

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : " L'influence du modèle Tubbe sur
la satisfaction au travail du personnel soignant au sein des centres
d'hébergement pour aînés en Wallonie "**

Auteur : Maclot, Améline

Promoteur(s) : 16136; 7559

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique : 2021-2022

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/16019>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

L'influence du modèle Tubbe sur la
satisfaction au travail du personnel soignant
au sein des centres d'hébergement pour
aînés en Wallonie

L'influence du modèle Tubbe sur la
satisfaction au travail du personnel soignant
au sein des centres d'hébergement pour
aînés en Wallonie

Mémoire présenté par **Améline MACLOT**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Promoteurs : M^{me} Marlène MELON et M^r Christian GILLES

Année académique 2021 - 2022

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier mes promoteurs : Madame Mélon Marlène et Monsieur Gilles Christian pour leurs conseils, relectures, pistes, afin d'établir des fondations stables à ce mémoire. Merci également à Madame Boyals Sandrine pour avoir su accorder du temps et des conseils dans un délai très limité.

Je remercie le corps professoral du master en sciences de la santé publique de l'ULiège pour les savoirs inculqués durant ce cursus. Un merci particulier à M. Lambotte Pierre-Yves qui a pu m'accorder un entretien afin de me guider et me proposer des personnes-ressources lorsque je ne savais pas encore vers quoi me diriger.

J'exprime mes remerciements aux soignants rencontrés lors de la collecte des données pour nos échanges, pour leur implication ainsi que pour le temps accordé à répondre au questionnaire.

Évidemment, un grand merci aux directions, coordinateurs de soins ou infirmier.e.s chefs des quatre maisons de repos de cette étude, ayant pris le temps de réaliser de nombreux entretiens, de solliciter les réponses de leurs équipes ainsi que de m'accompagner auprès de celles-ci lors de mes passages.

Un énorme merci à mes amies, Zoé et Marie, qui ont été d'une aide précieuse et d'un soutien infaillible dans tout le processus de ce mémoire. Je n'oublie pas évidemment tous mes amis et ma famille qui m'ont aidé, soutenu ou rassuré, de près ou de loin dans cette épreuve finale. Merci beaucoup à ma maman et ma belle-maman, qui m'ont accompagnée dans les différentes institutions lorsqu'il m'était impossible de me déplacer et qui ont été d'un soutien motivationnel infaillible. Ainsi que ma belle-sœur pour ses relectures et corrections.

Enfin, je remercie chaleureusement mon compagnon, Florentin, pour sa patience, son dévouement, son soutien et ses sacrifices durant ces trois années d'étude. Je le remercie pour sa bienveillance et pour avoir toujours cru en moi.

Table des matières

I.	Préambule	1
II.	Introduction.....	2
2.1.	Les personnes âgées.....	2
2.2.	Les conditions de travail du personnel soignant	2
2.3.	L'environnement de travail	3
2.4.	La qualité des soins.....	4
2.5.	Le modèle Tubbe	5
2.6.	Objectifs et hypothèses.....	7
III.	Matériel et méthode	9
3.1.	Type d'étude.....	9
3.2.	Population étudiée	9
3.3.	Paramètres étudiés et outils de collecte des données	11
3.4.	Organisation de la collecte des données et méthode d'échantillonnage.....	13
3.5.	Traitement des données et méthodes d'analyses	14
3.6.	Contrôles qualité	16
3.7.	Éthique.....	16
IV.	Résultats.....	17
4.1.	Population étudiée	17
4.2.	Analyse univariée des facteurs sociodémographiques	18
4.3.	Analyse univariée des paramètres liés à la maison de repos.....	20
4.4.	Analyse multivariée	22
V.	Discussion	24
5.1.	Autonomie et autodétermination	24
5.2.	Soins centrés sur la personne.....	25
5.3.	Modèle d'organisation	26
5.4.	La taille de la MR/S et le nombre de soignants, des facteurs confondants	27
5.5.	Développement professionnel	28
5.6.	Management et connaissances de l'organisation	29
5.7.	Satisfaction générale	30
VI.	Biais et limites.....	31
VII.	Perspectives.....	32
VIII.	Conclusion	33
IX.	Bibliographie.....	34
X.	Annexes.....	39
10.1.	Outil de collecte des données – Questionnaire	39
10.2.	Diagramme de Gantt	43
10.3.	Codebook de l'étude	44
10.4.	Plan d'analyse statistique	46
10.5.	Demande d'avis au Collège des Enseignants.....	48
10.6.	Réponse du Collège des Enseignants	51
10.7.	Formulaire du titre provisoire du mémoire	52
10.8.	Tableau de l'analyse descriptive de l'échantillon.....	53

Table des tableaux

Tableau 1 – MR/S participantes à l'étude.....	10
Tableau 2 - Analyse univariée des facteurs sociodémographiques.....	19
Tableau 3 - Analyse univariée des paramètres liés à la MR/S.....	21
Tableau 4 - Analyse multivariée par régression multiple des variables dépendantes et indépendantes ayant montré une significativité en analyse univariée.....	23

Table des abréviations

AVQ : Activités de la vie quotidienne

AVIQ : Agence pour une vie de qualité

CCECQA : Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Nouvelle-Aquitaine

ETP : Équivalent temps plein

FRB : Fondation Roi Baudoin

HAS : Haute Autorité de Santé

KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé

MR : Maison de repos

MRS : Maison de repos et de soins

MR/S : Maison de repos et/ou maisons de repos et de soins

NA : Donnée manquante

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données à caractère personnel

Résumé

Introduction : Dans le contexte des soins de santé actuel, l'insatisfaction au travail du personnel soignant et l'envie de quitter la profession sont préoccupantes. L'environnement et l'organisation du travail ainsi que la qualité des soins apportés aux résidents sont des facteurs influençant positivement la satisfaction au travail des soignants. Le modèle « Tubbe », adhérent au mouvement « culture change », est un modèle de gestion et d'organisation en maison de repos, mettant le résident au centre des soins et visant l'autonomie/l'autodétermination des personnes âgées et des professionnels. Il a été implémenté en Belgique via un projet pilote dans 6 MR/S dont 3 en Wallonie. Cette étude a pour objectifs de déterminer l'existence d'une association entre l'implémentation du modèle Tubbe et différents indicateurs de satisfaction au travail du personnel soignant, dans des MR/S « Tubbe » comparativement à des MR/S traditionnelles.

Méthode : Une étude observationnelle analytique transversale a été réalisée chez 82 soignants travaillant en maisons de repos entre le 02 mai et le 20 juin 2022. Les variables dépendantes sont les indicateurs de satisfaction au travail étudiés à l'aide du questionnaire « SAPHORA-JOB ». Les paramètres indépendants investigués sont les éléments sociodémographiques, les données liées au modèle organisationnel « Tubbe » et à la maison de repos. Les données recueillies ont fait l'objet d'analyses univariées puis multivariées de type régression multiple.

Résultats : Le modèle « Tubbe » n'a pas d'influence significative sur la satisfaction générale au travail du personnel soignant en MR/S. Il a un impact significatif augmentant la satisfaction au travail sur : l'organisation du travail, la nature du travail, la reconnaissance de son travail et la possibilité de développement professionnel. En multivariée, les facteurs confondants influencent la satisfaction au travail de façon plus importante bien qu'une tendance positive peut être remarquée sur l'impact du modèle « Tubbe » sur les variables dépendantes.

Conclusion : Le modèle « Tubbe » n'a pas d'influence significative sur la satisfaction générale au travail du personnel, car d'autres éléments ont plus d'impact que lui. Il a cependant une tendance l'influençant positivement. Il serait intéressant de pallier aux critères d'insatisfaction professionnelle ayant plus d'impact, afin de possiblement prouver l'influence du changement de modèle d'organisation dans les maisons de repos.

Mots-clés : Maisons de repos, Tubbe, Personnes âgées, satisfaction professionnelle, soignants

Abstract

Introduction: Nowadays, job dissatisfaction among healthcare workers and their desire to leave the profession is concerning. The nursing staff's job satisfaction is influenced by several factors such as the working environment, the organization and the quality of healthcare provided to residents.

The Tubbe Model, which is part of the Culture Change movement, is a management and organizational model for nursing homes putting the resident at the centre of healthcare that aims to grant autonomy and self-determination to the elderly and the professionals. It was implemented in Belgium through a pilot project of the BKF in 2017 in six SNF (skilled nursing facilities), including three located in Wallonia. This study aimed to determine if there is a correlation between the implementation of the Tubbe Model and different job satisfaction factors in traditional SNF and those that implemented the Tubbe Model.

Methods: A cross-sectional analytical observational study was carried out among 82 nursing home workers between May 2nd and June 20, 2022. The independent variables were job satisfaction indicators studied using the "SAPHORA-JOB" questionnaire. The investigated independent parameters were socio-demographic elements and data related to the Tubbe organizational model and the nursing home. The data collected were subjected to univariate and then multivariate analyses of the multiple regression type.

Results : The Tubbe Model does not have a significant influence on the general job satisfaction of the nursing staff within SNF. Nevertheless, it significantly increases job satisfaction in work organization, nature of work, recognition of one's work and the possibility of professional development. In the multivariate analysis, the confounding factors influence job satisfaction more significantly, although a positive trend can be observed in the Tubbe Model's effect on the dependent variables.

Conclusion: The Tubbe Model does not have a significant influence on the overall staff job satisfaction given that other elements have a stronger influence. Nevertheless, it tends to influence it positively. It would be interesting to address the job dissatisfaction criteria that have more impact, in order to possibly prove the influence of the change if the SNF organizational model.

Keywords: nursing homes, Tubbe Model, culture change, job satisfaction, nursing staff

I. Préambule

L'espérance de vie n'a cessé d'augmenter ces dernières décennies et, en réponse à ce vieillissement, le déménagement en maison de repos ou maison de repos et de soins (MR/S) apparaît être une des solutions pour les personnes âgées.

Dès lors, les centres d'hébergement pour personnes âgées font face à une demande croissante de prises en soins dans un contexte où le personnel soignant vient à manquer. De plus, ceux-ci sont confrontés à un risque plus élevé de syndrome d'épuisement professionnel et d'insatisfaction au travail.

Effectivement, j'ai rencontré de nombreux soignants travaillant en MR/S qui présentaient un très grand mal-être, une insatisfaction professionnelle croissante ainsi que l'envie de quitter la profession et le secteur des maisons de repos. Étant moi-même infirmière hospitalière, ce sujet me touche particulièrement.

Après une première investigation de la littérature, un article a retenu mon attention. Il s'agit d'Estryn-Behar et al. qui indique que « [...] *C'est seulement si les soignants sont attachés à leur profession et perçoivent leur institution de santé comme un lieu agréable pour travailler, qu'ils auront l'intention de rester dans la profession soignante* »(1).

Dès lors, parmi les modèles organisationnels actuels, n'y en aurait-il pas un qui apporterait davantage de satisfaction au travail ? Je découvre alors que le mouvement du « *culture change* » pourrait répondre à ce besoin.

Plus particulièrement, en Belgique, six MR/S pilotes proposent le modèle organisationnel « **Tubbe** » (2). Ce modèle cherche notamment à proposer un environnement de travail motivant et plaisant au personnel.

L'ambition de ce mémoire est de comparer ce nouveau modèle d'organisation à un modèle d'organisation classique, dit « traditionnel » et d'accroître notre compréhension sur la façon dont les directeurs de maisons de repos peuvent favoriser la rétention du personnel soignant.

Dans le cadre d'un mémoire en Sciences de la Santé Publique à finalité gestion des institutions de soins, cette thématique prend tout son sens.

II. Introduction

2.1. Les personnes âgées

En Belgique, l'espérance de vie à la naissance ne cesse d'augmenter. En 2017, elle atteint l'âge de 81,6 ans (3). Elle est corrélée à l'espérance de vie en bonne santé, qui, elle, évolue moins rapidement (4). Soixante pour cent des Belges de 65 ans et plus souffrent d'au moins une maladie chronique et 21% ne se sentent plus capables de réaliser eux-mêmes certaines activités de la vie quotidienne. Ainsi, la plupart des personnes âgées nécessiteront des soins à domicile pour la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne (AVQ).

Dès lors, dans le cas où le maintien à domicile est impossible, les aînés auront recours à un changement de lieu de vie vers une maison de repos (MR) ou maison de repos et de soins (MRS), augmentant alors les besoins en établissements d'hébergements pour aînés (3,5).

2.2. Les conditions de travail du personnel soignant

Le manque de personnel soignant est au cœur des discussions politiques et médiatiques, il se fait sentir à l'embauche, mais également sur du long terme au sein du secteur institutionnel. En effet, le nombre d'infirmier.e.s entrant dans la profession est insuffisant ; les centres d'hébergement pour personnes âgées rencontrent d'importantes difficultés à engager du personnel, mais également à le fidéliser (1,5,6).

Le burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel, est un problème majeur de santé publique au sein du secteur des soins de santé. Selon Vandebroek et al. (7), il est défini comme « *un processus multifactoriel qui résulte de l'exposition prolongée en situation de travail et qui provoque un épuisement à la fois émotionnel, physique et psychique* ». La prévalence de travailleurs souffrant d'épuisement professionnel est d'ailleurs plus importante chez les professionnels des soins de santé tels que les médecins et les infirmier.e.s que dans d'autres métiers. Cette prévalence a augmenté de 17 à 36% entre 2017 et 2019, c'est donc un infirmier belge sur quatre qui court un risque d'épuisement professionnel. De plus, plusieurs études ont rapporté que le nombre d'infirmier.e.s à risque d'être atteint de burnout était plus élevé en Belgique que dans d'autres pays européens (7–10).

Les causes de cet épuisement sont multiples : entre autres, la charge de travail excessive, les exigences familiales ou hiérarchiques, la surcharge émotionnelle ainsi que la responsabilité professionnelle (11). Plus la satisfaction au travail augmente, plus l'épuisement professionnel

diminue, et inversement (7,10,12). Selon une étude du KCE (centre fédéral d'expertise des soins de santé), 27% des infirmier.e.s sont insatisfaits de leur travail en Belgique (8).

Selon Dijhoud et al. (13), la satisfaction au travail se définit comme « *une réponse émotionnelle positive résultant de l'évaluation du travail ou des expériences de travail. La satisfaction est un concept dynamique. C'est une perception qui évolue en fonction des expériences, mais aussi en fonction des attentes du salarié qui peuvent se modifier tout au long de sa vie* ». Cette satisfaction au travail est essentielle dans la fidélisation et l'engagement des employés pour leur institution. Un déterminant important de la satisfaction au travail est le ressenti positif des patients quant à la qualité des soins administrés (14). En parallèle, une étude de White et al. (15), démontre que des infirmier.e.s insatisfaits au travail sont 2,6 fois plus susceptibles de laisser des soins nécessaires de côté. La qualité des soins est donc mise à mal par le sentiment d'insatisfaction professionnelle (15,16). En conséquence, l'institution présentera une diminution de la qualité des soins et une augmentation des coûts financiers liés à ceux-ci (17).

Une étude de 2008, a pu mettre l'accent sur sept facteurs principaux qui vont influencer la satisfaction au travail des soignants. Par ordre décroissant d'importance, sont mentionnés : la relation soignant-soigné ; le travail d'équipe ; l'organisation du travail ; l'aspect relationnel des soins ; l'utilisation des compétences ; la spécificité du service ; la qualité des soins (6). Améliorer la satisfaction au travail est donc essentiel afin de diminuer le sentiment d'épuisement professionnel et de limiter la pénurie de soignants actuellement rencontrée. Le KCE précise qu'il est nécessaire de rendre les soins gériatriques plus attrayants pour les soignants en mettant en place des initiatives, qui visent à augmenter leur satisfaction au travail (8).

Plusieurs études proposent des pistes pour résoudre cette insatisfaction au travail, sur base des paramètres cités ci-dessus (1,5,9). Dans le système des soins actuel qui envisage une meilleure qualité des soins tout en intégrant le bien-être au travail, les thèmes suivants méritent d'être mis en avant : l'organisation/environnement de travail et la qualité des soins/bien-être du résident.

2.3. L'environnement de travail

Aussi bien à l'hôpital qu'en MR/S, l'environnement de travail a été de nombreuses fois pointé comme problématique. Un environnement ou une organisation mal adapté, hostile, avec des relations entre collègues conflictuelles, un employeur peu à l'écoute des demandes des

soignants, un manque de déploiement de main-d'œuvre et enfin une culture organisationnelle inadéquate engendreront des insatisfactions croissantes au travail et en conséquence, des épuisements professionnels (10,15,18–20). De nombreuses études démontrent l'intérêt d'apporter des améliorations à l'environnement de travail des soignant afin de diminuer ces risques d'insatisfaction et de burnout (6,15,21,22). Le KCE mentionne qu'« *il faut rendre l'environnement de travail attrayant, sûr et agréable pour leur personnel infirmier(...). Ces mesures permettront de diminuer le risque de burnout et de rendre la profession plus attrayante* », ce qui est plus que nécessaire dans le contexte actuel des soins de santé (8). Cela va également favoriser leur fidélité à leur institution, mais également à leur profession soignante, ce qui évitera le risque de rotation des infirmier.e.s (1,19,20).

Une amélioration des conditions de travail des soignants influence également la qualité de l'accompagnement et des soins administrés aux patients ou résidents (10,15–19,23,24). Cette amélioration de la satisfaction au travail serait donc profitable aux travailleurs de la santé, aux organisations de soins de santé, mais également aux patients ou résidents (15–19,23).

2.4. La qualité des soins

De nombreux facteurs influencent le bien-être au travail des soignants. En outre, s'ajoute également le sentiment de bien faire son travail, de pouvoir prodiguer des soins de qualité aux résidents, mais surtout, de les mettre au centre des soins et qu'ils soient satisfaits. À l'inverse, si ces éléments, guidant vers le bien-être au travail, ne sont pas présents, un cercle vicieux s'installe. En effet, le burnout et l'insatisfaction professionnelle engendrent une diminution de la sécurité et de la qualité des soins prodigués aux résidents. En parallèle, la satisfaction des soignants au travail et leur risque d'épuisement professionnel seront impactés par des résidents peu satisfaits et ne bénéficiant pas de soins de qualité (1,6,7,23).

Une étude de Harrad et Sulla conclu que le personnel qui perçoit les soins prodigués aux résidents comme étant centrés sur la personne ont des niveaux plus élevés d'accomplissement personnel. Ces derniers semblent présenter des taux moins élevés d'épuisements émotionnels et de dépersonnalisation (25). En outre, Haggstrom et al, ont étudié les effets d'une prise en soins favorisant l'intégrité des personnes âgées sur le taux de satisfaction au travail des soignants : cette approche augmentait la satisfaction tant des résidents que des soignants (24). Les soins centrés sur la personne en MR/S semblent dès lors avoir un effet positif sur la satisfaction au travail des soignants (26).

Les soignants s'inquiètent de la qualité des soins de leurs résidents et surtout, ils ont une envie constante de l'améliorer (21,24). La satisfaction des soignants passe donc notamment par la recherche d'amélioration du bien-être des résidents.

2.5. Le modèle Tubbe

De nombreuses études ont établi un lien entre un meilleur environnement au travail des soignants et une augmentation de la sécurité et du bien-être des résidents. Ces deux éléments d'études peuvent être travaillés ensemble (16,18,19,21,23). Le mouvement du « culture change » pourrait répondre à ce besoin.

Le mouvement « culture change » ou « changement de culture » est une alternative aux MR/S ayant un modèle traditionnel d'organisation pyramidale de type « Top Down ». Il propose de nombreux changements dans la culture, la gestion et l'environnement de travail d'une MR/S. L'idée principale est d'augmenter l'autodétermination des résidents, mais également de revaloriser les soignants. Ce mouvement a pour but d'impliquer le personnel et les résidents dans les décisions relatives à la gestion de la MR/S tout en mettant les aînés au centre des soins. Il s'agit de réintégrer le concept de « lieu de vie » en diminuant le profil institutionnel de type « hôpital » qui est représentatif de la culture traditionnelle de nombreuses MR/S actuellement en Belgique (27–29). Cette culture du changement est en pleine évolution et voit peu à peu le jour selon différents modèles en fonction des pays, des difficultés et des buts poursuivis. Dans le monde, différentes initiatives ont vu le jour telles que « Eden Alternative », « Wellspring » ou encore « Green house project » aux Etats-Unis. Aussi, « Le village Alzheimer » aux Pays-Bas, « La maison Carpe Diem » du Canada, la « Pédagogie Montessori » d'Italie ainsi que le « Tubbemodellen » (modèle Tubbe) en Suède (liste non exhaustive). Ces initiatives sont différentes au niveau de leurs concepts, mais elles participent toutes au « culture change » par des principes communs essentiels qui les relient (30,31).

En Belgique, différents modèles inspirent certaines MR/S ; par exemple l'association « Senior Montessori » qui vise à former les professionnels de MR/S à cette pédagogie, d'autres formations sont proposées sur la méthode « Carpe Diem » et il existe de nombreuses autres initiatives en rapport avec le « culture change » (32,33). Plus particulièrement, la Fondation Roi Baudouin (FRB) a lancé un appel à projet en 2017, afin de choisir six MR/S pilotes pour accueillir le modèle Tubbe (2).

Il s'agit d'un modèle d'organisation et de gestion qui a vu le jour dans une MR/S en Suède, mais qui a été développé par Thyra Franck, pédagogue et Ministre danoise du Troisième âge (2,34–36). Ce modèle cherche à renverser la pyramide hiérarchique afin de placer les résidents au sommet de celle-ci. En parallèle, un environnement de travail motivant et plaisant est proposé au personnel par cette initiative. Il n'y a pas de mode d'emploi bien précis permettant d'initier cette méthode d'organisation. Cependant, des principes de bases régissent celle-ci ; quelques exemples :

- La décision partagée entre les résidents et le personnel de l'institution grâce à des groupes de travail organisés par thèmes (repas, horaires, activités, lieu de vie, etc).
- Autonomie (y compris, partiellement budgétaire) au sein de ces groupes de travail.
- Des soins axés sur la relation entre les résidents et les professionnels, avec comme pensée principale que ceux-ci travaillent dans le lieu de vie de ces aînés, chez eux.
- Les forces des résidents sont mises en avant et non leurs faiblesses.
- Établir un milieu de vie commun ouvert, comme un lieu de rencontre avec la famille, des amis, mais également des riverains ou des enfants (2,35).

En 2019, une évaluation des projets pilotes dans les six MR/S a été effectuée tant du point de vue des résidents que du personnel, mais également de la direction de l'établissement.

Après un an et demi d'implémentation du modèle, 60% des résidents se disaient « très satisfaits » comparativement à 48% en ligne de base. De plus, ils avaient la sensation que leur relation avec le personnel s'était améliorée (37).

Au niveau du personnel, 53% affirmaient que la qualité des soins s'était améliorée au sein de l'institution depuis l'instauration du projet. Ils avaient également perçu une amélioration quantifiée de 26% de leur situation de travail entre les deux phases de l'enquête. De plus, ils se sentent significativement plus impliqués dans le fonctionnement de leur département.

Les hypothèses de cette étude devaient prouver l'impact positif qu'a eu « Tubbe » sur les résidents, le personnel et l'entreprise. Cependant, certaines évolutions n'atteignaient pas la significativité statistique. Par exemple, la satisfaction perçue par les résidents ou encore le sentiment des professionnels à avoir une relation étroite avec les résidents. Ce manque de significativité est probablement dû au profil des établissements qui ont accepté de rentrer dans ce projet. En conclusion, il est possible que ce manque de significativité soit dû au haut niveau de satisfaction de départ dans certaines institutions, adhérant déjà au « culture change » (37).

Au vu de cette expérience, il serait intéressant de réaliser une étude comparative avec une MR/S « traditionnelle », n'adhérant pas au « culture change », afin d'évaluer l'influence de l'implémentation de ce modèle selon la culture préétablie de l'institution.

De nombreuses études ont pu évaluer l'impact du « culture change » et des modèles qui s'en inspirent (27,38–41) ; le plus souvent, elles étaient focalisées sur les résidents alors que la considération de la satisfaction des équipes paramédicales étaient rarement prise en compte. Le modèle Tubbe a fait son apparition en Belgique depuis peu de temps et s'étend actuellement à 36 MR/S Wallonnes. Il devient primordial de s'intéresser à son impact sur les soignants ainsi que d'évaluer l'intérêt de sa mise en place sur les soins de santé. Par exemple, il pourrait être étudié la satisfaction des soignants au travail, le taux d'épuisement professionnel ou encore, l'intention de rester dans sa profession.

En outre, selon le rapport d'évaluation, c'est le personnel soignant qui perçoit essentiellement les changements au sein de la MR/S. En effet, les personnes âgées ont tendance à peu le remarquer et régulièrement, n'en ressentent pas le besoin au premier abord(37).

Plusieurs auteurs ont insisté sur l'importance de se concentrer sur la lutte contre l'épuisement et l'insatisfaction professionnelle en MR/S (12,25). Enfin, Estry-Behar et al. ont insisté sur le fait que « *Le bien-être des patients étant la valeur dominante parmi les infirmiers, il est important d'étudier cet aspect de leur travail afin de guider leur implication professionnelle et leur satisfaction au travail. C'est seulement si les soignants sont attachés à leur profession et perçoivent leur institution de santé comme un lieu agréable pour travailler, qu'ils auront l'intention de rester dans la profession soignante* » (1).

2.6. Objectifs et hypothèses

Les précédentes recherches ont énoncé :

- L'importance des conditions et de l'environnement de travail du personnel soignant sur leur satisfaction ;
- La nécessité de mettre des dispositifs en place afin de réduire ou de stopper la pénurie de soignants ainsi que leur intention de quitter la profession ;
- La recherche du bien-être des résidents accroissant la satisfaction au travail des soignants.

Ces différentes constatations peuvent amener au questionnement de l'influence du modèle Tubbe sur la satisfaction au travail du personnel soignant dans les centres d'hébergement pour âgés en Wallonie ; qui sera l'objet de cette recherche.

Dans ce contexte, l'objectif principal de cette étude est de déterminer **l'association entre l'implémentation du modèle Tubbe et la satisfaction générale du personnel soignant** dans des MR/S participant au projet pilote « **Tubbe** », **comparativement à des MR/S traditionnelles**.

Secondairement, l'objectif est **d'identifier les indicateurs de satisfaction au travail**, sur base des onze autres indicateurs validés de l'outil de recherche choisi, qui sont **influencés par la mise en place du modèle Tubbe**.

Des facteurs confondants ont également été analysés afin d'assurer ou non le rôle du modèle Tubbe. Ces analyses permettent d'ajouter l'objectif de recherche de facteurs confondants dans l'évaluation de la satisfaction au travail des soignants des MR/S sélectionnées.

L'hypothèse principale de l'étude est que le degré de satisfaction général au travail des soignants est supérieur dans les MR/S pilotes du modèle Tubbe par rapport aux MR/S « traditionnelles ».

L'hypothèse secondaire est que le personnel soignant des MR/S pilotes du modèle Tubbe présente des taux plus élevés de satisfaction au travail sur les indicateurs suivants : organisation du travail ; nature du travail ; management de proximité ; reconnaissance ; connaissance de l'organisation de l'établissement (1,6,16,18,19,21,23,37).

III. Matériel et méthode

3.1. Type d'étude

Afin de poursuivre les objectifs, l'approche est quantitative et le design est observationnel, à visée analytique de type transversal. Le mode d'organisation de la MR/S est déjà implanté, cette approche est donc différente de l'étude longitudinale de l'impact de la mise en place sur une même population comme a pu le faire la FRB (42,43).

L'étude est comparative, car elle vise à établir les différences de satisfaction au travail entre des groupes : les MR/S où le modèle Tubbe est implémenté et les MR/S avec un modèle « traditionnel », sans mode d'organisation particulier. Afin d'être comparés, les deux groupes de participants (MR/S « Tubbe » et MR/S « traditionnelles ») présentent des caractéristiques sociodémographiques similaires (42,43).

Le raisonnement est de type **déductif** puisqu'après la lecture de différentes études, il est possible d'établir une hypothèse de réponse à cette question de recherche. Celle-ci est ensuite confirmée ou réfutée en fonction de l'analyse des données de l'étude (42,43).

3.2. Population étudiée

L'étude s'est déroulée au sein de quatre MR/S situées en Wallonie. Deux maisons de repos ayant adopté le projet pilote « Modèle Tubbe » en 2017, à savoir :

- Le centre Sainte-Barbe à Seilles,
- La résidence « La reine des prés » à Marche-en-Famenne.

La troisième n'a pas pu participer pour des raisons indépendantes de l'étude, ne permettant pas de réaliser celle-ci sur l'ensemble des trois MR/S pilote wallonnes. Seules les MR/S utilisant le modèle Tubbe depuis le début du projet pilote ont été sélectionnées, car le modèle y est déjà bien implémenté.

En comparaison, deux autres MR/S ont été choisies en Wallonie en fonction de la similarité de leurs caractéristiques générales (secteur, nombre de lits et zone géographique) avec les deux MR/S pilotes du modèle Tubbe (voir **tableau 1**). Un entretien a également été réalisé avec la direction afin de déterminer qu'elles soient bien de type « traditionnelles », c'est-à-dire qui ne suit pas un modèle de gestion ou qui n'a pas une vision de l'organisation particulièrement proche du « culture change ». Les résidences témoins ont été choisies sur base des

recommandations de l'AVIQ. L'idéal était d'avoir des groupes témoin et contrôle les plus proches possibles tant d'un point de vue du nombre de participants que des facteurs sociodémographiques.

Tableau 1 – MR/S participantes à l'étude

	Centre Sainte-Barbe	Centre d'accueil de Bouge	Résidence la reine des prés	Seniories floradant
Quel groupe ?	Témoin	Contrôle	Témoin	Contrôle
Secteur	Associatif	Associatif	Privé	Privé
Nombre de lits	93	123	50	57
Zone géographique	Province de Namur	Province de Namur	Province du Luxembourg	Province du Luxembourg
Modèle de gestion	Modèle Tubbe	Traditionnel	Modèle Tubbe	Traditionnel

L'étude s'est portée sur la population des soignants (infirmier.e.s et aides-soignant.e.s) de ces MR/S qui ont accepté de participer à l'étude. L'échantillon a été déterminé par un échantillonnage non probabiliste, sur base volontaire, principalement pour des raisons de faisabilité (cf. 2.4 Organisation et collecte des données).

Les soignants admis dans l'étude devaient présenter les critères d'inclusion suivants :

- Être infirmier.e ou aide-soignant.e au sein d'une MR/S de l'étude, où la direction a donné son accord pour la réalisation ;
- Travailler depuis au moins trois mois dans la MR/S (afin que le modèle d'organisation soit compris et adopté dans la façon de travailler et de percevoir le travail) ;
- Maîtriser la langue française ;
- Avoir signé et accepté le consentement éclairé ;

Des critères d'exclusion se sont ajoutés en fonction de l'outil de collecte des données (cf. 3.3 – Critères d'exclusion de l'outil).

Initialement, 217 soignants correspondaient à ces critères et ont donc reçu l'invitation de participation à l'étude. Parmi ceux-ci, 135 soignants ont été exclus : trois ont refusé le consentement, huit rentraient dans les critères d'exclusion de l'outil (cf. 2.4) et 124 n'ont pas souhaité participer à l'étude. **L'échantillon final comptait donc 82 soignants.**

3.3. Paramètres étudiés et outils de collecte des données

L'outil principal de l'étude est le SAPHORA-JOB, développé en 2004 par le CCECQA (Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Nouvelle-Aquitaine) et réajusté en 2013 par la HAS (Haute Autorité de Santé). Ce questionnaire a été validé par une enquête de validation sur près de 7000 professionnels d'établissements de santé. Il a pour objectif de mesurer la satisfaction au travail des professionnels d'établissements de santé, selon cinquante-neuf items de satisfaction sous forme de questions et sept questions générales (voir **annexe 1**) (13).

Ceux-ci sont répartis en neuf sections :

- **L'organisation et le contenu du travail**
- **Les relations entre professionnels**
- **Le développement professionnel**
- **La rémunération**
- **L'encadrement**
- **Le droit du travail**
- **La reconnaissance**
- **La direction**
- **L'opinion générale**

Les réponses à donner sont sous forme d'une échelle de **Likert à six choix**.

L'âge, le sexe et l'ancienneté ont été demandés dans les questions générales, sur base de l'outil. Certaines données ont également été étudiées pour évaluer l'impact d'éventuels facteurs confondants telles que le temps de travail, la fonction (distinction entre les infirmier.e.s des aides-soignant.e.s) et l'influence d'un élément de la vie privé sur la réponse au questionnaire. Dans un même ordre d'idées, le nombre de lits et le nombre d'équivalents temps plein (ETP) soignant présent dans la MR/S au moment du lancement de l'enquête, ont été demandés lors d'un entretien avec la direction des établissements.

Le questionnaire imposait des conditions d'utilisation :

- Aucune question n'est obligatoire
- Il peut être exhaustif ou ne concerner qu'une partie du personnel
- Proposer le questionnaire en dehors d'une période de changements importants
- Éviter les périodes de vacances scolaires

Des critères d'exclusion sont mentionnés :

- Être étudiant, externe, stagiaire
- Les professionnels absents pendant la période de recueil pour : congés de formation, sans solde, parental, maternité ou arrêt maladie, invalidité
- Les professionnels ayant quitté l'établissement pendant la période de recueil

Afin de répondre aux objectifs primaires et secondaires, douze indicateurs de satisfaction au travail ont été calculés grâce aux 59 questions du questionnaire :

- a) **Organisation au travail** : satisfaction générale vis-à-vis de l'organisation du travail au sein du service.
- b) **Nature du travail** : satisfaction générale vis-à-vis de la définition et le contenu de son travail au sein du service (autonomie, responsabilité, créativité, épanouissement).
- c) **Relations entre collègues** : satisfaction générale vis-à-vis des relations avec les collègues dans le cadre de son travail au sein du service (climat, coopération).
- d) **Développement professionnel** : satisfaction générale vis-à-vis de la gestion de carrière dans l'établissement (promotion, formation, mobilité, évaluation).
- e) **Rémunération** : satisfaction générale vis-à-vis de la rémunération et sa politique (niveaux, évolution, information) dans l'établissement.
- f) **Management de proximité** : satisfaction générale vis-à-vis des relations avec son supérieur hiérarchique (écoute, motivation, animation, accessibilité, soutien).
- g) **Adéquation entre vie professionnelle et vie privée** : satisfaction générale vis-à-vis de la possibilité de concilier vie professionnelle et vie personnelle.
- h) **Connaissance et accès à la réglementation** : satisfaction générale vis-à-vis de l'information sur les droits et devoirs concernant sa profession.
- i) **Reconnaissance** : satisfaction générale vis-à-vis de la reconnaissance et du respect au regard de son travail.
- j) **Connaissance de l'organisation de l'établissement** : satisfaction générale vis-à-vis de la connaissance de l'organisation de l'établissement et de ses différentes instances.
- k) **Connaissance de la politique d'établissement** : satisfaction générale vis-à-vis de la politique mise en œuvre au sein de l'établissement (communication, coordination, instances, valeurs).
- l) **Indicateur global de satisfaction au travail**

Ces paramètres ont été mis statistiquement en relation avec la présence ou non du modèle Tubbe dans l'établissement, ainsi qu'avec les différents facteurs confondants.

Un pré-test du questionnaire a été effectué auprès des promoteurs, d'un infirmier et d'un directeur de MR/S. Le questionnaire était compris de tous et il a été laissé tel quel, afin de conserver sa valeur scientifique, puisqu'il s'agit d'un questionnaire validé.

Le questionnaire a été proposé au **format papier** et retranscrit également au **format informatique** afin de proposer plusieurs alternatives aux répondants.

Enfin, des cases commentaires ont été ajoutées sous chaque section afin de déterminer si les répondants avaient d'autres éléments (non proposés dans le questionnaire) à ajouter concernant des facteurs influençant leur satisfaction au travail.

Les questionnaires ne présentant aucune réponse ou moins de la moitié des réponses et les mêmes réponses à toutes les questions ont été exclus selon les conditions de l'outil. Ainsi, huit questionnaires ont été retirés de l'étude en conséquence des critères d'exclusion.

3.4. Organisation de la collecte des données et méthode d'échantillonnage

Dans un premier temps, un contact a été établi avec les directeurs des quatre MR/S sélectionnées selon les caractéristiques précitées, afin de leur expliquer l'étude, ses buts et objectifs, son déroulement ainsi que présenter l'équipe de chercheurs. Il leur a été demandé de fournir une première estimation du nombre de soignants correspondants aux critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude. Évidemment, ce contact servait également à obtenir leur accord concernant leur participation à l'étude.

Après obtention des accords des directions, un rendez-vous a été organisé avec chacun afin de gérer l'organisation de la collecte des données. Une discussion concernant le modèle d'organisation et de gestion des MR/S contrôle a eu lieu avec les représentants de ces MR/S, afin de les désigner comme « traditionnelles ». Les questions relatives aux variables concernant la maison de repos ont également été posées.

Une fiche d'invitation à l'étude a été créée, affichée à des endroits stratégiques (la salle de garde, les vestiaires ou la salle de repos) et présentée auprès des équipes soignantes à des jours différents afin d'en informer le plus possible.

Cette fiche comprenait les objectifs de l'étude et la population étudiée ; les détails organisationnels ; les informations concernant la chercheuse et ses promoteurs, ainsi que la possibilité de la contacter en cas de questions (adresse mail et/ou numéro de téléphone). Un paragraphe était consacré au formulaire de consentement et au RGPD.

Les questionnaires vierges ont été déposés dans les salles de garde des MR/S. Ils étaient accompagnés du formulaire de consentement, d'un résumé du principe de protection des données ainsi que d'une feuille explicative concernant l'étude et son organisation.

Plusieurs passages ont été nécessaires auprès des soignants afin de motiver ceux-ci à répondre au questionnaire. La direction ou coordination des soins a également envoyé un mail d'information et de rappel au personnel soignant afin d'augmenter le taux de participation.

Les soignants ont eu sept semaines pour répondre au questionnaire : du 02 mai au 20 juin 2022. Cela dans le but d'augmenter l'échantillon (congés, maladie, relance motivationnelle).

Les questionnaires papier complétés ont été conservés dans une boîte fermée accessible uniquement aux chercheurs, et les questionnaires électroniques ont été téléchargés et enregistrés sur un disque dur avec code d'accès ; afin de garantir la confidentialité des données.

L'organisation des différentes activités a été planifiée par un **diagramme de Gant** (voir **annexe 2**).

3.5. Traitement des données et méthodes d'analyses

Afin d'ordonner les variables et faciliter la classification des données, un **codebook** (voir **annexe 3**) a été créé avant l'encodage. Aussi, un **plan d'analyse statistique** a été conçu dans le but de faciliter la réalisation des statistiques (voir **annexe 4**).

Les données récoltées, y compris les réponses aux 59 questions du questionnaire, ont été encodées sur une feuille de tableur Excel. Un calcul a été proposé par la CCECQA afin de classer les questions en indicateurs. Les calculs ont été réalisés via le programme Excel afin d'avoir douze indicateurs de satisfaction au travail avec une valeur en pourcentage pour chaque participant, comme proposé par les créateurs de l'outil.

Les variables sociodémographiques et celles concernant la MR/S ont été catégorisées, de façon ordinale. Ces différentes variables ont été encodées dans la feuille Excel afin de créer la base de

données finale. Les données manquantes ont été codées « NA ». Ensuite, la base de données figée a été introduite dans le logiciel statistique « R 3.6.1 GUI 1.70 El Capitan build (7684) ».

Une analyse statistique descriptive de toutes les variables a été réalisée individuellement puis en lien avec la variable « Modèle Tubbe ». Afin de présenter les résultats, la normalité de chaque variable quantitative a été vérifiée suite à :

- L'analyse des graphiques des QQ-plot et des histogrammes ;
- La comparaison de la moyenne et la médiane ;
- La réalisation du test de Shapiro-Wilk.

Les variables quantitatives ont donc été présentées selon leur pourcentage et écart-type (sd) si elles suivaient une distribution normale ; et selon la médiane et d'intervalles interquartiles (P25-P75) si elles étaient non-paramétriques. Les variables qualitatives ont été exprimées selon leur distribution de fréquence relative (%) et absolue (n).

Des tests d'indépendances univariés ont été réalisés pour les douze indicateurs de satisfaction indépendants, en fonction des variables dépendantes. Pour les variables binaires et de type paramétrique, une homogénéité des variances a été testée par le test de Fisher. Lors de la présence d'une homoscedasticité, le test « t-student » a été employé et dans le cas inverse, il s'agissait du test « F de Welch ». Lorsqu'elles étaient non paramétriques, un test de « Mann Whitney » a été appliqué. Lorsque les catégories de réponses étaient supérieures à deux, un test de Bartlett était réalisé afin de tester l'homogénéité des variances dans le cas de variables paramétriques. Si l'hypothèse nulle d'égalité était acceptée, un test « Anova I » était appliqué. La comparaison multiple de moyenne par la méthode de « Tukey » lorsque le test « Anova I » est significatif, n'a pas dû être utilisée. Pour les variables non paramétriques, le test de « Kruskal Wallis » a été appliqué. Il n'a pas été nécessaire d'utiliser la correction de Bonferroni.

Afin d'étudier les relations entre les variables indépendantes significatives selon chaque indicateur de satisfaction simultanément, des analyses multivariées de type régression multiple ont été appliquées sur les satisfactions liées à l'organisation au travail, la nature du travail et la reconnaissance de son travail. Ces variables ayant eu deux ou trois variables significatives en analyse univariée. Les résultats des modèles multivariés sont présentés selon la p-valeur du modèle, les p-valeurs individuelles ainsi que le coefficient $\beta \pm sd$ et le coefficient R^2 ajusté.

Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

3.6. Contrôles qualité

Les participants avaient à disposition le numéro de téléphone et l'adresse courriel de la chercheuse pour d'éventuelles questions afin d'assurer la qualité des réponses. Tous les mails ont été traités et une réponse a été donnée à chacun d'eux. La base de données a subi des contrôles de qualité tels que la double vérification des données après l'encodage dans le fichier Excel.

La recherche de valeurs aberrantes dans le fichier ainsi que la vérification des variables dans le logiciel de traitement statistique ont été effectués par la réalisation de graphiques en nuage de points. Ceci afin de déterminer les valeurs extrêmes, ou non adaptées à la variable. Les statistiques descriptives ont également été vérifiées en comparant les moyennes avec les valeurs extrêmes. Une attention a été portée au nombre de catégories dans les tables de fréquence en fonction du nombre souhaité par variables.

3.7. Éthique

Une demande d'avis au Collège restreint des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique a pu affirmer que ce travail ne devait pas être soumis au comité d'éthique (voir **annexe 5 et 6**).

La participation au questionnaire s'est réalisée sur base volontaire. Un récapitulatif des objectifs de l'étude a été fourni. Les consentements éclairés à la participation ont été réclamés et joints aux questionnaires.

L'étude a respecté le RGPD et l'anonymat des participants a été garanti. Les données sensibles ont été anonymisées. Toutes les données ont été retranscrites dans un document Excel sécurisé par un mot de passe et stocké sur un disque dur également protégé par un code.

Le répondant pouvait à tout moment mettre fin à l'étude ou demander à retirer son questionnaire des résultats.

IV. Résultats

4.1. Population étudiée

Quatre MR/S ont été incluses dans l'étude et dès lors, l'échantillon comprenait **82 soignants** : 46 soignants travaillant dans une MR/S « Tubbe » et 36 dans une MR/S « Traditionnelle », dont 74 femmes (90.24%) et 8 hommes (9.76%). La moyenne d'âge de l'échantillon était de 42.30 ± 10.99 ans et respectivement de 43.53 ± 10.61 ans pour le modèle « Tubbe » et 40.76 ± 11.42 ans pour le modèle « Traditionnel ». La catégorie d'âge la plus représentée étant les « 36-45 ans » (32 (39.02%)) pour l'ensemble de l'échantillon.

Les soignants ont été distingués par postes, entre les infirmier.e.s : 18 (39.13%) dans la classe « Tubbe » et 16 (44.44%) pour la « Traditionnelle » ; et les aides-soignant.e.s : 28 (60.87%) dans la classe « Tubbe » et 20 (55.56%) pour la « Traditionnelle ».

Trois catégories de temps de travail ont été analysées dans cet échantillon : les temps partiels inférieurs ou égal à 50% ($\leq 50\%$), les temps partiels supérieurs à 50% (51-99%) et les temps pleins (100%). Dans les deux groupes, les temps partiels entre 51 et 99% étaient les plus représentés avec respectivement 24 soignants (52.17%) pour le groupe « Tubbe » et 16 soignants (44.44%) pour le groupe « Traditionnel ». Ensuite, les temps pleins, avec $n=14$ (30.43%) pour le groupe « Tubbe » et $n=13$ (36.11%) pour le groupe « Traditionnel ».

Au niveau de l'ancienneté des répondants au sein des MR/S, la médiane est située à 61.00 (12.00-242.00) mois pour le groupe « Tubbe » et à 104.00 (27.50-240.00) mois pour le groupe contrôle. Dans les deux groupes, les catégories d'ancienneté « < 5ans » et « >20 ans » sont les plus représentées avec comme effectif global : $n=35$ (44.30%) pour les « < 5 ans » et $n=21$ (26.58%) pour les « > 20 ans ». Les données de l'ancienneté des participants ont également été catégorisées afin de calculer si le fait d'être un nouvel arrivant avait une influence sur les différentes formes de satisfaction. Il y avait 12 (26.67%) soignants présents dans l'institution depuis moins d'un an pour les MR/S « Tubbe » et 6 (17.65%) pour les MR/S « Traditionnelles ».

De plus, il était important de savoir si un élément de la vie privée pouvait influencer leurs réponses au questionnaire afin de le prévoir comme facteur confondant. Un quart de l'échantillon ($n=20$ (25%)), excluant deux personnes n'ayant pas répondu à cette question, dit être influencé par un élément de la vie privée lors de la réponse à ce questionnaire.

Concernant les facteurs relatifs aux MR/S, le nombre de lits a été catégorisé selon la moyenne belge, en « Petite MR/S (≤ 99 lits) » et « Grande MR/S (> 99 lits) » (44). 52 (63.41%) participants travaillent dans une « Petite MR/S » contre 30 dans une « Grande MR/S ». Cependant, il n'y a que 6 soignants du modèle « Traditionnel » travaillant dans une « Petite MR/S » alors qu'il y en a 46 du modèle « Tubbe », autrement dit, la totalité de l'échantillon du modèle « Tubbe ».

Enfin, afin de diminuer les colinéarités, le facteur « Nombre d'ETP soignant par 30 lits » a été catégorisé en « > 10 » et « ≤ 10 ». Pour le modèle « Tubbe » : la catégorie « >10 », $n=28$ (60.87%) et la catégorie « ≤ 10 », $n=18$ (39.13%). Pour le modèle « Traditionnel » : la catégorie « >10 », $n=30$ (83.33%) et la catégorie « ≤ 10 », $n=6$ (16.67%) (voir **annexe 8**).

4.2. Analyse univariée des facteurs sociodémographiques

Les douze indicateurs de satisfaction au travail ont été analysés statistiquement en fonction des facteurs sociodémographiques de l'échantillon (voir **tableau 2**).

Concernant le genre : une seule association significative a été décelée. Les hommes sont plus satisfaits que les femmes quant à la connaissance de la politique de l'établissement ($pval=0.026$). Malgré un manque de significativité, la tendance générale est que les hommes semblent plus satisfaits que les femmes. La satisfaction des relations entre collègues étant tout de même l'item le plus proche du seuil de significativité ($pval=0.071$) pour la variable « genre ».

D'un point de vue de l'âge, aucun résultat statistiquement significatif n'a été décelé. Les jeunes (<25 ans) semblent cependant plus intransigeants concernant leur satisfaction. Excepté pour l'adéquation entre vie privée et professionnelle ainsi que pour la connaissance de la politique de l'établissement, leurs pourcentages sont les plus bas dans toutes les autres catégories.

Le poste d'infirmier.e ou d'aide-soignant.e n'influence pas les différents indicateurs de travail de façon significative. Il n'y a pas de tendance qui se dégage des résultats.

Le temps de travail n'influence pas les variables dépendantes de manière significative. Cependant, certaines tendances peuvent être supposées : les travailleurs à temps plein ont une moyenne de satisfaction inférieure aux deux autres catégories pour tous les indicateurs. De plus, les travailleurs « temps partiels inférieurs ou égal à 50% » semblent plus satisfaits concernant l'organisation du travail, la rémunération, le management de proximité, l'adéquation entre la vie professionnelle et privée, les connaissances et accès à la

réglementation ainsi que celles de l'organisation de l'établissement, la connaissance de la politique de l'établissement et enfin, sur la satisfaction générale au travail.

Concernant l'ancienneté des répondants dans l'établissement, il y a une tendance montrant que la catégorie des « 6-10 ans » est de manière générale moins satisfaite comparativement aux autres classes, sur les différents items ; excepté sur la satisfaction concernant la reconnaissance de leur travail où les « 11-15 ans » se disent moins satisfaits. Les autres indicateurs étant fortement controversés en fonction des cinq classes d'ancienneté. Il n'y a pas de valeur statistiquement significative.

Pour la seconde variable de l'ancienneté, les soignants « ≤ 1 an » sont plus satisfaits de manière significative (p=0.020) concernant le management de proximité. Les tendances des autres variables se tournent également vers cette conclusion, excepté pour la satisfaction de la relation entre collègues, où les plus anciens (> 1 an) se disent plus satisfaits (pval=0.848). Le reste des tests ne sont pas statistiquement significatifs.

Enfin, la question d'un élément de la vie privée pouvant influencer la réponse aux questionnaires n'est pas prouvée comme étant significative.

Tableau 2 - Analyse univariée des facteurs sociodémographiques

		Variables dépendantes – Indicateurs de satisfaction au travail											
Variables indépendantes	Catégories	Organisation du travail	Nature du travail	Relations entre collègues	Développement professionnel	Rémunération	Management de proximité	Adéquation professionnelle et vie privée	Connaissance et accès à la réglementation	Reconnaissance	Connaissance de l'organisation de l'établissement	Connaissance de la politique de l'établissement	Satisfaction générale
Facteurs sociodémographiques													
Genre	Homme	67.50 ± 22.04	77.14 (56.43 – 88.00)	79.38 ± 12.94	74.00 ± 14.34	49.18 ± 823.62	70.00 (63.00 – 74.00)	76.67 (56.67 – 80.00)	64.38 ± 13.21	66.67 (60.00 – 75.00)	70.00 (67.50 – 75.00)	73.00 ± 9.26	68.80 ± 11.71
	Femme	60.92 ± 21.53	62.86 (52.14 – 77.14)	65.81 ± 20.49	62.32 ± 20.90	45.69 ± 25.06	60.00 (44.00 – 80.00)	66.67 (53.33 – 80.00)	57.21 ± 19.25	60.00 (40.00 – 73.33)	65.00 (45.00 – 73.75)	59.00 ± 17.10	59.79 ± 17.63
Âge	pval	0.415	0.389	0.071	0.128	0.708	0.160	0.838	0.309	0.104	0.096	0.026*	0.163
	< 25 ans	56.25 ± 29.26	37.14 (20.00 – 60.71)	60.00 ± 26.14	57.00 ± 20.75	31.67 ± 23.96	40.00 (29.00 – 56.00)	76.67 (60.00 – 81.67)	48.75 ± 21.75	30.00 (15.00 – 50.00)	60.00 (55.00 – 65.00)	61.00 ± 19.97	51.38 ± 22.28
	25-35 ans	67.17 ± 22.38	75.71 (55.71 – 82.14)	66.39 ± 17.39	72.44 ± 17.94	51.48 ± 22.96	74.00 (54.00 – 83.00)	73.33 (60.00 – 91.67)	62.78 ± 12.27	63.33 (41.67 – 73.33)	65.00 (50.00 – 73.75)	63.22 ± 14.57	65.10 ± 15.21
	36-45 ans	60.61 ± 23.58	70.00 (39.29 – 77.14)	69.17 ± 22.29	60.13 ± 22.25	43.11 ± 26.65	60.00 (44.00 – 72.00)	60.00 (35.00 – 80.00)	53.44 ± 21.08	60.00 (28.33 – 71.67)	60.00 (45.00 – 73.75)	61.07 ± 19.02	58.78 ± 20.12
	46-55 ans	58.85 ± 14.88	54.29 (42.86 – 71.43)	58.85 ± 17.93	58.15 ± 20.37	40.51 ± 24.56	48.00 (40.00 – 64.00)	66.67 (53.33 – 73.33)	56.92 ± 14.51	53.33 (40.00 – 60.00)	60.00 (40.00 – 65.00)	52.61 ± 13.35	55.36 ± 13.03
	>55 ans	63.82 ± 21.25	65.71 (54.29 – 80.00)	72.35 ± 19.37	65.41 ± 19.08	52.94 ± 23.03	64.00 (52.00 – 84.00)	80.00 (66.67 – 80.00)	63.53 ± 21.42	60.00 (46.67 – 80.00)	66.67 (65.00 – 75.00)	61.88 ± 17.56	65.54 ± 14.70
Profession	pval	0.920	0.166	0.394	0.230	0.337	0.176	0.193	0.250	0.307	0.468	0.500	0.263
	Infirmier(e)	58.82 ± 23.68	64.29 (54.29 – 80.00)	65.44 ± 16.67	64.59 ± 22.11	45.49 ± 25.02	60.00 (44.00 – 75.00)	63.33 (48.33 – 80.00)	56.72 ± 22.92	60.00 (40.00 – 66.67)	65.00 (45.00 – 75.00)	60.35 ± 15.55	59.79 ± 16.23
	Aide-soignant(e)	63.51 ± 19.89	62.86 (47.86 – 77.14)	68.33 ± 22.51	62.67 ± 19.62	46.39 ± 24.90	64.00 (46.00 – 80.00)	73.33 (53.33 – 86.67)	58.75 ± 17.34	60.00 (40.00 – 80.00)	65.00 (53.75 – 71.25)	60.38 ± 18.09	61.29 ± 18.15
Temps de travail	pval	0.335	0.681	0.527	0.680	0.873	0.418	0.203	0.632	0.596	0.831	0.995	0.701
	≤50%	67.00 ± 15.79	62.86 (54.29 – 78.57)	66.67 ± 22.01	65.07 ± 16.73	57.33 ± 22.51	64.00 (56.00 – 84.00)	80.00 (66.67 – 83.33)	65.67 ± 11.16	60.00 (46.67 – 76.67)	65.00 (52.50 – 75.00)	62.67 ± 18.12	65.46 ± 14.97

	51-99%	61.08 ± 23.07	71.43 (41.43 – 77.14)	68.38 ± 22.99	61.30 ± 22.49	42.33 ± 25.78	64.00 (42.00 – 80.00)	73.33 (46.67 – 86.67)	56.13 ± 18.79	60.00 (33.33 – 80.00)	65.00 (53.75 – 71.25)	60.95 ± 18.23	59.86 ± 20.24
	100%	59.26 ± 22.09	62.86 (54.29 – 78.57)	65.56 ± 14.70	65.78 ± 19.99	45.19 ± 23.49	60.00 (44.00 – 72.00)	66.67 (53.33 – 80.00)	56.23 ± 21.50	60.00 (40.00 – 66.67)	60.00 (45.00 – 70.00)	58.22 ± 14.65	59.21 ± 13.43
Ancienneté	pval	0.531	0.661	0.854	0.651	0.133	0.371	0.195	0.052	0.426	0.666	0.691	0.701
	< 5 ans	63.52 ± 22.15	65.71 (54.29 – 80.00)	69.00 ± 23.29	66.97 ± 22.55	49.90 ± 29.57	68.00 (42.00 – 84.00)	80.00 (56.67 – 86.67)	63.14 ± 17.37	60.00 (40.00 – 76.67)	65.00 (45.83 – 75.00)	63.09 ± 20.07	63.91 ± 19.64
	6-10 ans	52.50 ± 20.17	55.71 (35.00 – 74.29)	57.08 ± 18.02	53.67 ± 20.57	33.89 ± 15.43	46.00 (37.00 – 61.00)	53.33 (46.67 – 61.67)	50.69 ± 20.48	56.67 (31.67 – 60.00)	55.00 (48.75 – 70.00)	53.33 ± 16.03	51.25 ± 15.32
	11-15 ans	65.63 ± 25.97	78.57 (65.00 – 82.86)	70.63 ± 17.82	63.50 ± 18.69	47.50 ± 25.80	74.00 (54.00 – 82.00)	80.00 (71.67 – 83.33)	56.25 ± 19.78	53.33 (40.00 – 80.00)	65.83 (60.00 – 72.50)	65.25 ± 12.04	65.47 ± 12.24
	16-20 ans	76.67 ± 20.21	54.29 (54.29 – 77.14)	76.67 ± 20.82	65.33 ± 16.16	57.78 ± 16.78	64.00 (56.00 – 72.00)	80.00 (76.67 – 86.67)	70.00 ± 26.46	60.00 (60.00 – 76.67)	65.00 (65.00 – 70.00)	58.67 ± 9.24	68.65 ± 13.47
	> 20 ans	61.19 ± 18.84	57.14 (48.57 – 71.43)	68.33 ± 15.11	63.81 ± 18.04	45.40 ± 20.94	60.00 (48.00 – 68.00)	66.67 (53.33 – 80.00)	52.38 ± 17.79	60.00 (40.00 – 73.33)	60.00 (46.67 – 65.00)	58.67 ± 14.10	58.84 ± 14.38
Ancienneté 2	pval	0.385	0.199	0.375	0.448	0.368	0.230	0.071	0.109	0.489	0.672	0.441	0.176
	≤ 1an	65.00 ± 19.48	75.71 (62.86 – 82.14)	66.67 ± 25.21	72.00 ± 22.50	50.00 ± 29.04	76.00 (60.00 – 87.00)	80.00 (60.00 – 80.00)	62.78 ± 20.31	63.33 (50.00 – 73.33)	65.00 (45.22 – 75.00)	61.78 ± 19.75	65.53 ± 18.80
	> 1an	61.04 ± 22.00	60.00 (48.57 – 77.14)	67.70 ± 18.52	61.25 ± 19.49	45.25 ± 23.95	60.00 (44.00 – 73.00)	66.67 (53.33 – 80.00)	56.53 ± 18.47	60.00 (40.00 – 80.00)	65.00 (50.00 – 70.00)	60.10 ± 16.40	59.64 ± 16.65
Influence de la vie privée sur le questionnaire	pval	0.494	0.360	0.848	0.051	0.483	0.020*	0.445	0.221	0.222	0.874	0.717	0.204
	Non	61.81 ± 22.39	62.86 (51.43 – 80.00)	66.58 ± 21.54	64.00 ± 20.03	23.68	60.00 (44.00 – 77.00)	66.67 (53.33 – 80.00)	58.64 ± 19.15	60.00 (40.00 – 75.00)	65.00 (46.67 – 75.00)	61.10 ± 17.12	61.05 ± 17.00
	Oui	60.00 ± 19.93	62.86 (52.86 – 77.14)	67.25 ± 16.18	60.80 ± 23.13	51.67 ± 27.09	56.00 (44.00 – 76.00)	70.00 (51.67 – 80.00)	55.75 ± 19.01	60.00 (33.33 – 66.67)	65.00 (43.75 – 71.25)	57.80 ± 17.58	58.77 ± 19.00
	pval	0.750	0.652	0.899	0.553	0.313	0.625	0.893	0.560	0.542	0.688	0.461	0.615

4.3. Analyse univariée des paramètres liés à la maison de repos

Le nombre de lits de la MR/S a démontré une influence statistique significative sur trois variables de satisfaction au travail. Les soignants travaillant dans une « grande MR/S (>99 lits) » sont significativement moins satisfaits que ceux travaillant dans une « petite MR/S (≤ 99 lits) », et ce, concernant la satisfaction : de l'organisation au travail (pval=0.016), de la nature du travail (pval=0.047) ainsi que de la rémunération (pval=0.050). Le reste des tests montrent que les soignants travaillant dans une « grande MR/S » ont tendance à être moins satisfaits concernant les autres indicateurs ; excepté pour la connaissance de la politique de l'établissement, où les soignants de « petite MR/S » semblent légèrement moins satisfaits. L'indicateur concernant la rémunération a récolté le plus faible pourcentage de satisfaction dans les deux catégories.

Le nombre d'ETP soignants pour 30 lits s'est trouvé significatif pour plusieurs indicateurs de satisfaction au travail. Les soignants travaillant dans une MR/S comprenant « ≤ 10 ETP/30 lits » se montrent significativement moins satisfaits de l'organisation au travail (pval=0.041), la nature du travail (pval=0.024), des relations entre collègues (pval=0.001), de la rémunération (p=0.008), du management de proximité (pval=0.011), de l'adéquation entre vie professionnelle et vie privée (pval=0.012), des connaissances et de l'accès à la réglementation (p=0.038), de la reconnaissance de leur travail (pval=0.003), et pour la satisfaction générale (pval=0.007).

Concernant la satisfaction des relations entre collègues, des connaissances de l'organisation de l'établissement et celles de la politique de l'établissement, les tendances semblent montrer les mêmes résultats, mais ceux-ci ne sont pas statistiquement significatifs.

Enfin, le modèle « Tubbe » s'est également montré significatif à plusieurs reprises. Les soignants travaillant en MR/S adoptant le modèle Tubbe sont significativement plus satisfaits d'un point de vue de l'organisation du travail (pval=0.012), de la nature du travail (pval=0.023), du développement professionnel (pval=0.045) et de la reconnaissance reçue pour son travail (pval=0.041). Les autres indicateurs de satisfaction montrent la même tendance, en n'étant cependant pas statistiquement significatifs. La satisfaction générale tend également à être plus importante chez les travailleurs du modèle Tubbe et se trouve proche du seuil de significativité (pval=0.075) (voir tableau 3).

Tableau 3 - Analyse univariée des paramètres liés à la MR/S

Variables indépendantes	Catégories	Variables dépendantes – Indicateurs de satisfaction au travail											
		Organisation du travail	Nature du travail	Relations entre collègues	Développement professionnel	Rémunération	Management de proximité	Adéquation professionnelle et vie privée	Connaissance et accès à la réglementation	Reconnaissance	Connaissance de l'organisation de l'établissement	Connaissance de la politique de l'établissement	Satisfaction générale
Paramètres liés à la maison de repos													
Nombre de lits	≤ 99 lits	66.44 ± 17.25	68.57 (54.29 – 78.57)	69.12 ± 21.18	66.51 ± 18.49	50.20 ± 22.29	64.00 (48.00 – 78.00)	73.33 (60.00 – 80.00)	58.82 ± 18.13	60.00 (40.00 – 80.00)	65.00 (48.33 – 70.00)	59.65 ± 17.29	63.17 ± 15.36
	> 99 lits	53.55 ± 25.47	54.29 (35.71 – 77.14)	63.87 ± 18.42	58.45 ± 23.06	39.14 ± 27.47	54.00 (40.00 – 79.00)	60.00 (36.67 – 83.33)	56.40 ± 20.08	53.33 (26.67 – 63.33)	65.00 (45.83 – 75.00)	61.55 ± 16.68	56.55 ± 19.66
	pval	0.016*	0.047*	0.257	0.086	0.050*	0.283	0.181	0.574	0.084	0.614	0.626	0.093
Nombre d'ETP soignants pour 30 lits	> 10	58.45 ± 21.24	51.71 (49.29 – 77.14)	62.59 ± 19.56	60.90 ± 20.27	41.38 ± 25.83	56.00 (40.00 – 72.00)	63.33 (46.67 – 80.00)	55.14 ± 19.03	53.33 (35.00 – 60.00)	60.00 (45.00 – 75.00)	58.17 ± 16.42	57.39 ± 16.48
	≤10 ETP/30 lits	69.10 ± 20.75	74.29 (62.14 – 80.00)	78.13 ± 17.74	69.67 ± 20.39	57.22 ± 8.12	72.00 (63.00 – 80.00)	80.00 (71.67 – 88.33)	64.58 ± 16.81	73.33 (60.00 – 80.00)	67.50 (60.00 – 76.25)	65.67 ± 17.49	68.59 ± 16.97
	pval	0.041*	0.024*	0.001*	0.079	0.008*	0.011*	0.012*	0.038*	0.003*	0.080	0.069	0.007*
Modèle Tubbe	Non	54.58 ± 24.65	54.29 (37.14 – 77.14)	63.06 ± 17.25	58.33 ± 22.12	40.00 ± 26.23	60.00 (42.00 – 76.00)	63.32 (45.00 – 81.67)	56.20 ± 19.86	53.33 (31.67 – 61.67)	65.00 (46.25 – 75.00)	60.78 ± 16.39	56.83 ± 18.68
	Oui	67.03 ± 17.09	71.43 (54.29 – 79.29)	70.33 ± 21.94	67.48 ± 18.54	50.72 ± 22.81	64.00 (48.00 – 80.00)	73.33 (60.00 – 80.00)	59.24 ± 18.04	60.00 (41.67 – 80.00)	62.50 (47.50 – 73.75)	60.04 ± 17.60	63.67 ± 15.69
	pval	0.012*	0.023*	0.107	0.045*	0.051	0.359	0.333	0.472	0.041*	0.592	0.847	0.075

4.4. Analyse multivariée

Pour chacune des douze variables dépendantes, les variables indépendantes ayant un taux de significativité statistique supérieur ou égal à 0.05 ont été intégrées dans un modèle multivarié de type régression multiple (voir **tableau 4**).

Pour la satisfaction concernant l'organisation du travail, les variables « Nombre de lits », « Nombre d'ETP soignants pour 30 lits » et « Modèle Tubbe » étaient significatives dans le modèle univarié. Le modèle a une $pval=0.018$ et est donc significatif. Le R^2 étant de 0.075, 7.5% de la variabilité de la satisfaction de l'organisation au travail est expliqué par l'ensemble de ces variables, il n'est donc pas relevant. Cependant, individuellement, plus aucune n'est significative.

Quand le soignant travaille dans une MR/S « Tubbe », sa satisfaction au travail concernant l'organisation augmente de 10.79% (± 10.41). Cependant, lorsqu'il travaille dans une MR/S où le nombre d'ETP soignants par 30 lits est supérieur à 10 ETP, elle diminue de 7.82% (± 6.00). Pour ceux travaillant dans une grande MR/S, elle augmente de 0.12% (± 11.54).

Le même modèle, avec les mêmes variables, a été réalisé concernant la satisfaction de la nature du travail. Comme précédemment, le modèle a un sens puisque sa $pval=0.018$, mais individuellement, plus aucune variable indépendante n'est significative. Cet indicateur de satisfaction n'est expliqué qu'à 1,8% ($R^2=0.018$) par ce modèle multivarié et n'est donc pas relevant. Travailler dans une MR/S appliquant le modèle « Tubbe » augmente de 17.04% (± 10.59) le pourcentage de satisfaction de la nature du travail d'un soignant. Travailler dans une MR/S avec plus de 10 ETP soignants pour 30 lits, le fait diminuer de 11.28% (± 6.10). Et être soignant dans une grande MR/S l'augmente de 8.13% (± 11.74).

La satisfaction de la reconnaissance au travail avait comme variables significatives : le modèle Tubbe et la variable « ETP ». Ce modèle est significatif ($pval=0.012$) et explique à 8,3% ($R^2=0.083$) la variabilité de cet indicateur de satisfaction au travail. La variable « Modèle Tubbe » perd sa significativité alors que le nombre d'ETP soignants pour 30 lits reste significatif. Travailler dans une MR/S où la variable « ETP » est supérieure à 10, diminue de 14.35% (± 6.05) la satisfaction de la reconnaissance du travail pour les soignants.

La satisfaction du développement professionnel avait comme seule variable significative le modèle Tubbe. Pour les autres variables de satisfaction au travail, il n'y avait qu'une variable

indépendante significative, ou deux, mais n'incluait pas la variable « Modèle Tubbe ». Le modèle multivarié n'était donc pas approprié au vu de la question de recherche.

La satisfaction générale était influencée de manière significative en univariée, uniquement par la variable « ETP ».

Tableau 4 - Analyse multivariée par régression multiple des variables dépendantes et indépendantes ayant montré une significativité en analyse univariée

Variables	Satisfaction de l'organisation du travail		Satisfaction de la nature du travail		Satisfaction de la reconnaissance au travail	
	Coefficient ± SE	p-valeur	Coefficient ± SE	p-valeur	Coefficient ± SE	p-valeur
Intercept	61.00 ± 9.26	<0.001*	57.71 ± 9.42	<0.001*	61.58 ± 6.46	<0.001*
Modèle Tubbe (Oui)	10.79 ± 10.41	0.303	17.04 ± 10.59	0.112	7.15 ± 5.55	0.202
Nombre d'ETP soignants pour 30 lits (>10)	- 7.82 ± 6.00	0.196	-11.28 ± 6.10	0.068	-14.35 ± 6.05	0.020*
Nombre de lits (>99)	0.12 ± 11.54	0.992	8.13 ± 11.74	0.491	/	/
R² ajusté et P-valeur du modèle	R ² = 0.075	Pval= 0.028*	R ² = 0.018	Pval= 0.018*	R ² = 0.083	Pval= 0.012*

V. Discussion

L'objectif principal visé par cette étude était de déterminer si l'implémentation du modèle « Tubbe » en MR/S influençait la satisfaction générale au travail des soignants, comparativement à une MR/S de type « traditionnelle ». Le second était d'identifier les indicateurs de satisfaction au travail influencés par le modèle Tubbe ainsi que par les facteurs confondants qui influençaient ceux-ci.

L'hypothèse principale était d'observer une augmentation de la satisfaction générale des soignants travaillant dans les MR/S adoptant ce modèle d'organisation. La seconde hypothèse était que les indicateurs de satisfaction « organisation du travail ; nature du travail ; management de proximité ; reconnaissance ; connaissance de l'organisation de l'établissement » étaient influencés par la variable « Tubbe ».

Ces hypothèses ont été proposées suite aux différents principes qui régissent le modèle « Tubbe ». Ces principes ou concepts sont énoncés dans certaines études comme pouvant améliorer la satisfaction au travail des soignants.

5.1. Autonomie et autodétermination

Le premier principe abordé est celui de viser l'autonomie et l'autodétermination, tant pour les résidents que pour les soignants. Il a pour objectif d'augmenter les responsabilités de chacun et donc, le sentiment de valorisation (2). L'augmentation de la reconnaissance envers le personnel soignant est un facteur d'amélioration de la satisfaction professionnelle. Les soignants bénéficiant de plus d'autonomie et de responsabilités se sentent plus valorisés et reconnus, ce qui engendrerait une amélioration de la satisfaction générale au travail (6,45). La reconnaissance a d'ailleurs été citée comme un des facteurs de satisfaction au travail les plus importants lors d'une étude sur 2676 soignants en France (6).

Ces éléments renvoient aux indicateurs de satisfaction concernant la nature du travail et la reconnaissance au regard de son travail (13). Notre étude est en accord avec ces affirmations. La satisfaction de la nature du travail est significativement influencée par le modèle « Tubbe » ($p=0.023$) dans notre échantillon. Il en est de même pour la satisfaction vis-à-vis de la reconnaissance au regard de leur travail ($p=0.041$). Ces résultats confirment une partie des hypothèses secondaires : les principes véhiculés par le modèle « Tubbe » visant l'autonomie, les

responsabilités et l'épanouissement ont un impact positif, améliorant deux indicateurs de satisfaction au travail cités ci-dessus.

5.2. Soins centrés sur la personne

Secondement, le principe des soins centrés sur la personne et l'importance de l'aspect relationnel est à souligner dans les caractéristiques du modèle « Tubbe » pouvant influencer la satisfaction générale au travail (2).

Une revue systématique ayant analysé sept articles afin de répondre à la question de recherche « les différentes formes de soins centrés sur la personne affectent-elles différemment la satisfaction au travail ? » a pu démontrer significativement la corrélation entre les soins centrés sur la personne et la satisfaction au travail des soignants (26).

Ce principe requiert une adaptation de l'organisation de travail, de l'établissement, du personnel et des résidents. Il est donc lié à la satisfaction organisationnelle, indicateur de la satisfaction générale au travail (2,13,27,30).

En effet, la revue systématique précédente démontre que le contexte organisationnel des soins est un déterminant de l'offre de soins centrés sur la personne en MR/S et que cette mise au centre du résident engendre une satisfaction accrue du personnel (26).

Les résultats de notre étude sont en accord et montrent une plus grande satisfaction organisationnelle chez les soignants travaillant dans les MR/S du modèle « Tubbe » ($p=0.012$). Il en est de même pour l'indicateur concernant la nature du travail ($p=0.023$). Ces deux indicateurs de satisfaction concordent avec ce principe de centralisation des soins sur le résident.

Le principe de mettre le résident au centre des soins est relatif au mouvement du « culture change » (46). Une étude canadienne avait pour objectif de déterminer si la mise en place d'un modèle « culture change » influençait l'autonomie des soignants et l'aspect des soins centré sur la personne, deux facteurs pertinents de leur satisfaction au travail. Elle a comparé quatre institutions, dont trois appliquant un modèle de type « culture change ». De manière contradictoire aux articles de Van Den Pol-Grevelink et al., Robinson et Gallagher, ou Miller et al., une différence significative est apparue entre les aides-soignant.e.s et les infirmier.e.s. Les infirmier.e.s n'étant pas influencés, comparativement aux aides-soignant.e.s qui affirmaient avoir augmenté leur niveau d'autonomie ainsi qu'avoir la capacité de fournir

des soins plus individualisés (47). De manière contradictoire, notre étude n'a pas démontré de différence significative en fonction du poste occupé par les soignants sur aucun des indicateurs de satisfaction au travail.

43% de l'échantillon de l'étude canadienne ne sont donc pas influencés par l'organisation « culture change » sur ces deux facteurs, les infirmier.e.s n'étant pas influencé.e.s. Cela n'engendrerait donc pas d'augmentation de satisfaction au travail à la suite de l'influence de ces deux principes.

De façon contradictoire, notre étude apporte une significativité statistique sur l'augmentation de la satisfaction de la nature ($p=0.023$) et de l'organisation ($p=0.012$) du travail chez les soignants du modèle « Tubbe ».

5.3. Modèle d'organisation

Très peu d'études s'intéressant au modèle « Tubbe » et à son impact sur la satisfaction au travail de l'équipe soignante ont été trouvées, seules des insinuations perceptibles de son influence figurent dans ces articles (37,40,48). Certains l'abordent brièvement, notamment dans le rapport d'évaluation de la FRB. Il décrit que les changements d'organisation suite à l'implémentation du modèle « Tubbe » sont, malgré les avantages théoriques, parfois considérés comme une source de travail supplémentaire par les soignants. Certains vivent mal les changements d'habitudes et ont donc indiqué une détérioration de leur situation professionnelle (4% de l'échantillon de 152 soignants interrogés en phase 2, après un an et demi d'implémentation du modèle). Cependant, lorsqu'ils analysent le degré de changement d'organisation vécu par les soignants, 53% ($n=152$) se disent avoir une plus grande satisfaction au travail et éprouver une amélioration de leur situation professionnelle après un an et demi d'implémentation du projet « Tubbe », comparativement à 27% ($n=175$), trois mois après le lancement. Par la même occasion, ils expriment un engagement à l'institution plus important, significatif statistiquement (37).

Une autre évaluation missionnée par la FRB a eu pour but d'évaluer les effets possibles du modèle « Tubbe » sur Tjörn (île Suédoise où a été développé le modèle « Tubbe ») en utilisant des données existantes. Les effets sur la satisfaction du personnel ont été analysés. La tendance montrait une augmentation de la satisfaction au travail et du modèle d'organisation ainsi qu'une faible rotation du personnel depuis l'implémentation du modèle « Tubbe » dans les

MR/S. Ces données ne pouvant pas être comparées, conséquence d'un manque de valeurs comparatives d'autres unités, la preuve que le modèle relationnel est supérieur ou inférieur sur le plan de la satisfaction ne pouvait pas être affirmée (48).

Notre étude rejoint les résultats de la FRB au niveau de la satisfaction de l'organisation du travail, significativement majoritaire dans le groupe des soignants du modèle « Tubbe » ($p=0.012$).

Une étude flamande a évalué l'impact des MR/S ayant adopté les principes des organisations de travail innovantes, centrés sur les soins du résident (dont le modèle « Tubbe » fait partie) sur le lien soignant-soigné. Pour ce faire, un questionnaire a été proposé à 61 directions de MR/S en Flandre occidentale concernant, entre autres, la satisfaction sur les changements organisationnels en fonction des principes appliqués ou non au cours des dernières années. Ils affirment que le modèle « Tubbe » est considéré comme améliorant l'efficacité organisationnelle et donc, la satisfaction des travailleurs pour celle-ci. Les résultats de cette étude supposent donc que les modifications organisationnelles suite à ces principes d'organisation de travail innovante, profitent à la qualité et la satisfaction du travail au sein de ces MR/S (40). Notre étude est en accord avec les hypothèses émises sur l'influence positive de l'organisation de travail et la satisfaction des soignants concernant celle-ci. En effet, au sein de notre échantillon, le modèle Tubbe améliore la satisfaction au travail du personnel soignant sur son organisation ($p=0.012$). Il s'agit également d'autres éléments renforçant notre résultat sur l'indicateur concernant la nature du travail ($p=0.023$). Cependant, il est à retenir qu'il ne s'agit pas d'une constatation réalisée par les soignants, mais bien par la direction, ce qui est donc plus subjectif.

5.4. La taille de la MR/S et le nombre de soignants, des facteurs confondants

Deux facteurs confondants sont régulièrement apparus comme significatifs dans les différents indicateurs de satisfaction au travail : la taille de la MR/S et le nombre d'ETP soignants pour 30 lits.

Concernant la taille de l'établissement (en nombre de lits), une recherche canadienne de 2019 étudiant différents éléments pouvant modifier la qualité de vie au travail, dont notamment la taille de l'établissement, n'avait pas prouvé de lien statistique significatif entre ces deux éléments (49). De manière contradictoire, notre étude admet une relation significative entre la

taille de la MR/S et différents items de satisfaction au travail (50). Plus la MR/S est grande, plus les satisfactions de l'organisation ($p=0.016$), la nature ($p=0.047$) et la rémunération ($p=0.50$) au travail diminuent. Également en contradiction avec nos résultats, une étude de Chamberlain et al., indique que plus la taille de l'établissement est petite, plus la qualité de vie au travail diminue. Au vu de la contradiction de la littérature ainsi que de notre étude, d'autres éléments entrent probablement en jeu et mériteraient d'être explorés.

Relatif au ratio de soignants par lits, de nombreuses études ont démontré que la satisfaction au travail diminue lorsqu'il y a un manque de personnel, car les soignants ont une sensation de charge de travail lourde (8,50). Cependant nos résultats sont totalement contradictoires. Plus il y a de personnel, plus la satisfaction au travail diminue significativement. Au vu du nombre important de catégories de satisfaction liées significativement à cette variable, cela pourrait s'expliquer par un biais de sélection, dépendant des MR/S elles-mêmes. En effet, il n'y a que trois indicateurs de satisfaction qui ne sont pas liés significativement et ont tout de même une p-valeur proche du seuil de significativité avec une tendance similaire aux résultats significatifs.

Une autre supposition serait qu'une quantité plus importante de personnel ait engendré une augmentation de la dépendance des résidents suite au manque d'autonomie laissé aux résidents. En effet, le livre de Ferrara suppose que les soignants ont tendance à prendre des décisions à leur place ou réaliser des tâches que les personnes âgées pourraient faire, ce qui diminue leur autonomie et augmente leur dépendance. La charge de travail étant donc plus importante, leur satisfaction de la nature de leur travail diminue (51).

5.5. Développement professionnel

La satisfaction du développement professionnel concerne la gestion de la carrière. Dans notre questionnaire, elle détermine si les possibilités de promotions, de formations ou d'évaluation de leur institution satisfont les soignants.

Il n'y a pas d'étude prouvant que le modèle « Tubbe » ou un modèle adhérent au « culture change » influence cette catégorie de satisfaction au travail. En effet, octroyer plus ou moins de formations ou de promotions ne sont pas des principes définissant ces modèles d'organisation. Dans nos hypothèses, cet indicateur n'était donc pas prévu comme influençable par le modèle « Tubbe ».

Cependant, selon l'étude d'Estryn, le manque de perspectives professionnelles est tout de même une préoccupation pour les infirmier.e.s européen.ne.s. Les infirmier.e.s belges sont à 20.3% insatisfait.e.s de cet item lors de cette étude européenne ayant questionné plus de 5000 soignants (6).

Il ressort de notre étude que le modèle « Tubbe » influence positivement la satisfaction au travail des soignants concernant leurs possibilités de développement professionnel ($p=0.045$). Ce résultat peut donc permettre d'envisager une influence à explorer ultérieurement.

5.6. Management et connaissances de l'organisation

Les satisfactions concernant le management de proximité incluant les relations avec les supérieurs hiérarchiques, ainsi que sur la connaissance de l'organisation de l'établissement, n'ont pas été influencées par le modèle « Tubbe » dans notre étude. Cela rejette donc une partie de notre hypothèse secondaire.

En effet, au vu du changement de leadership où la direction devient un coach, où les décisions sont partagées et où la motivation des équipes devient primordiale, il était supposé que la satisfaction des soignants sur le management de proximité serait plus élevée dans les MR/S adoptant le modèle « Tubbe »(2) Notre étude ne prouve donc pas d'influence significative sur cet indicateur malgré une tendance des moyennes et écarts-types vers cette supposition.

De plus, l'implémentation du modèle « Tubbe » pouvait supposer une meilleure satisfaction concernant la connaissance de l'organisation de l'établissement vu qu'il tend à modifier celle-ci et à le mettre au centre des projets de l'institution (2). Cependant, notre étude affirme qu'il n'y a pas d'influence significative du modèle « Tubbe » sur cet indicateur de satisfaction au travail.

Dans les questionnaires de notre étude, des cases étaient disponibles afin que les répondants puissent y apposer des commentaires afin de compléter leurs réponses. Il n'y a pas eu assez de réponses à ces commentaires que pour les inclure dans l'étude. Cependant, il en ressort principalement des éléments négatifs, tels des inquiétudes ou mécontentements, et ce, dans les deux groupes. Le manque de personnel et la surcharge de travail sont les éléments les plus abordés dans les commentaires, mais également lors des différents passages de la chercheuse dans les institutions.

5.7. Satisfaction générale

Les différentes études et analyses citées et développées jusqu'ici permettent d'avoir émis l'hypothèse principale de notre étude. Cependant, malgré une tendance d'augmentation des moyennes, il n'a pas pu être prouvé de manière significative que le modèle « Tubbe » influençait positivement la satisfaction générale au travail des soignants ($p=0.075$).

L'impact des différents indicateurs statistiquement significatifs n'est pas assez élevé en comparaison d'autres éléments influençant certainement la satisfaction générale au travail.

VI. Biais et limites

L'étude rencontre plusieurs biais et limites. En premier lieu, le type d'échantillonnage non probabiliste de commodité engendre un risque motivationnel par l'aspect non obligatoire. Les soignants sont régulièrement sollicités pour répondre à des enquêtes tant internes qu'externes. Ils peuvent ne pas se sentir concernés ou penser que le fait d'y participer ne leur profiterait pas. La chercheuse a donc prolongé le délai de remise des questionnaires et s'est rendue plusieurs fois sur place afin d'aller à la rencontre des soignants. Des mails leur ont également été envoyés afin de leur proposer le questionnaire en ligne.

Les maisons de repos sont approximativement similaires sur plusieurs critères afin d'éviter le biais d'hétérogénéité. Elles ont les mêmes secteurs d'activité, un nombre moyen de lits relativement similaires, des zones géographiques proches. Des critères sociodémographiques n'ont pas été imposés concernant les répondants, afin de ne pas réduire l'échantillon et d'évaluer des facteurs confondants ; et pourtant, les deux groupes sont comparables et ont de fortes similitudes sociodémographiques.

Une limite a cependant été un critère d'inclusion de départ. Initialement, seuls les soignants travaillant au sein de l'établissement depuis au moins le démarrage du projet pilote en 2017 devaient être inclus; afin que le modèle soit totalement implémenté dans les habitudes des travailleurs. Cependant, beaucoup de soignants ne travaillent pas depuis aussi longtemps et de nombreux nouveaux arrivés ont répondu au questionnaire. Le critère a donc été élargi afin que l'échantillon soit représentatif des MR/S incluses.

La collaboration de la direction pour l'envoi des mails ou pour les présentations à l'équipe a suscité des réticences de la part des soignants. Le questionnaire en ligne, des enveloppes préimprimées ainsi que des passages réguliers pour la récolte des questionnaires leur ont été proposés afin de diminuer cette réticence.

Une autre limite est le nombre de MR/S participantes. En effet, les 4 MR/S devaient être comparables et donc semblables sur certains critères. Cela a engendré une moindre possibilité d'ajout de facteurs confondants concernant la MR/S. De plus, d'un point de vue quantitatif, l'échantillon est faible, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats.

Enfin, l'implémentation du modèle « Tubbe » révèle un biais. En effet, toutes les MR/S du projet pilote ont reçu la même formation et le même coaching lors du démarrage du modèle. En revanche, la suite de l'intégration est laissée au bon vouloir des équipes et directions. Il n'y a pas de cadre ou de contrôle affirmant que les MR/S travaillent toujours dans une optique de respect des principes de « Tubbe ». Il y a donc probablement un biais d'hétérogénéité important (2).

VII. Perspectives

Après l'analyse des résultats et biais de l'étude, plusieurs perspectives peuvent être proposées.

Dans un premier temps, il serait intéressant de réaliser un outil de contrôle de qualité de l'implémentation du modèle « Tubbe ». Cela permettrait de limiter les hétérogénéités lors d'études comparatives comme celles-ci ainsi que d'avoir un contrôle de la qualité pour la FRB ayant investi pour la mise en place du projet pilote ainsi que pour son développement.

Certains indicateurs de satisfaction au travail n'étaient pas pertinents pour notre étude. Il serait intéressant de réaliser un questionnaire relatif au modèle « Tubbe », reprenant et évaluant ses principes. Les équipes paramédicales pourraient aussi être intégrées, ajoutant la possibilité d'évaluer la charge de travail des soins de nursing comme facteur confondant.

Comme mentionnée dans la discussion, la significativité de l'augmentation de la satisfaction concernant les possibilités de développement professionnel chez les soignants du modèle « Tubbe » n'était pas une hypothèse prévue après l'analyse de la littérature. Il peut être intéressant d'investiguer cet indicateur plus profondément.

Enfin, suites aux quelques commentaires réceptionnés ainsi qu'aux discussions établies entre les professionnels des MR/S et la chercheuse lors de ses passages, la perception d'une lourde charge de travail reste un élément très préoccupant pour les soignants. Il pourrait être intéressant de déterminer si le modèle « Tubbe » a une influence sur la perception de la charge de travail par les soignants, ainsi que sur la charge de travail réelle. De plus, c'est encore une problématique actuelle au vu de la médiatisation, des manifestations et des décisions politiques de l'année 2022. Tant pour augmenter la satisfaction des soignants au travail que pour l'amélioration des soins de santé, il serait intéressant d'examiner cette problématique plus profondément.

VIII. Conclusion

En conclusion, les résultats de cette étude n'ont pas permis d'affirmer l'influence du modèle « Tubbe » sur la satisfaction générale des soignants travaillant en MR/S en Wallonie. Elle a cependant permis de montrer la tendance positive de ce modèle sur celle-ci.

Il a pu être démontré que le modèle « Tubbe » a un impact significatif sur l'augmentation de la satisfaction au travail de plusieurs indicateurs de satisfaction : l'organisation du travail, la nature du travail et la reconnaissance de son travail ; comme une partie de l'hypothèse secondaire le suggérait. Le modèle a également démontré un impact sur la satisfaction concernant la possibilité de développement professionnel.

Cependant, des facteurs confondants ont été déterminés comme étant également en lien avec ces différents items de satisfaction : le nombre d'ETP soignants pour trente lits et la taille de la maison de repos selon son nombre de lits. Dans les modèles multivariés, la variable « modèle Tubbe » perd alors sa significativité.

Ces facteurs confondants établis permettent d'ouvrir des perspectives de nouvelles recherches ou d'approfondissement de certaines études déjà réalisées à ce sujet. Le ratio de soignants et la charge de travail perçue ajoutés au niveau de dépendance des personnes âgées seraient des éléments intéressants pour évaluer différemment la satisfaction au travail des soignants. Un questionnaire relatif aux principes du modèle « Tubbe » comme outil de perception de qualité serait également utile afin d'évaluer l'implémentation du modèle dans les MR/S pilotes.

Les principes du modèle « Tubbe » peuvent être un atout à la majoration de la satisfaction au travail du personnel soignant ; mais il est nécessaire de s'intéresser et de régler d'autres problématiques plus ancrées dans la société et ayant une forte influence dans l'insatisfaction des soignants et leur souhait de quitter la profession, avant de pouvoir percevoir un impact suite à un changement de modèle d'organisation des MR/S.

IX. Bibliographie

1. Estryn-Béhar M, Heijden BIJMVD, Fry C, Hasselhorn HM. Longitudinal Analysis of Personal and Work-Related Factors Associated with Turnover among Nurses. *Rech Soins Infirm* [Internet]. 2010 [cited 2021 Dec 21];103(4):29–45. Available from: <https://www.cairn.info/journal-recherche-en-soins-infirmiers-2010-4-page-29.htm>
2. Dispa MF, Fondation Roi Baudouin. Des maisons où il fait bon vivre et travailler. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin; 2019. 64 p.
3. OCDE. State of Health in the EU-Belgique: Profils de santé par pays 2019 [Internet]. Brussels; 2019 [cited 2021 Dec 21]. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_be_french.pdf
4. Organisation mondiale de la santé. Vieillesse et santé. [Internet]. [cited 2021 Dec 23]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
5. Petit R, Zardet V. Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management. *@GRH* [Internet]. 2017 [cited 2021 Dec 21];22(1):31–54. Available from: <http://www.cairn.info/revue-@grh-2017-1-page-31.htm>
6. Estryn-Béhar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2008.
7. Vandebroek S, Van Gerven E, De Witte H, Vanhaecht K, Godderis L. Burnout in Belgian physicians and nurses. *Occup Med* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2021 Dec 20];67(7):546–54. Available from: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx126>
8. Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, et al. Safe nurse staffing levels in acute hospitals [Internet]. KCE; 2019 [cited 2021 Dec 20]. Report No.: 325Cs. Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf
9. Aiken LH, Sermeus W, Heede KV den, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* [Internet]. 2012 Mar 20 [cited 2021 Dec 20];344. Available from: <https://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>
10. Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs* [Internet]. 2011 Dec [cited 2021 Dec 21];10(1):6. Available from: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-10-6>
11. Aloulou J, Damak R, Masmoudi F, Sidhom O, Amami O. L'épuisement professionnel du soignant : Etude tunisienne à propos de 142 infirmiers. 2013;91(01):44–9.

12. Hasson H, Arnetz JE. Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes. *J Clin Nurs* [Internet]. 2007 Mar [cited 2021 Dec 20]; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01803.x>

13. Dijhoud A, Kret M, Domecq S, Pourin C. Mesure de la satisfaction au travail des professionnels de santé et médico-sociaux: Guide d'utilisation [Internet]. CCECQA; 2015 [cited 2021 Dec 3]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_dutilisation_saphorajob_janv2015_1_.pdf

14. Prescott RK. *The Encyclopedia of Human Resource Management*. Vol. 1. USA: Pfeiffer; 2012.

15. White EM, Aiken LH, McHugh MD. Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2019 Oct [cited 2021 Nov 28];67(10):2065–71. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.16051>

16. White EM, Aiken LH, Sloane DM, McHugh MD. Nursing home work environment, care quality, registered nurse burnout and job dissatisfaction. *Geriatr Nur (Lond)* [Internet]. 2020 Mar [cited 2021 Nov 30];41(2):158–64. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0197457219303325>

17. Hare J, Pratt CC, Andrews D. Predictors of burnout in professional and paraprofessional nurses working in hospitals and nursing homes. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 1988 Jan [cited 2021 Nov 28];25(2):105–15. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0020748988900788>

18. Institute of Medicine (US) Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses* [Internet]. Page A, editor. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004 [cited 2021 Dec 26]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216190/>

19. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Med Care* [Internet]. 2004 Feb [cited 2021 Nov 28];42(2):II–57. Available from: <https://journals.lww.com/00005650-200402001-00008>

20. Choi J, Flynn L, Aiken LH. Nursing Practice Environment and Registered Nurses' Job Satisfaction in Nursing Homes. *The Gerontologist* [Internet]. 2012 Aug 1 [cited 2021 Dec 26];52(4):484–92. Available from: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/gnr101>

21. Hsu HC, Kung YW, Huang HC, Ho PY, Lin YY, Chen WS. Work stress among nursing home care attendants in Taiwan: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2007 Jul [cited 2021 Nov 29];44(5):736–46. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748906000046>

22. Ikeda-Sonoda S, Ichihara N, Okochi J, Takahashi A, Miyata H. Association of care workers' job satisfaction and global happiness with change of functional performance of severely disabled elderly residents in nursing homes: a cohort and questionnaire study in Japan. *BMJ Open* [Internet]. 2020 Oct 5 [cited 2021 Nov 30];10(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7537441/>
23. Sermeus W. Caractéristiques et résultats de l'étude RN4CAST relative aux infirmiers en Europe. *Rev Francoph Int Rech Infirm* [Internet]. 2015 Mar [cited 2021 Dec 4];1(1):3–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352802815000083>
24. Haggstrom E, Skovdahl K, Flackman B, Kihlgren AL, Kihlgren M. To feel betrayed and to feel that you are betraying the older residents: caregivers' experiences at a newly opened nursing home. *J Clin Nurs* [Internet]. 2004 Sep [cited 2021 Dec 5];13(6):687–96. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2004.00939.x>
25. Harrad R, Sulla F. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Bio Medica Atenei Parm* [Internet]. 2018 Dec 7 [cited 2021 Dec 7];89(7-S):60–9. Available from: <https://doi.org/10.23750/abm.v89i7-S.7830>
26. Van Den Pol-Grevelink A, Jukema J s., Smits C h. m. Person-centred care and job satisfaction of caregivers in nursing homes: a systematic review of the impact of different forms of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2012 [cited 2021 Dec 14];27(3):219–29. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gps.2719>
27. Miller SC, Miller EA, Jung HY, Sterns S, Clark M, Mor V. Nursing Home Organizational Change: The “Culture Change” Movement as Viewed by Long-Term Care Specialists. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2010 Aug 1 [cited 2021 Dec 14];67(4_suppl):65S-81S. Available from: <https://doi.org/10.1177/1077558710366862>
28. Kane RA, Lum TY, Cutler LJ, Degenholtz HB, Yu TC. Resident Outcomes in Small-House Nursing Homes: A Longitudinal Evaluation of the Initial Green House Program. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2007 [cited 2021 Dec 17];55(6):832–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2007.01169.x>
29. Cours de Psychologie et accompagnement de la personne âgée(GER1004-1). Université de Liège; 2020.
30. Robinson GE, Gallagher A. Culture Change Impacts Quality of Life for Nursing Home Residents. *Top Clin Nutr* [Internet]. 2008 Apr [cited 2021 Dec 14];23(2):120–30. Available from: <https://journals.lww.com/00008486-200804000-00005>
31. White-Chu EF, Graves WJ, Godfrey SM, Bonner A, Sloane P. Beyond the Medical Model: The Culture Change Revolution in Long-Term Care. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2009 Jul 1 [cited 2021 Dec 16];10(6):370–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861009001352>

32. Maison Carpe Diem. Formations et conférences [Internet]. Alzheimer Carpe Diem. 2017 [cited 2021 Dec 12]. Available from: <https://alzheimercarpediem.com/laproche-carpe-diem/formations-et-conferences/>
33. Coordination et Défense des Services Sociaux et Culturels (Codef asbl). Senior Montessori [Internet]. Codef asbl. [cited 2021 Dec 12]. Available from: <https://www.codef.be/asbl/senior-montessori-asbl-ixelles-codef/>
34. Fondation Roi Baudouin. Le modèle Tubbe, la gestion des maisons de repos et de soins basée sur la relation [Internet]. Fondation Roi Baudouin; 2017 [cited 2021 Nov 18]. Available from: <https://www.kbs-frb.be/fr/le-modele-tubbe-la-gestion-des-maisons-de-repos-et-de-soins-basee-sur-la-relation>
35. Fondation Roi Baudouin. ZOOM: Le modèle Tubbe, une inspiration pour nos maisons de repos et de soins [Internet]. Fondation Roi Baudouin; 2020 [cited 2021 Nov 18]. Available from: <https://www.kbs-frb.be/fr/zoom-le-modele-tubbe-une-inspiration-pour-nos-maisons-de-repos-et-de-soins>
36. Fondation Roi Baudouin. Les conseils pratiques d'une pionnière [Internet]. Fondation Roi Baudouin; [cited 2021 Nov 18]. Available from: <https://files.allyours.be/TUBBEinterviewFR.pdf>
37. Heylen L, Meuris C, Knaeps J, Baldewijns K, Dispa MF. 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 [Internet]. Fondation Roi Baudouin; 2019 [cited 2021 Nov 18]. Available from: <https://www.kbs-frb.be/fr/vers-un-nouveau-modele-de-cogestion-base-sur-le-relationnel-en-maison-de-repos-et-de-soins>
38. Miller SC, Looze J, Shield R, Clark MA, Lepore M, Tyler D, et al. Culture Change Practice in U.S. Nursing Homes: Prevalence and Variation by State Medicaid Reimbursement Policies. *The Gerontologist* [Internet]. 2014 Jun [cited 2021 Dec 20];54(3):434–45. Available from: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/gnt020>
39. Koren MJ. Person-Centered Care For Nursing Home Residents: The Culture-Change Movement. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2010 Feb [cited 2021 Dec 20];29(2):312–7. Available from: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2009.0966>
40. Maele DV, Pyliser C, Taillieu N, Maerten M. Er zit swung in de (meeste) woonzorgcentra. VIVES University College; 2020.
41. Lopez SH. Culture Change Management in Long-Term Care: A Shop-Floor View. *Polit Soc* [Internet]. 2006 Mar 1 [cited 2021 Dec 20];34(1):55–80. Available from: <https://doi.org/10.1177/0032329205284756>
42. Creswell JW. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* [Internet]. 3rd ed. Los angeles, London, New Deli, Singapore: SAGE; 2009 [cited 2021 Dec 22]. Available from: https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog_609332/objava_105202/fajlovi/Creswell.pdf

43. Campenhoudt L, Marquet J, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales [Internet]. Paris: Dunod; 2017 [cited 2021 Dec 23]. Available from: <http://banq.prenumerique.ca/accueil/isbn/9782100767854>
44. Rombeaux JM. Maisons de repos et maisons de repos et de soins - Radioscopie du secteur public 2017 [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 14]. Available from: https://www.uvcw.be/no_index/files/1385-1379-2019-09-radioscopie-2017---jmr-definitif.pdf
45. Vassbø TK, Kirkevold M, Edvardsson D, Sjögren K, Lood Q, Sandman PO, et al. Associations between job satisfaction, person-centredness, and ethically difficult situations in nursing homes—A cross-sectional study. *J Adv Nurs* [Internet]. 2019 May [cited 2022 Jul 16];75(5):979–88. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.13890>
46. Barbosa A, Sousa L, Nolan M, Figueiredo D. Effects of Person-Centered Care Approaches to Dementia Care on Staff: A Systematic Review. *Am J Alzheimers Dis Dementiasr* [Internet]. 2015 Dec [cited 2022 Jul 16];30(8):713–22. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1533317513520213>
47. Caspar S, O'Rourke N, Gutman GM. The Differential Influence of Culture Change Models on Long-Term Care Staff Empowerment and Provision of Individualized Care. *Can J Aging Rev Can Vieil* [Internet]. 2009 Jun [cited 2022 Jul 16];28(2):165–75. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifiser/S0714980809090138/type/journal_article
48. Håkansson K. The Relational Model (“Tubbe”) on Tjörn. s.d.;19.
49. Squires J, Baumbusch J, Demery Varin M, MacDonald I, Chamberlain S, Boström AM, et al. A Profile of Regulated Nurses Employed in Canadian Long-Term Care Facilities. *Can J Aging Rev Can Vieil* [Internet]. 2019 Jun [cited 2022 Jul 16];38(02):130–42. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifiser/S0714980818000478/type/journal_article
50. Chamberlain S, Gruneir A, Hoben M, Squires J, Cummings G, Estabrooks C. Influence of organizational context on nursing home staff burnout: A cross-sectional survey of care aides in Western Canada. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2017 Jun [cited 2022 Jul 16];71:60–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748917300603>
51. Ferrara P. Expanding Autonomy of the Elderly in Home Health Care Programs. 1990 [cited 2022 Aug 12];25(43):421–55. Available from: <https://heinonline.org/HOL/P?h=hein.journals/newlr25&i=435>

X. Annexes

10.1. Outil de collecte des données – Questionnaire



SATISFACTION AU TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DE SANTE et MEDICO-SOCIAUX

SAPHORA - JOB[®]

Grille de recueil

Ce questionnaire aborde différents aspects de votre vie professionnelle pour lesquels il vous est demandé d'estimer votre satisfaction. Il se compose d'une série d'énoncés pour lesquelles vous devez indiquer votre position sur une échelle de satisfaction composée de 6 modalités entre « Pas du tout satisfait » et « Tout à fait satisfait ». Soyez spontané(e) et sincère dans vos réponses. Le temps estimé de remplissage est de 20 minutes. Ce questionnaire est confidentiel, aucune réponse individuelle ne sera communiquée.

Consigne de remplissage :

Entourez la réponse qui vous semble la plus appropriée ...
Sauf mention spéciale, une seule réponse par question est admise.

1 2 3 4 5 6

Etablissement :

A. Organisation et contenu du travail

Indiquez votre niveau de satisfaction sur les points suivants ...	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
1. La manière dont le travail est organisé dans mon service	1	2	3	4	5	6
2. L'applicabilité des procédures de travail dans mon service	1	2	3	4	5	6
3. La possibilité d'organiser mes journées pour travailler avec efficacité	1	2	3	4	5	6
4. La façon dont le temps de travail est organisé dans le service	1	2	3	4	5	6
5. Mes possibilités de concilier vie professionnelle et vie personnelle	1	2	3	4	5	6
6. La possibilité de réaliser un travail varié	1	2	3	4	5	6
7. La possibilité d'utiliser mes compétences et aptitudes professionnelles	1	2	3	4	5	6
8. La possibilité de prendre des décisions de ma propre initiative, dans le cadre de mes fonctions	1	2	3	4	5	6
9. La possibilité d'organiser et de réaliser mon travail	1	2	3	4	5	6
10. La créativité dans la réalisation de mon travail	1	2	3	4	5	6
11. Les responsabilités qui me sont confiées dans le cadre de mon emploi	1	2	3	4	5	6
12. L'épanouissement dans mon travail	1	2	3	4	5	6
13. Le sentiment d'accomplissement personnel dans mon travail	1	2	3	4	5	6
14. L'aide que je peux apporter aux patients, aux résidents, aux usagés	1	2	3	4	5	6

B. Relations entre professionnels

Indiquez votre niveau de satisfaction sur les points suivants ...	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
15. Les relations humaines entre professionnels dans le service	1	2	3	4	5	6
16. Mes relations avec les personnes avec qui je travaille	1	2	3	4	5	6
17. La possibilité d'entraide avec mes collègues pour un travail en équipe	1	2	3	4	5	6
18. L'ambiance de travail dans mon service	1	2	3	4	5	6

C. Développement professionnel

Indiquez votre niveau de satisfaction sur les points suivants ...		Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
19.	Mes perspectives de carrière dans mon établissement (promotion, mobilité volontaire, changement de métier ou de fonction)	1	2	3	4	5	6
20.	La possibilité de promotion qui m'est donnée en fonction du travail que je fais	1	2	3	4	5	6
21.	La possibilité de bénéficier d'une évaluation annuelle	1	2	3	4	5	6
22.	La manière dont mon travail est évalué	1	2	3	4	5	6
23.	L'information qui m'est donnée sur les formations professionnelles susceptibles de me concerner	1	2	3	4	5	6
24.	Ma possibilité de bénéficier de formations professionnelles	1	2	3	4	5	6
25.	La cohérence des formations (proposées ou suivies) avec les besoins actuels de mon activité professionnelle	1	2	3	4	5	6

D. Rémunération

Indiquez votre niveau de satisfaction sur les points suivants ...		Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
26.	Mon salaire comparé à la complexité et à la responsabilité de mon travail	1	2	3	4	5	6
27.	Mon salaire comparé à ma charge de travail	1	2	3	4	5	6
28.	La manière dont est gérée la paie dans mon établissement (par exemple versement à date fixe, prise en compte des éléments variables de la paie, paiement des heures supplémentaires, respect des rémunérations prévues par les statuts ou convention collective, etc.)	1	2	3	4	5	6
29.	Mon salaire intégrant les autres modes de rétribution (par exemple primes, compte épargne temps, participation à la mutuelle, chèques déjeuner, chèques vacances, etc.)	1	2	3	4	5	6
30.	Mon salaire compte tenu de mes conditions de travail dans mon établissement	1	2	3	4	5	6

E. Encadrement

Indiquez votre niveau de satisfaction sur les points suivants ...		Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
31.	La manière dont mon supérieur hiérarchique (administratif, médical, paramédical, technique, socioéducatif) se comporte avec les membres de son équipe (intérêt, attention, écoute, respect, estime)	1	2	3	4	5	6
32.	La manière dont mon supérieur hiérarchique prend en compte les propositions de l'équipe	1	2	3	4	5	6
33.	La manière dont mon supérieur hiérarchique facilite les collaborations entre professionnels	1	2	3	4	5	6
34.	La manière dont mon supérieur hiérarchique anime et motive son équipe	1	2	3	4	5	6
35.	La pertinence des informations qui me sont données par mon supérieur hiérarchique au bon moment	1	2	3	4	5	6
36.	Le soutien au quotidien reçu de la part de ma hiérarchie en cas de difficulté	1	2	3	4	5	6
37.	La façon dont mon supérieur hiérarchique gère les absences	1	2	3	4	5	6
38.	Les possibilités de modifier mon planning en cas de nécessité personnelle	1	2	3	4	5	6
39.	La façon dont sont gérés les congés et les repos (choix des dates et respect des dates)	1	2	3	4	5	6

F. Droit du travail

Indiquez votre niveau de satisfaction sur les points suivants ...		Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
40.	L'accessibilité de l'information relative à mes droits et devoirs dans mon établissement	1	2	3	4	5	6
41.	Les documents relatifs à mes droits et devoirs mis à disposition par mon établissement	1	2	3	4	5	6
42.	L'actualisation de l'information concernant les textes juridiques et réglementaires de ma profession dans mon établissement	1	2	3	4	5	6
43.	Mon niveau de connaissance des responsabilités juridiques de mon emploi	1	2	3	4	5	6
44.	Mon niveau de connaissance des statuts ou conventions collectives qui s'appliquent dans mon établissement	1	2	3	4	5	6

G. Reconnaissance

Indiquez votre niveau de satisfaction sur les points suivants ...		Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
45.	La reconnaissance obtenue au regard de mon travail	1	2	3	4	5	6
46.	La manière dont mon travail est apprécié et reconnu	1	2	3	4	5	6
47.	La façon dont mon travail est respecté	1	2	3	4	5	6

H. Direction

Indiquez votre niveau de satisfaction sur les points suivants ...		Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
48.	Ma connaissance des fonctions occupées par les différents membres des directions	1	2	3	4	5	6
49.	Les services ou les conseils utiles que peuvent me rendre les différentes directions de mon établissement	1	2	3	4	5	6
50.	L'accessibilité des différents responsables des directions de mon établissement	1	2	3	4	5	6
51.	La coordination des différents pôles d'activité de mon établissement	1	2	3	4	5	6
52.	Les collaborations entre les professionnels de mon établissement	1	2	3	4	5	6
53.	La politique interne de communication de mon établissement	1	2	3	4	5	6
54.	La circulation de l'information dans mon établissement	1	2	3	4	5	6
55.	Mon niveau d'information sur le rôle et les travaux conduits par les différentes instances de mon établissement	1	2	3	4	5	6
56.	La manière dont les différentes instances remplissent leur rôle vis-à-vis du personnel (CHSCT, CTE, CME, etc.)	1	2	3	4	5	6
57.	Ma connaissance du projet établissement ou du plan stratégique	1	2	3	4	5	6
58.	Les valeurs portées par mon établissement	1	2	3	4	5	6

I. Votre opinion générale

Indiquez votre niveau de satisfaction ...		Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Assez peu satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Tout à fait satisfait
59.	Votre SATISFACTION GENERALE sur votre activité professionnelle actuelle	1	2	3	4	5	6

J. Informations générales

Entourer **UNE** seule réponse.

1. Vous êtes ... **A.** Une femme **B.** Un homme

2. Votre âge ... ans

3. Année d'entrée dans l'établissement :

4. Votre filière professionnelle : **A.** Administrative **D.** Médico-technique **G.** Psycho-sociale
 B. Logistique/technique **E.** Paramédicale
 C. Médicale **F.** Educative

5. Votre statut : **A.** Contractuel à durée indéterminée (CDI)
 B. Contractuel à durée déterminée (CDD)
 C. Exercice libéral
 D. Titulaire, stagiaire de la fonction publique, praticien hospitalier, interne
 E. Vacataire
 F. Autre statut, précisez :

6. Votre niveau de responsabilité (choix unique) :

- A.** Management d'établissement (directeur, président de CME, etc.)
- B.** Management intermédiaire (chef de pôle, d'unité, d'activité, cadre supérieur de santé, etc.)
- C.** Management de proximité (cadre de santé, responsable de service, cadre socioéducatif, etc.)
- D.** Pas de fonction de management

7. Vous exercez votre activité professionnelle en secteur (plusieurs choix possibles) :

A. MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique)	F. SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile)
B. SLD (Soins de Longue Durée)	G. EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
C. SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)	H. Handicap
D. Santé mentale	I. Autres secteurs
E. HAD (Hospitalisation à Domicile)	<i>si autres secteurs, précisez :</i>

.....

K. Commentaires

.....

.....

.....

.....

10.2. Diagramme de Gantt



10.3. Codebook de l'étude

Variable	Abréviation	Explications	Code	Modalités
Facteurs sociodémographiques				
Genre	Sexe	Sexe de la personne interrogée	0	Homme
			1	Femme
Âge	Age_cat	Âge en années	0	< 25 ans
			1	25-35 ans
			2	36-45 ans
			3	46-55 ans
			4	>55 ans
Profession	Poste	Profession exercée	0	Infirmier
			1	Aide-soignant
Temps de travail	Tps_trav_cat	Temps de travail de la personne interrogée en pourcentage, dans l'institution	0	≤50%
			1	51-99%
			2	100%
Ancienneté	Anc_cat	Nombre d'années depuis le début du contrat de travail dans la maison de repos	0	< 5 ans
			1	6-10 ans
			2	11-15 ans
			3	16-20 ans
			4	> 20 ans
Ancienneté 2	Nv_arr_cat	Nombre d'années depuis le début du contrat de travail dans la maison de repos	0	≤1 an
			1	> 1 an
Influence de la vie privée sur le questionnaire	Vie_prv	Présence d'éléments de la vie privée qui pourraient interagir avec les réponses du répondant au questionnaire	0	Non
			1	Oui
Paramètres liés à la maison de repos				
Nombre de lits	Lits	Type de MR/S dans laquelle le répondant travaille, selon le nombre de lits	0	Petite MR/S (≤99 lits)
			1	Grande MR/S (>99 lits)
Nombre d'ETP soignants pour 30 lits	ETP_cat	Calcul du nombre d'ETP de soignants présents dans la MR/S du répondant au moment du lancement du questionnaire sur un ratio de 30 lits	0	> 10 ETP / 30 lits
			1	≤ 10 ETP/ 30 lits
Tubbe	Tubbe	Implémentation du modèle Tubbe en 2017 via le projet pilote de la FRB au sein de la MR/S	0	Non
			1	Oui
MR/S	MR/S	Nom de la maison de repos où travaille le répondant	0	Centre d'accueil de Bouge
			1	Sainte-Barbe
			2	Reine des prés
			3	Floradant

Indicateurs de satisfaction au travail			
Organisation du travail	Satis_orga	Pourcentage de satisfaction concernant l'organisation au sein de son service (manière, procédure, efficacité)	Nombre rapporté en pour cent (%)
Nature du travail	Satis_nat	Pourcentage de satisfaction sur la définition et le contenu du travail (variété, compétences utilisées, prise de décision, autonomie, créativité, responsabilité, épanouissement)	Nombre rapporté en pour cent (%)
Relations entre collègues	Satis_rel	Pourcentage de satisfaction sur les relations avec les collègues de son service dans le cadre du travail (climat, coopération)	Nombre rapporté en pour cent (%)
Développement professionnel	Satis_dvlp	Pourcentage de satisfaction sur la gestion des carrières (promotion, mobilité, évaluation, formation)	Nombre rapporté en pour cent (%)
Rémunération	Satis_remu	Pourcentage de satisfaction sur le salaire comparé à sa charge de travail, aux conditions de travail et son montant	Nombre rapporté en pour cent (%)
Management de proximité	Satis_manag	Pourcentage de satisfaction sur les relations avec son supérieur hiérarchique	Nombre rapporté en pour cent (%)
Adéquation professionnelle et vie privée	Satis_viepv	Pourcentage de satisfaction sur la possibilité de concilier sa vie professionnelle avec sa vie privée (possibilité de modifier son planning, gestion des congés et repos)	Nombre rapporté en pour cent (%)
Connaissance et accès à la réglementation	Satis_regl	Pourcentage de satisfaction sur l'information sur les droits et devoirs concernant sa profession	Nombre rapporté en pour cent (%)
Reconnaissance	Satis_reco	Pourcentage de satisfaction sur la reconnaissance et le respect de son travail	Nombre rapporté en pour cent (%)
Connaissance de l'organisation de l'établissement	Satis_coorga	Pourcentage de satisfaction sur la gouvernance de son établissement, fonctions et rôles des directions, sa connaissance du projet d'établissement	Nombre rapporté en pour cent (%)
Connaissance de la politique de l'établissement	Satis_pol	Pourcentage de satisfaction sur la coordination entre services, communication, rôles des instances, valeurs portées	Nombre rapporté en pour cent (%)
Satisfaction générale	Satis_gen	Pourcentage de satisfaction sur la satisfaction de son travail, de son emploi, de son établissement	Nombre rapporté en pour cent (%)

10.4. Plan d'analyse statistique

Variables Y de satisfaction = quantitatives	Normalité - Résumé	Variables X	Tests univariés	Test multivarié
Organisation du travail	Moyenne ± écart-type	Genre, Profession, Ancienneté 2, Influence de la vie privée, Nombre d'ETP soignants par 30 lits → Qualitatives binaires	Paramétrique, homogénéité des variances, $k > 2$ → T de Student	Régression multiple pour les tests univariés significatifs
		Âge, Temps de travail, Ancienneté → Qualitatives ordinales	Paramétrique, homogénéité des variances, $k > 2$ → Anova 1	
Nature du travail	Médiane (P25-P75)	Genre, Profession, Ancienneté 2, Influence sur la vie privée, Nombre d'ETP soignants par 30 lits, Nombre de lits, Modèle Tubbe → Qualitatives binaires	Non paramétrique, $k > 2$ → Mann Whitney	
		Âge, Temps de travail, Ancienneté → Qualitatives ordinales	Non paramétrique, $k > 2$ → Kruskal Wallis	
Relations entre collègues	Moyenne ± écart-type	Genre, Profession, Ancienneté 2, Influence sur la vie privée, Nombre d'ETP soignants par 30 lits, Nombre de lits, Modèle Tubbe → Qualitatives binaires	Paramétrique, homogénéité des variances, $k > 2$ → T de Student	
		Âge, Temps de travail, Ancienneté → Qualitatives ordinales	Paramétrique, homogénéité des variances, $k > 2$ → Anova 1	
Développement professionnel	Moyenne ± écart-type	Genre, Profession, Ancienneté 2, Influence sur la vie privée, Nombre d'ETP soignants par 30 lits, Nombre de lits, Modèle Tubbe → Qualitatives binaires	Paramétrique, homogénéité des variances, $k > 2$ → T de Student	
		Âge, Temps de travail, Ancienneté → Qualitatives ordinales	Paramétrique, homogénéité des variances, $k > 2$ → Anova 1	
Rémunération	Moyenne ± écart-type	Genre, Profession, Ancienneté 2, Influence sur la vie privée, Nombre d'ETP soignants par 30 lits, Nombre de lits, Modèle Tubbe → Qualitatives binaires	Paramétrique, homogénéité des variances, $k > 2$ → T de Student	
		Âge, Temps de travail, Ancienneté → Qualitatives ordinales	Paramétrique, homogénéité des variances, $k > 2$ → Anova 1	
Management de proximité	Médiane (P25-P75)	Genre, Profession, Ancienneté 2, Influence sur la vie privée, Nombre d'ETP soignants par 30 lits, Nombre de lits, Modèle Tubbe → Qualitatives binaires	Non paramétrique, $k > 2$ → Mann Whitney	
		Âge, Temps de travail, Ancienneté → Qualitatives ordinales	Non paramétrique, $k > 2$ → Kruskal Wallis	

Variables Y de satisfaction = quantitatives	Normalité – Résumé	Variables X	Tests univariés	Test multivarié
Adequation professionnelle et vie privée	Médiane (P25-P75)	Genre, Profession, Ancienneté 2, Influence sur la vie privée, Nombre d'ETP soignants par 30 lits, Nombre de lits, Modèle Tuyppe → Qualitatives binaires	Non paramétrique, k=2 → Mann Whitney	Régression multiple pour les tests univariés significatifs
		Âge, Temps de travail, Ancienneté → Qualitatives ordinales	Non paramétrique, k>2 → Kruskal Wallis	
Connaissance et accès à la réglementation	Moyenne ± écart-type	Genre, Profession, Ancienneté 2, Influence sur la vie privée, Nombre d'ETP soignants par 30 lits, Nombre de lits, Modèle Tuyppe → Qualitatives binaires	Paramétrique, homogénéité des variances, k=2 → T de Student	
		Âge, Ancienneté → Qualitatives ordinales	Paramétrique, homogénéité des variances, k>2 → Anova I	
Reconnaissance	Médiane (P25-P75)	Temps de travail → Qualitative ordinale	Paramétrique, non homogénéité des variances, k>2 → Anova de Welch	
		Genre, Profession, Ancienneté 2, Influence sur la vie privée, Nombre d'ETP soignants par 30 lits, Nombre de lits, Modèle Tuyppe → Qualitatives binaires	Non paramétrique, k=2 → Mann Whitney	
Connaissance de l'organisation de l'établissement	Médiane (P25-P75)	Âge, Temps de travail, Ancienneté → Qualitatives ordinales	Non paramétrique, k>2 → Kruskal Wallis	
		Genre, Profession, Ancienneté 2, Influence sur la vie privée, Nombre d'ETP soignants par 30 lits, Nombre de lits, Modèle Tuyppe → Qualitatives binaires	Non paramétrique, k=2 → Mann Whitney	
Connaissance de la politique de l'établissement	Moyenne ± écart-type	Genre, Profession, Ancienneté 2, Influence sur la vie privée, Nombre d'ETP soignants par 30 lits, Nombre de lits, Modèle Tuyppe → Qualitatives binaires	Paramétrique, homogénéité des variances, k=2 → T de Student	
		Âge, Temps de travail, Ancienneté → Qualitatives ordinales	Paramétrique, homogénéité des variances, k>2 → Anova I	
Générale	Moyenne ± écart-type	Genre, Profession, Ancienneté 2, Influence sur la vie privée, Nombre d'ETP soignants par 30 lits, Nombre de lits, Modèle Tuyppe → Qualitatives binaires	Paramétrique, homogénéité des variances, k=2 → T de Student	
		Âge, Temps de travail, Ancienneté → Qualitatives ordinales	Paramétrique, homogénéité des variances, k>2 → Anova I	

10.5. Demande d'avis au Collège des Enseignants

Demande d'avis au Comité d'Éthique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique (Version finale acceptée par le Comité d'Éthique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be.
Si l'avis d'un Comité d'Éthique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant-e (prénom, nom, adresse courriel) : Maclot Améline maclot.ameline@gmail.com

2. Finalité spécialisée : Gestion des Institutions de Soins. 3. Année académique : 2021-2022

4. Titre du mémoire : L'influence du modèle Tubbe sur la satisfaction au travail du personnel soignant au sein des centres d'hébergement pour aînés en Wallonie

5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :
Département de Santé Publique

6. Nom du/de la Professeur-e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la Président-e de Département : Pr. Pierre Gillet

7. Promoteur-trice-s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

✓ Dr. **Mélon Marlène**, Gestionnaire de projets à la Direction des aînés de l'AVIQ,
Boulevard Pierre Mayence 14, 6061 Charleroi (tél : 071/337202, mail :
marlene.melon@aviq.be)

✓ Dr. **Gilles Christian**, Médecin Psychogériatre-hôpitaux Vivalia, Rue des maisonnettes 6,
6880 Bertix (tél :0494/454463, mail: gcp_cgilles@skynet.be)

a. Objectifs

- Comparer le degré de satisfaction au travail du personnel soignant au sein des trois MR/S pilotes du modèle Tubbe en Wallonie par rapport à trois autres MR/S traditionnelles.

- Identifier les indicateurs de satisfaction au travail (l'organisation et le contenu du travail, les relations entre professionnels, le développement professionnel, la rémunération, l'encadrement, le droit au travail, la reconnaissance, la direction, l'opinion générale) influencés par la mise en place du modèle Tubbe chez les soignants qui travaillent dans les maisons de repos (et de soins) situées sur le territoire wallon

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) (+/- 500 mots)

L'étude sera observationnelle de type mixte. La phase quantitative repose sur l'utilisation d'un questionnaire autoadministré de mesure de la satisfaction au travail perçue par les soignants (infirmiers et aides-soignants) des maisons de repos choisies. Ils seront invités à répondre au questionnaire de manière volontaire. Ce questionnaire évaluera différents items faisant varier la satisfaction au travail. L'échantillon sera déterminé par un échantillonnage non probabiliste, ou dit « de commodité », au volontariat, afin d'essayer de se rapprocher le plus possible de la population recherchée.

Il s'agira d'une étude transversale qui induit une photographie de la population à un moment déterminé. Le mode d'organisation de la MR/S est déjà implanté, le but n'est pas d'étudier l'impact de la mise en place sur une même population de façon longitudinale.

Il y aura un réel élément de comparaison avec un groupe dit « contrôle ». Trois MR/S avec le modèle Tubbe implanté et trois MR/S « traditionnelles », sans modèle d'organisation particulier. L'étude sera donc comparative afin d'établir les différences de satisfaction au travail entre ces deux groupes à un même moment dans le temps.

L'outil de la phase quantitative sera le SAPHORA-JOB, développé en 2004 par la CCECQA (le Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Nouvelle-Aquitaine) et réajusté en 2013 par la HAS (Haute Autorité de Santé). Les réponses à donner sont sous forme de niveau de satisfaction allant de « Pas du tout satisfait » à « Tout à fait satisfait ».

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Éthique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? Non
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? Non
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? Non
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? Non
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? Non

6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? Non
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? Oui
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? Non
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? Non
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ?
Non

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Éthique, soit le Comité d'Éthique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Éthique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur·trice sollicite l'avis du Comité d'Éthique car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : _____ Nom et signature du promoteur : _____


10.6. Réponse du Collège des Enseignants

 **RE: demande d'avis comité d'éthique** 14 Mars 2022 10:54

Expéditeur : ethique@chuliege.be

À: [olivier bruyere](#)

Cc: mssp@uliege.be [ameline maclot](#)

 [image004.jpg](#) (14,5 ko) [Télécharger](#) | [Supprimer](#)

Bonjour,

Cette étude n'est pas soumise à la loi de 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine et comme l'étudiante ne souhaite pas publier (dans une revue scientifique ou médicale), il n'est pas nécessaire de la soumettre au Comité d'Éthique.

Bien à vous,

Sophie MARECHAL

Secrétariat Administratif

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège

Route 500 (T1/0), Porte 30

Avenue de l'Hôpital, 1

4000 Liège

Tel: +32 4 242 21 58

ethique@chuliege.be



10.7. Formulaire du titre provisoire du mémoire



MASTER EN SCIENCES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

TITRE PROVISOIRE DU MEMOIRE

Année académique 2021-2022

A remplir par l'étudiant-e

Nom et prénom de l'étudiant-e : MACLOT AMÉLINE
Matricule : 5193624 Tél. ou GSM : 0474 126 57 63
E-Mail : maclot.ameline@gmail.com @ ameline.maclot@student.ulb
Finalité spécialisée : PSSP PACR SIU PACR P
 GEIS PASI EPES PRSA EDTP

Titre provisoire du mémoire : L'influence du modèle Tubex sur la satisfaction au travail du personnel soignant au sein des centres d'hébergement pour aînés en Wallonie.

Promoteur-trice : Marlène Melon
Titre, Fonction, Institution : Gestionnaire de projets à la Direction des aînés de l'AViQ
Adresse : Boulevard Pierre Mayence, 14, 6061 CHARLEROI
Email : marlene.melon@aviq.be Tél. : +32(0)71.33.7202
Signature :

Co-promoteur-trice : CHRISTIAN GILLES
Titre, Fonction, Institution : NEREA PYSCHIAATRIE HÔPITAL KVA
Adresse : RUE DE LA PAIX 6 6800 BRUXELLES
Email : christian.gilles@kva.be Tél. : 02 246 52 63
Signature :

Comité de lecture suggéré

Lecteur-trice 1 : Stephane Delberghe
Coordonnées : sd@atamer.be
Lecteur-trice 2 : Stephane Adam
Coordonnées : stephane.adam@ulige.be
3: Pierre-Yves Lambotte
pierre.yves.lambotte@santhea.be
4: Benedicte Gombault (FRB)
gombault.B@kbs-frib.be

10.8. Tableau de l'analyse descriptive de l'échantillon

Caractéristiques	GLOBAL (n=82)	TUBBE (n=46)	TRADITIONNEL (n=36)
Age - années ± SD	42.30 ± 10.99	43.53 ± 10.61	40.76 ± 11.42
Catégories d'âge – n (%)			
<25 ans	4 (4.88)	2 (4.35)	2 (5.56)
25-35 ans	18 (21.95)	9 (19.57)	9 (25.00)
36-45 ans	32 (39.02)	17 (36.96)	15 (41.67)
46-55 ans	11 (13.41)	8 (17.39)	3 (8.33)
>55 ans	17 (20.73)	10 (21.74)	7 (19.44)
Sexe – n (%)			
Hommes	8 (9.76)	6 (13.04)	2 (5.56)
Femmes	74 (90.24)	40 (86.96)	34 (94.44)
Poste – n (%)			
Infirmier	34 (41.46)	18 (39.13)	16 (44.44)
Aides-soignants	48 (58.54)	28 (60.87)	20 (55.56)
Temps de travail – % ± SD	78.73 ± 17.93	78.00 ± 18.00	79.00 ± 18.00
Catégories de temps de travail- n(%)			
≤50%	15 (18.29)	8 (17.39)	7 (19.44)
51-99%	40 (48.78)	24 (52.17)	16 (44.44)
100%	27 (32.93)	14 (30.44)	13 (36.12)
Ancienneté – médiane (p25-p75)	92.00 (14.50-250.00)	61.00 (12.00-242.00)	104.00 (27.50-240.00)
Catégories d'ancienneté – n (%)	(3 NA)	n=45	n=34
<5 ans	35 (44.30)	22 (48.89)	13 (38.24)
6-10 ans	12 (15.19)	6 (13.33)	6 (17.65)
11-15 ans	8 (10.13)	3 (6.67)	5 (14.71)
16-20 ans	3 (3.80)	2 (4.44)	1 (2.93)
>20 ans	21 (26.58)	12 (26.67)	9 (26.47)
Nouveaux arrivants			
≤ 1 an	18 (22.78)	12 (26.67)	6 (17.65)
> 1 an	61 (77.22)	33 (73.33)	28 (82.35)
Impact du privé – n (%)	(2 NA)	n=46	n=34
Non	60 (75.00)	34 (73.91)	26 (76.47)
Oui	20 (25.00)	12 (26.09)	8 (23.53)
Nombre de lits – n (%)			
Petite MR/S (≤ 99)	52 (63.41)	46 (100.00)	6 (16.67)
Grande MR/S (> 99)	30 (36.59)	0 (0.00)	30 (83.33)
Nombre d'ETP soignants par 30 lits – n (%)			
>10	58 (70.73)	28 (60.87)	30 (83.33)
≤10	24 (29.27)	18 (39.13)	6 (16.67)