-vous d'accord? Je fais cela afin de pouvoir réécouter plus tard ce qui a été dit et de pour pouvoir le retranscrire.

Je vais également prendre quelques **notes** pour garder le fil conducteur de la conversation.

Êtes-vous d'accord que l'interview soit enregistrée et que je prenne des notes ? Les données issues des interviews seront traitées de façon confidentielle et anonyme.

Avez-vous lu et compris le **formulaire de consentement** ou avez-vous encore des questions à ce propos ?

Je vais donc commencer avec une première question et poserai des questions d'éclaircissement si nécessaire.

4. Interview

Début

Nous commençons avec une brève liste de questions :

1. Sexe: homme / femme
2. Âge: Quel âge avez-vous ? _____
3. Quel est votre état civil ?
 - Marié(e)
 - Célibataire
 - Divorcé(e)
 - Veuf / veuve
4. Avez-vous des enfants ?
 - Non
 - Oui > nombre _____
> âges _____
5. Avez-vous des petits-enfants ?
 - Non
 - Oui > nombre _____
> âges _____
6. Si le répondant réside dans une MR/MRS :
 - ♦ Depuis combien de temps habitez-vous dans la maison de repos ? _____
 - ♦ Dans quel département vivez-vous ? _____

Si le répondant ne réside pas dans une MR/MRS, mais vient par exemple en accueil de jour :

- ♦ Depuis combien de temps venez-vous [à compléter] (p. ex. accueil de jour, résidence-services, ...)? _____

Question d'ouverture

Comment vivez-vous le fait d'habiter ici? [ou de séjourner ici la journée en cas d'accueil de jour, résidence-services]

- ♦ Que trouvez-vous bien ? Pourquoi ?
- ♦ Que trouvez-vous moins bien ? Pourquoi ?

Sentiment d'être chez soi

Vous sentez-vous comme à la maison ici ?

- ♦ Pourquoi oui? Pourquoi non?
- ♦ Rôle du personnel - sentiment d'être chez soi
- ♦ Rôle des cohabitants - sentiment d'être chez soi

Relation avec le personnel et les cohabitants

Quelle est votre relation avec le personnel ?

- ♦ Qu'est ce qui est bien ? Pourquoi ?
- ♦ Qu'est ce qui est moins bien ? Pourquoi ?

Quelle est votre relation avec les cohabitants?

- ♦ Qu'est ce qui est bien ? Pourquoi ?
- ♦ Qu'est ce qui est moins bien ? Pourquoi ?

Activités ayant du sens, participation & autonomie

Que pensez-vous des activités qui sont organisées à la maison de repos ? [ou accueil de jour / résidence-services]

- ♦ Qu'est ce qui est bien ? Pourquoi ?
- ♦ Qu'est ce qui est moins bien ? Pourquoi ?

Êtes-vous impliqués dans les décisions de la vie quotidienne au sein de la maison de repos ? [ou accueil de jour / résidence-services]

- ♦ Activités
- ♦ Soins
- ♦ Nourriture
- ♦ Dormir
- ♦ Aménagement de la chambre / des espaces communs / ...
- ♦ Personnel

- ♦ **Si oui, comment ?**
 - [sur base des projets-pilotes, sous-questions sur les groupes de travail existant, ...]

- ♦ **Si non:**
 - Souhaitez-vous être plus impliqué dans les décisions de la vie quotidienne ?
 - > Pourquoi oui, pourquoi pas ?
 - > De quelle manière ?
 - Pourquoi n'êtes-vous pas impliqué, selon vous ?

Y a-t-il des choses que vous aimeriez faire vous-même ici dans la maison de repos et que vous ne faites pas actuellement ?

- ♦ Si oui, lesquelles ? Pourquoi ?
- ♦ Si non, pourquoi pas ?

Changements au cours de l'année précédente

Y a-t-il eu des choses qui ont changé au cours de l'année précédente par rapport à la vie quotidienne ici au sein de la MRS [ou accueil de jour] ?

- Relation / lien avec le personnel
- Relation / lien avec les cohabitants
- Offres des activités
- Plus de décision à propos de :
 - ♦ Activités
 - ♦ Soins
 - ♦ Nourriture
 - ♦ Dormir
 - ♦ Aménagement de la chambre / des espaces communs / ...
 - ♦ Personnel
- Faire des choses soi-même

Dernière question

Pour finir, si vous pouviez rêver, tout est possible: que voudriez-vous encore changer afin de pouvoir vous sentir encore plus à la maison ici?

Conclusion

- Demander s'il reste encore des réflexions ou éléments à ajouter qui n'ont pas encore été mentionnés mais qui sont importants
- Remercier les résidents et leur donner le petit cadeau
- Arrêter l'enregistrement (le signaler)

Formulaire de consentement et de participation au projet de recherche Tubbe (résidents)



Je soussigné (nom, prénom), déclare avoir reçu toutes les informations nécessaires à ma compréhension des objectifs et du déroulement de cette recherche et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes à mes questions. Je consens à participer à l'entretien prévu et j'ai reçu l'assurance que mes données seront anonymisées conformément aux lois et règlement en vigueur sur le plan national et international. J'ai bien compris que j'ai le droit de me retirer de cette recherche à tout moment, sans avoir à fournir d'explication et sans que les soins ou l'attention qui me sont prodigués en soient affectés de quelque manière que ce soit. J'aurai un droit d'accès aux résultats de cette étude, si je le souhaite.

Date :

Lieu :

Signature du chercheur menant l'entretien

Signature du participant

Formulaire de consentement et de participation au projet de recherche Tubbe (résidents)



Madame, Monsieur,

Je m'appelle C. M. et je travaille en tant que coordinateur de recherche au Centre Ressort de la Haute Ecole Robert Schumann (HERS) à Libramont.

Au sein du Centre Ressort, nous sommes amenés à travailler sur différents projets de recherche. L'un d'entre eux s'intéresse tout particulièrement à la façon dont la vie se déroule au sein de différentes maisons de retraite se situant en Wallonie et en Flandre. Si vous êtes d'accord, je souhaiterais en discuter avec vous.

Dans cette conversation qui durera une heure environ, j'aimerais que vous me donniez un aperçu de votre expérience et de votre opinion au sujet de la vie quotidienne telle que vous la vivez au sein de la maison de repos où vous résidez.

Cette conversation se déroulera dans l'anonymat et la confiance. Ce que vous dites est strictement confidentiel et ne sera pas partagé avec le personnel ou avec la direction.

Afin de pouvoir échanger au mieux avec vous et ne pas perdre de précieux moments de discussion, je souhaiterais vous demander si vous accepteriez que j'enregistre notre conversation avec un magnétophone ? Ces enregistrements ne seront pas partagés et je les supprimerai après les avoir écoutés.

Votre participation est très importante pour nous et je tiens, au nom de toute l'équipe qui travaille sur ce projet, à vous remercier vivement pour votre confiance ainsi que pour votre précieuse disponibilité.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez me joindre au Centre Ressort de la Haute Ecole Robert Schumann au +32(0)61.46.86.90.

Salutation Distinguée,

C.M.

Annexe 5 – Liste des tableaux

Tableau 1.	Aperçu des partenaires impliqués dans le projet pilote	21
Tableau 2.	Nombre de seniors par département participant, Régina, 2017.....	21
Tableau 3.	Nombre de seniors par département participant, Sainte-Barbe, 2017.....	22
Tableau 4.	Nombre de seniors par département participant, Reine des Prés, 2017.....	22
Tableau 5.	Nombre de seniors par département participant, Open Kring, 2017.....	22
Tableau 6.	Nombre de seniors par département participant, Floordam, 2017.....	22
Tableau 7.	Nombre de seniors par département participant, Sint-Jozef, 2017.....	23
Tableau 8.	Aperçu des méthodes de collecte de données utilisées.....	28
Tableau 9.	Nombre de personnes interviewées enquête qualitative phase2 par site pilote.....	28
Tableau 10.	Aperçu des caractéristiques de base des personnes âgées interrogées (ex. accueil de jour) par organisation, phase 1	29
Tableau 11.	Aperçu des caractéristiques de base des personnes âgées interrogées (ex. accueil de jour) par organisation, phase 2	29
Tableau 12.	Répartition par genre pour chaque phase de l'enquête.....	30
Tableau 13.	Répartition de la période d'activité au sein de l'organisation au moment des différentes phases de l'enquête.....	31
Tableau 14.	Répartition des fonctions au moment des différentes phases de l'enquête.....	31
Tableau 15.	Répartition des diplômes au moment des différentes phases de l'enquête.....	31
Tableau 16.	Satisfaction générale en % (Chi ² = 14,43, df=4, p<0,01).....	36
Tableau 17.	Comparaison des déclarations de satisfaction des personnes âgées avec des facteurs propres à l'organisation au moment des différentes phases de l'enquête	38
Tableau 18.	Comparaison déclarations relations personnes âgées dans l'organisation au moment des différentes phases de l'enquête.....	40
Tableau 19.	« Comment décririez-vous la qualité des soins de votre département ? » (Chi ² =1,061, df=4, p=0,9).....	41
Tableau 20.	« La qualité des soins du département a changé depuis que votre organisation participe au projet de la Fondation Roi Baudouin ? (Chi ² =27,639, df=4, p<0,01).....	41
Tableau 21.	Médication avec un effet systémique et usage chronique pour une journée de référence.....	42
Tableau 22.	Comparaison entre le nombre de chutes sur base annuelle.....	43
Tableau 23.	Nombres d'alarmes : un projet pilote comparé à « Care as usual ».....	43
Tableau 24.	Evaluation la participation des résidents aux décisions en fonction de la phase de l'enquête.....	45
Tableau 25.	Evaluation du personnel par rapport à la participation des seniors aux deux moments de l'enquête.....	46
Tableau 26.	Comparaison des déclarations des personnes âgées par rapport à la qualité relationnelle avec le personnel dans l'organisation	55
Tableau 27.	Degré d'accord du personnel avec les affirmations portant sur les relations avec les personnes âgées, comparaison Phase 1 et Phase 2.....	56
Tableau 28.	Le sentiment d'être « comme à la maison » des personnes âgées, comparaison dans le temps.....	56

Tableau 29. Degré de fiabilité UBES-9 et sous-domaines, Phase 1 et Phase 2.....	61
Tableau 30. Scores sur l'échelle UBES-9 et sous-domaines Phase 1	62
Tableau 31. Scores sur l'échelle UBES-9 et sous-domaines Phase 2	62
Tableau 32. Moyennes pour l'enthousiasme et les sous-domaines pour le Phase 1 et le Phase 2, données appariées.....	62
Tableau 33. « Est-ce que votre situation de travail a changé depuis que votre établissement collabore au projet de la Fondation Roi Baudouin ? » ($\chi^2=29,081$, $df=3$, $p<0,01$).....	63
Tableau 34. « Perception » du travail au moment de l'enquête.....	64
Tableau 35. Nombre de membres du personnel qui ont quitté l'institution depuis le projet pilote, par année.....	67

Annexe 6 - Liste des figures

Figure 1	Modèle organisationnel traditionnel et modèle Tubbe	18
Figure 2	Modèle traditionnel et modèle Tubbe	26
Figure 3	Modèle d'organisation du modèle Tubbe, dimension écoute.....	53
Figure 4	Modèle d'organisation du modèle Tubbe : importance de la coconstruction dans les soins axés sur les relations.....	60
Figure 5	Modèle d'organisation du modèle Tubbe, conséquences d'un travail axé sur les tâches/l'humain	69
Figure 6	Du modèle d'organisation traditionnel au modèle Tubbe	77



Agir ensemble pour une société meilleure

Fondation Roi Baudouin,
Fondation d'utilité publique
Rue Brederode 21,
1000 Bruxelles
info@kbs-frb.be
T. 02-500 45 55

Les dons sur notre compte
IBAN: BE10 0000 0000 0404
BIC: BPOTBEB1
sont fiscalement déductibles
à partir de 40 euros.

Fondation Roi Baudouin **Agir ensemble pour une société meilleure**

La Fondation Roi Baudouin a pour mission de contribuer à une société meilleure.

La Fondation est, en Belgique et en Europe, un acteur de changement et d'innovation au service de l'intérêt général et de la cohésion sociale. Elle cherche à maximiser son impact en renforçant les capacités des organisations et des personnes. Elle encourage une philanthropie efficace des particuliers et des entreprises.

Ses valeurs principales sont l'intégrité et la transparence, le pluralisme et l'indépendance, le respect de la diversité et la promotion de la solidarité.

Ses domaines d'action actuels sont la pauvreté et la justice sociale, la philanthropie, la santé, l'engagement sociétal, le développement des talents, la démocratie, l'intégration européenne, le patrimoine et la coopération au développement.

La Fondation a été créée en 1976, à l'occasion des 25 ans de règne du roi Baudouin.

Merci à la Loterie Nationale et à tous les donateurs pour leur précieux soutien.

kbs-frb.be

Abonnez-vous à notre e-news

Suivez-nous sur     



PUB N°3688

Vers un nouveau modèle de cogestion basé
sur le relationnel en maison de repos et de soins