

## L'ouverture au changement des professionnels de maison de repos à l'adoption du Culture Change

**Auteur :** Viaene, Estelle

**Promoteur(s) :** Adam, Stéphane

**Faculté :** Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

**Diplôme :** Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

**Année académique :** 2023-2024

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/22109>

---

### *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.*

---



LIÈGE université

**Psychologie, Logopédie  
& Sciences de l'Éducation**

L'OUVERTURE AU CHANGEMENT DES  
PROFESSIONNELS DE MAISON DE REPOS À  
L'ADOPTION DU CULTURE CHANGE

---

Mémoire présenté par **Estelle Viaene**

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Psychologiques, à finalité  
en Psychologie Clinique



**Promoteur** : M. Stéphane ADAM

**Lecteurs** : Mme Claire BACHELET & M. Xavier SCHMITZ

Année académique 2023-2024

## Remerciements

*Avant tout, je souhaite remercier toutes les personnes ayant œuvré de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.*

*Dans un premier temps, je souhaite exprimer ma profonde gratitude à mon promoteur, Monsieur Stéphane Adam, pour ses conseils, son assistance et le temps qu'il m'a accordé durant toute la réalisation de ce travail. Je remercie également son assistant, Louis Hody, pour son aide précieuse.*

*J'adresse aussi un grand merci aux lecteurs, Xavier Schmitz et Claire Bachelet, pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail et le temps qu'ils ont consacré à sa lecture.*

*Mes remerciements vont également à l'ensemble des participants de cette étude, car sans leur temps et leur contribution, cette recherche n'aurait pas été possible.*

*Pour la relecture rigoureuse de mes calculs statistiques, je remercie Florent Dupret, titulaire d'un Master en Biostatistique.*

*Je suis très reconnaissante envers mon petit ami, Jonas Thael, pour ses relectures et son soutien sans faille, particulièrement durant mes moments de doute et de stress.*

*Enfin, je souhaite remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont été présentes durant mes années d'études universitaires. Merci à mes grands-parents qui ont toujours cru en moi et m'ont encouragée dans tous mes choix, me soutenant durant ces dernières années qui ont été particulièrement difficiles. Je remercie également ma meilleure amie, Céline Bodart, pour sa bienveillance et son aide à n'importe quel moment.*

# Table des matières

<b>1. Introduction</b> .....	4
<b>2. Revue de la littérature</b> .....	6
<b>2.1. Les maisons de repos et de soins</b> .....	6
<b>2.1.1. Définitions</b> .....	6
<b>2.1.2. Culture médicalisée</b> .....	7
<b>2.2. Le Culture Change</b> .....	10
<b>2.2.1. Définition et naissance du Culture Change</b> .....	10
<b>2.2.2. Implémentation du Culture Change</b> .....	12
<b>2.2.3. Principes fondamentaux du Culture Change</b> .....	14
<b>2.2.4. Implications et bénéfices du Culture Change</b> .....	16
<b>2.2.5. Les obstacles au Culture Change vus par les professionnels</b> .....	21
<b>2.3. Le changement organisationnel</b> .....	25
<b>2.3.1. La préparation organisationnelle au changement</b> .....	27
<b>2.3.2. L'engagement au changement</b> .....	28
<b>2.3.3. Le cynisme à l'égard du changement organisationnel</b> .....	28
<b>2.3.4. L'ouverture au changement organisationnel</b> .....	29
<b>2.4. Conclusion</b> .....	31
<b>3. Objectifs et hypothèses</b> .....	33
<b>4. Méthodologie</b> .....	34
<b>4.1. Participants</b> .....	34
<b>4.2. Recrutement et procédure</b> .....	35
<b>4.3. Supports et mesures</b> .....	35
<b>4.4. Analyses statistiques</b> .....	37
<b>5. Présentation des résultats</b> .....	40
<b>5.1. Analyses descriptives</b> .....	40

5.1.1.	L'échantillon .....	40
5.1.2.	Implémentation du Culture Change et pertinence des items.....	42
5.1.3.	Ouverture au changement.....	44
5.2.	Analyses inférentielles .....	44
5.2.1.	Hypothèse principale .....	44
5.2.2.	Hypothèse secondaire .....	46
5.2.3.	Analyses exploratoires.....	47
6.	Interprétation et discussion.....	51
6.1.	Retour sur les hypothèses .....	52
6.2.	Limites .....	56
6.3.	Implications pratiques et perspectives futures.....	58
7.	Conclusion .....	61
8.	Bibliographie.....	63
9.	Annexes.....	70

# 1. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le vieillissement de la population est un phénomène mondial qui est bien plus rapide que dans le passé. Aujourd'hui, la majorité des personnes peuvent espérer atteindre l'âge de soixante ans ou plus. Dans tous les pays du monde, on observe une augmentation à la fois du nombre et de la proportion de personnes âgées au sein de la population. Entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12% à 22% (World Health Organization : WHO, 2022). En Belgique, plus de deux millions de personnes étaient âgées de 65 ans et plus en 2018, ce qui représente 19% de la population du pays. Selon le Bureau fédéral du Plan belge, cette proportion augmentera encore pour atteindre 21% en 2025 et se rapprochera des 26% d'ici 2050 (Care for the elderly, 2022). Mais quelles sont donc les conséquences de ce vieillissement de la population ?

Avec l'âge, on observe une augmentation de la dépendance et des problèmes de santé tels que les morbidités, les maladies chroniques et les démences (World Health Organization : WHO, 2022). Le vieillissement de la population pose donc de nouveaux défis amenant à revoir les systèmes de santé, de soins de longue durée et de protection sociale (Rechel *et al.*, 2013).

En Belgique, le nombre d'établissements s'élève à 1 500 et on compte 150 000 personnes âgées résidant en maisons de repos soit 1% de la population belge (De, s. d., 2020). Sur la base d'un modèle de prédiction développé par le Bureau fédéral belge du Plan et le KCE, il était prévu que le nombre de lits nécessaires atteindrait 149 000 à 177 000 d'ici 2025 (Care for the elderly, 2022). De plus, le secteur génère actuellement 78 000 emplois sachant qu'il faut environ 16 équivalents temps plein en moyenne pour 30 résidents (Adam, 2023).

Par ailleurs, l'offre des services pour personnes âgées s'est développée, mais à un rythme plus lent que le vieillissement démographique, au cours des dix ou vingt dernières années. Même si la crise sanitaire soulage temporairement la pression sur les listes

d'attente des institutions, il n'en reste pas moins que la demande globale de prise en charge continuera de croître à un rythme de plus en plus soutenu (Cour des comptes, 2021).

L'enjeu principal de ce milieu est donc l'évolution nécessaire du secteur tant au niveau des normes, du cadre et des modalités d'encadrement (Adam, 2023). En effet, il devient urgent de revoir ce système afin d'avoir des institutions rentables et abordables auxquelles les professionnels adhèrent et qui proposent, avec une approche humaine, des soins de qualité à leurs résidents (Ebrahimi *et al.*, 2020 ; Libault, 2019).

Un mouvement répondant à ces attentes existe pourtant, il s'agit du mouvement « Culture Change ». Ce dernier correspond à une vision plutôt comme à la maison par opposition aux structures dites traditionnelles ayant une vision comme à l'hôpital. Il est basé sur le soin centré sur la personne, et peut répondre entre autres à certains besoins comme la rentabilité et les soins de grande qualité (Ebrahimi *et al.*, 2020). Le contexte actuel met en lumière l'importance d'évaluer les alternatives aux maisons de repos classiques, telles que le Culture Change, afin de voir si elles répondent aux attentes des professionnels et des résidents.

La première partie de ce mémoire va donc consister en une revue de la littérature qui va reposer principalement sur le modèle Culture Change ainsi que les enjeux pour les professionnels en vue d'un changement organisationnel.

## 2. Revue de la littérature

### 2.1. Les maisons de repos et de soins

#### 2.1.1. Définitions

Afin de contextualiser la situation actuelle, nous allons revenir brièvement sur l'histoire des maisons de repos. En France, au Moyen Âge, les premiers logements pour personnes âgées appelés « hospices » ont vu le jour. Souvent créés par les congrégations religieuses, ils permettaient d'éloigner et d'enfermer les personnes que la société considérait comme indésirables, telles que les vieillards, les mendiants et les malades (Villez, 2007). Au cours du 19<sup>ème</sup> siècle, suite à l'exode rural, la révolution industrielle et la croissance des villes, un mouvement de décohabitation a vu le jour (Villez, 2007 ; Guennery, 2014). Certaines personnes âgées ne voulaient pas devenir un fardeau pour leurs enfants en cas de handicap ou de maladie. Cela a amené l'ouverture de la première génération de maisons de retraite dans les années 60, proposant une alternative aux hospices (Villez, 2007). Plus tard, en 1975, une loi a été adoptée pour transformer les hospices en maisons de repos médicalisées ou en unités de long séjour hospitalier. Cependant, cette transition s'est étalée sur trente ans (Villez, 2007 ; Guennery, 2014).

Aujourd'hui nous pouvons distinguer les concepts de maisons de repos (MR) et de maisons de repos et de soins (MRS). Le site de l'Agence wallonne pour une Vie de Qualité (AViQ) définit la maison de repos (MR) comme « des résidences collectives et permanentes pour personnes âgées de minimum 70 ans, sauf dérogation exceptionnelle ». Ces établissements proposent des services d'animation, d'assistance pour les tâches quotidiennes, ainsi que des soins infirmiers légers ou paramédicaux. Les maisons de repos sont dotées d'équipes composées de personnel infirmier, de soignants, de professionnels paramédicaux et d'animateurs, garantissant une surveillance constante, un accompagnement et des soins aux résidents, de jour comme de nuit. (*Hébergement aînés*, 2023).



Une maison de repos peut obtenir le titre de maison de repos et de soins (MRS) grâce à un agrément spécifique. Cet agrément permet d'accueillir des personnes âgées avec une plus grande dépendance, nécessitant des soins de longue durée adaptés. Contrairement aux patients hospitalisés, les résidents des MRS n'ont pas besoin d'une surveillance médicale continue ni d'un traitement spécialisé permanent. Toutefois, leur état de santé demande la présence d'un médecin généraliste, de soins infirmiers et/ou paramédicaux, tels que la kinésithérapie, ainsi qu'une aide pour les activités quotidiennes (*Hébergement ainés*, 2023).

Les institutions reposent sur un modèle de soins médicaux-somatiques, mettant l'accent sur les maladies, les traitements, l'hygiène et la sécurité des résidents tout en délaissant l'individualisation (Eijkelenboom *et al.*, 2017). Les maisons de repos dites traditionnelles sont considérées comme des lieux de travail où des personnes âgées vivent, plutôt que des lieux de vie où des personnes travaillent (Charras & Cérèse, 2017). Nous allons maintenant observer plus en détail les caractéristiques principales de ces établissements qui reflètent cette « culture médicalisée ».

### **2.1.2. Culture médicalisée**

Un des premiers éléments caractéristiques de la culture médicalisée dont nous allons parler est l'infrastructure des maisons de repos. Le rapport trisannuel des établissements d'accueil pour aînés en région wallonne rapporte une augmentation générale de la taille des établissements. En effet, la proportion d'établissements de 60-99 lits est passée de 33% en 2014 à 39% en 2022 et celle des établissements de 100-128 lits est passée de 17% en 2014 à 21% en 2022. De plus, les structures ayant moins de 60 lits représentent 29,3% de l'ensemble des lits existants, ce qui est donc la minorité pour le secteur (*Rapport trisannuel des établissements d'accueil pour aînés*, 2021). Le nombre de lits en Wallonie va passer de 48 982 en 2018 à 60 000 en 2030, soit une hausse de plus de 20%. Il y a donc une augmentation de la taille mais pas du nombre de structures (Adam, 2023). La médicalisation des structures se reflète également dans l'architecture des maisons de repos. Leur construction était généralement basée sur les codes de construction et de sécurité incendie des hôpitaux. Par conséquent, on retrouve des établissements de type hospitalier dotés de longs couloirs, d'espaces communs limités, de

grands réfectoires, de chambres et salles de bains communes et de postes de soins centralisés limitant ainsi l'intimité et l'autonomie des résidents (Miller & Mor, 2006 ; Eijkelenboom *et al.*, 2017). Comme les "minis-hôpitaux", les maisons de retraite sont conçues pour faciliter la prestation efficace de services dans un cadre médical (Miller & Mor, 2006).

En second lieu, les maisons de repos dites traditionnelles mettent la priorité sur le fonctionnement de l'établissement au détriment des besoins individuels des personnes recevant les soins (Seaton & Edwards, 2011). En effet, nous retrouvons dans les structures actuelles un management comme à l'hôpital, c'est-à-dire hiérarchique (Seaton & Edwards, 2011). Il s'agit d'un système top-down où toutes les décisions et les changements sont initiés et dirigés depuis le sommet de la hiérarchie vers le bas. Implicitement, cela suppose que les personnes occupant les postes les plus élevés sont considérées comme ayant une expertise supérieure à celles situées en bas de l'échelle (Lupton, 1991). C'est à dire que les décisions budgétaires ou d'aménagement sont prises par la direction, tandis que les décisions concernant la vie quotidienne des résidents sont prises par les professionnels en contact direct avec eux. Les résidents sont en bas de la pyramide décisionnelle. Ce modèle est perçu comme autoritaire et directif, ce qui le rend rigide et peu adaptable aux spécificités du terrain (Granger, 2023). Il met l'accent sur la minimisation des risques, laissant peu de place aux décisions prises par les résidents ou les personnes qui s'occupent d'eux au quotidien (Miller & Mor, 2006 ; Seaton & Edwards, 2011). Par conséquent, les taux de rotation du personnel y sont élevés, et les opportunités de croissance professionnelle et d'avancement de carrière sont rares voire inexistantes (Miller & Mor, 2006).

Troisièmement, le port de la blouse blanche est également un bon exemple de la médicalisation du secteur. Nous pouvons observer que, dans une grande majorité des maisons de repos actuelles, les membres du personnel sont en uniforme. L'uniforme a toujours été au centre de la perception des soins, surtout en raison de ses aspects hiérarchiques et hygiéniques (Charras & Gzil, 2013). Or, plusieurs études ont mis en évidence que le port de cette blouse blanche pouvait avoir un impact délétère tant au niveau physiologique que physique. Une méta-analyse de Bo et ses collaborateurs (2021) a constaté une diminution (de 14% à 7%) de la pression artérielle lorsque la mesure de

celle-ci dans un cabinet médical est réalisée à l'aide d'un appareil électronique sans la présence d'un professionnel de la santé (donc pas de blouse blanche). Ce résultat confirme l'effet sur la pression artérielle de la présence d'un professionnel en uniforme médical. Une seconde étude de Schlemmer et Desrichard (2018) suggère que l'effet blouse blanche peut également avoir un impact sur la sphère cognitive, plus précisément, la mémoire. En effet non seulement l'environnement médical réduit les performances des patients à faible auto-efficacité de la mémoire, mais il peut également créer ou exacerber des différences avec les patients à forte auto-efficacité de la mémoire. Ainsi, la recherche nous montre qu'un simple vêtement peut avoir un impact délétère sur les capacités cognitives et physiques des individus.

Le dernier point que nous aborderons pour illustrer la culture médicalisée des maisons de repos est le manque de formation des professionnels, tant sur le plan initial que continu (Miller & Mor, 2006). En réalité, une majorité des professionnels en contact avec des personnes âgées ont un niveau faible de connaissances sur le vieillissement (Cummings *et al.*, 2003 ; Robinson & Mercer, 2007 ; Yang *et al.*, 2015). Nous observons un grand contraste entre le nombre de personnes travaillant en gérontologie et le nombre d'heures de cours sur le vieillissement dans le cadre de leur cursus. Le pourcentage d'heures de formation sur les personnes âgées ne dépasse pas les 10% et, bien qu'il puisse parfois être nul, la moyenne est de 5% (Yu & Chen, 2012). Une étude de Harvan et Cotter (2006) a mis en évidence que plus de 90 % des cas de démence légère n'ont pas été diagnostiqués en raison de la méconnaissance des premiers symptômes de la démence. Les médecins généralistes négligent souvent un léger déficit cognitif et considèrent cette pathologie comme le résultat d'un vieillissement normal. Ce manque de connaissances peut donc entraîner des soins inappropriés. Pourtant, des recherches montrent que l'inclusion de cours sur la gérontologie, notamment ceux comprenant des interactions avec des personnes âgées, peut améliorer la compréhension et la reconnaissance du processus de vieillissement (Stubblefield, 2000 ; Re, 2000), ainsi qu'encourager une perception plus positive des personnes âgées et un intérêt accru pour travailler avec elles à l'avenir (Tan *et al.*, 2001 ; Hughes & Heycox, 2006).

Bien qu'il ne faille pas négliger la dépendance des personnes âgées, il est tout de même important de prendre conscience que ce système est également bâti sur la

représentation collective que la société se fait du vieillissement, notamment fondée sur l'opposition entre le jeunisme et l'âgisme (Charras & Cérèse, 2017). Ces différents constats ont conduit à revoir le modèle actuel et ont fait émerger d'autres modèles moins médicalisés, tels que le « Culture Change ».

## **2.2. Le Culture Change**

### **2.2.1. Définition et naissance du Culture Change**

Le Culture Change, aussi appelé changement de paradigme, est un terme utilisé pour décrire la transformation que de nombreux établissements de soins de longue durée commencent à adopter (Seaton & Edwards, 2011). Cette transformation a pour objectif de créer des communautés bienveillantes basées sur les principes de désinstitutionalisation et de soins individualisés. Le Culture Change prône une réduction des hiérarchies et incite les résidents et les travailleurs de première ligne à participer aux décisions qui les concernent. Il cherche à modifier l'atmosphère de travail rigide et routinier afin que les travailleurs se sentent plus valorisés et que les résidents reçoivent des soins plus personnalisés (Harris *et al.*, 2006 ; Rahman & Schnelle, 2008). Il est important de noter que la voix des résidents est écoutée et respectée (Seaton & Edwards, 2011). En plus d'améliorer les services médicaux, le Culture Change s'efforce d'améliorer la qualité de vie des résidents comme du personnel et de rendre l'environnement physique plus accueillant (Harris *et al.*, 2006 ; Rahman & Schnelle, 2008). Les valeurs fondamentales du Culture Change sont le choix, la dignité, le respect, l'autodétermination et la vie utile (*Pioneer Network is the national leader of the culture change movement*, 2023).

Contextualisons la naissance du Culture Change. En 1987, l'Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) aux États-Unis a renforcé les exigences fédérales pour les maisons de repos. Cette loi a établi des normes de qualité pour les maisons de repos dans tout le pays, soulignant l'importance de la qualité de vie tout en préservant les droits des résidents (Doty *et al.*, 2008). Elle visait à réduire le recours à la contention physique et chimique des patients, à instaurer de nouvelles normes uniformes de certification

Medicare et Medicaid, et à se concentrer sur la qualité de vie des patients en plus de la qualité des soins (Seaton & Edwards, 2011).

Cependant, bien qu'OBRA ait été mis en place pour renforcer les droits des résidents, la priorité a été mise sur la qualité des soins et les résultats médicaux. Cela a conduit les maisons de soins infirmiers à privilégier les résultats de santé au détriment de la qualité de vie des résidents (White-Chu *et al.*, 2009).

Depuis lors, plusieurs modèles de soins ont vu le jour et ont remis en question la médicalisation des foyers de soins de longue durée. En 1997, la National Citizen's Coalition for Nursing Home Reform a réuni un groupe d'experts dans le domaine du vieillissement pour remédier aux problèmes fondamentaux (Seaton & Edwards, 2011). C'est à partir de cette première réunion des Pioneer Network, que le mouvement « Culture Change » a vu le jour. Les Pioneer Network se consacrent à répondre aux besoins et aux problèmes des personnes âgées. Leur objectif est de créer en Amérique "une culture du vieillissement qui affirme la vie, satisfaisante, humaine et significative" (*Pioneer Network is the national leader of the culture change movement*, 2023).

Durant les premières années, le mouvement s'est répandu lentement. Une enquête du Commonwealth Fund en 2005 auprès des leaders d'opinion du secteur de la santé a mis en évidence que 73% des répondants ne connaissaient pas le mouvement (*The Commonwealth Fund Health Care Opinion Leaders Survey : Assessing Health Care Experts' Views on Long-Term Care*, 2005b). Cependant, en juin 2005, les Pioneer Network et Quality Partner of Rhode Island ont organisé une réunion qui a rassemblé 400 dirigeants de maisons de repos pour accélérer le Culture Change dans les établissements nationaux (Rahman & Schnelle, 2008). À la suite de cette réunion, le Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) a établi le contrat "Eighth Scope of Work", qui a permis de sensibiliser les prestataires au Culture Change. Ce contrat utilise spécifiquement le terme « Culture Change » et exige que les organisations d'amélioration de la qualité de vie travaillent avec les maisons de repos dans chaque État « pour recueillir des informations sur l'expérience/satisfaction des résidents et du personnel en matière de soins et de rotation du personnel en s'engageant dans une activité susceptible d'améliorer la culture organisationnelle ». Ces actions ont permis au mouvement de se légitimer et l'ont rendu

pratiquement impossible à ignorer pour les prestataires de soins (Koren, 2010). L'enquête du Commonwealth Fund fût renouvelée en 2008 et seuls 34% ont déclaré ne pas connaître le Culture Change (*The Commonwealth Fund/Modern Healthcare Health Care Opinion Leaders Survey : Views on Payment Reform*, 2008b).

Les premiers renseignements nationaux sur l'adoption des pratiques du Culture Change dans les maisons de repos sont fournis par une enquête du Commonwealth Fund en 2007. Les directeurs de 1435 maisons de repos ont déclaré que pour 25% des maisons de repos, la direction était "extrêmement" ou "très" engagée dans l'adoption de Culture Change. Cependant, 43% des maisons de repos étaient considérées comme "traditionnelles", avec peu ou pas d'adoption du Culture change (Doty *et al.*, 2008). Dans une étude plus récente aux États-Unis (2016-2017), 88% des administrateurs de maisons de repos interrogés ont signalé une certaine implication dans le Culture Change, et 16% ont indiqué que le mouvement avait « complètement transformé leur manière de prendre soin des résidents » dans tous les domaines de la maison de repos (Miller *et al.* 2018).

Le Culture Change est un mouvement en pleine expansion, dynamique et essentiel qui a amélioré et continuera d'améliorer les soins prodigués aux personnes âgées (Seaton & Edwards, 2011).

### **2.2.2. Implémentation du Culture Change**

Aujourd'hui, plusieurs organisations commencent à transformer la manière dont les soins de longue durée sont organisés aux Etats-Unis (Miller & Mor, 2006), en voici certaines.

Le modèle de changement de culture le plus largement mis en œuvre est sans doute l'**Eden Alternative**. Ce modèle conçu par le Dr. William Thomas a vu le jour en 1992 et compte plus de 300 foyers agréés Eden (Seaton & Edwards, 2011). L'objectif principal d'Eden est de rendre les maisons de retraite plus humaines, variées et spontanées. Les stratégies consistent à introduire des animaux de compagnie, des plantes d'intérieur et des jardins, et à encourager les visites fréquentes des enfants (Thomas 2003, cité par Miller & Mor, 2006). Eden s'éloigne également de l'autorité bureaucratique

descendante en confiant autant que possible la responsabilité de la prise de décision aux résidents et à leurs soignants (Miller & Mor, 2006). Il en résulte des environnements de vie enrichissants pour les personnes âgées, leur offrant une meilleure qualité de vie (Seaton & Edwards, 2011).

**Wellspring Institute** est lancé en 1994 par 11 établissements, situés dans le nord-est du Wisconsin, qui ont répondu à la tendance à la gestion des soins et aux faibles remboursements qui en découlent, ainsi qu'à la diminution des ressources. Les principes fondamentaux de ce modèle sont la collaboration entre les établissements, la responsabilisation du personnel et l'affectation cohérente du personnel aux résidents (Kehoe & Van Heesch, 2003, cité par White-Chu *et al.*, 2009).

**Le Green House Project** a également été développé par le Dr. Thomas. En 2003. Quatre maisons individuelles de 8 à 10 personnes âgées ont été construites. Elles consistent en de petites maisons autonomes pour les personnes âgées et sont prises en charge par un assistant pour personnes âgées qui est un "travailleur universel" (Thomas, 2004 ; Seaton & Edward, 2011). Composées de six à dix chambres privées et d'un espace de vie ouvert, elles sont conçues comme un foyer (Seaton & Edward 2011). Les décisions concernant les menus, les activités et les routines sont prises par les résidents, qui ont accès à l'ensemble de la maison (Thomas, 2004).

Voyons maintenant où en est la Belgique. En 2017, la Fondation Roi Baudouin lançait un projet pilote sur six maisons de repos et de soins belges afin de tester **le modèle Tubbe** (*Grâce à Tubbe, près de 200 maisons de repos et de soins mettent leurs résidents aux commandes !*, s. d.). Ce modèle d'origine scandinave vise une approche personnalisée tant au niveau organisationnel que relationnel (*Tubbe*, s. d.). L'élément clé de l'approche Tubbe est la participation des résidents des maisons de repos et de soins aux décisions concernant leur vie quotidienne et leur lieu de vie (*Grâce à Tubbe, près de 200 maisons de repos et de soins mettent leurs résidents aux commandes !*, s. d.). La direction jouant un rôle d'encadrement, la participation des professionnels est toute aussi importante. Chaque maison de repos et de soins qui choisit Tubbe travaille avec toutes les parties prenantes pour décider étape par étape de comment mettre en œuvre le projet. Tubbe adopte une organisation horizontale, créant une pyramide inversée par rapport au modèle

traditionnel. Ainsi, les soins et la sécurité des résidents découlent de la relation du personnel avec ceux-ci (*Tubbe*, s. d.). Suite aux évaluations positives, le développement de Tubbe s'est accéléré depuis 2020. Depuis lors, le nombre de maisons de repos et de soins adoptant le modèle Tubbe a considérablement augmenté, atteignant aujourd'hui près de 200 établissements en Belgique (*Grâce à Tubbe, près de 200 maisons de repos et de soins mettent leurs résidents aux commandes !*, s. d.).

Dorénavant, nous allons nous intéresser un peu plus en profondeur aux principes fondamentaux du mouvement Culture Change.

### **2.2.3. Principes fondamentaux du Culture Change**

Un document de consensus rédigé par un groupe d'experts du secteur du bien-être social a identifié six principes clés du Culture Change, comprenant les éléments suivants (Harris *et al.*, 2006 ; Koren, 2010) :

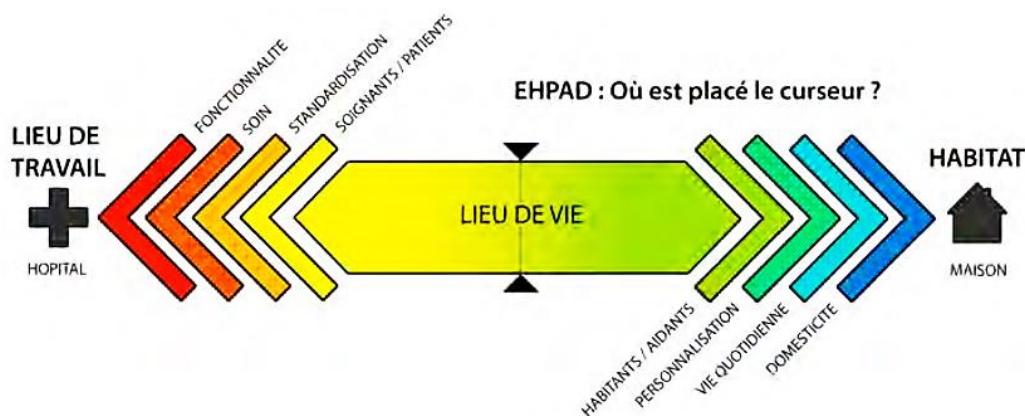
- **Autodétermination des résidents** : Les soins et toutes les activités liées aux résidents sont dirigés le plus possible par les résidents eux-mêmes : ils doivent avoir le choix et être encouragés à en poser ;
- **Atmosphère chaleureuse** : Un milieu de vie conçu comme une maison plutôt qu'une institution, dans lequel des petits « ménages » de 10 à 15 résidents sont favorisés ;
- **Relations étroites** : Les relations entre les résidents, les membres de la famille, le personnel et la communauté doivent être étroites ;
- **Habilitation du personnel** : Le travail est organisé afin de soutenir et habiliter tout le personnel à répondre aux besoins et aux souhaits des résidents. Le travail d'équipe est encouragé et une formation supplémentaire est mise à leur disposition ;
- **Prise de décisions en collaboration** : La direction permet une prise de décisions collaborative et décentralisée. L'aplatissement de la hiérarchie typique des maisons de retraite et les systèmes de gestion participative sont encouragés ;
- **Processus d'amélioration de la qualité** : Des processus systématiques sont établis pour améliorer continuellement la qualité. Ils sont complets et fondés sur des mesures. Le Culture Change est plutôt traité comme un processus continu



affectant la performance globale et conduisant à des résultats spécifiques et mesurables.

Afin de différencier les maisons de repos ayant adopté le Culture Change des maisons de repos dites traditionnelles, nous pouvons utiliser le continuum « lieu de travail – habitat », inspiré de la version « lieu de vie – lieu de travail » (Charras & Eynard, 2014, cité par Charras & Cérèse, 2017). Sur ce continuum, nous retrouvons d'un côté, un lieu de vie où des personnes travaillent, et de l'autre, un lieu de travail où vivent des personnes âgées.

**Figure 1 :** Continuum « lieu de travail – habitat » revu et augmenté, inspiré de la version « lieu de vie – lieu de travail » (Charras et Eynard, 2014)



Dans la situation où il s'agit d'un lieu de travail dans lequel des personnes âgées vivent, nous nous approchons davantage des maisons de repos traditionnelles. C'est-à-dire, un lieu où l'espace ressemble à un hôpital, tout étant conçu pour faciliter le travail des soignants, avec pour objectif de soigner le plus efficacement et rapidement possible les résidents. Dans l'autre situation, nous nous approchons plutôt des maisons de repos ayant adopté le Culture Change. L'espace ressemble plus à un habitat, structuré et aménagé comme une maison, où les professionnels interviennent comme à domicile (Charras & Cérèse, 2017). On y retrouve un véritable foyer comprenant notamment des couleurs chaudes, des chambres privées et un environnement personnalisé par les résidents et les professionnels (Seaton & Edwards, 2011).

On a vu précédemment que les maisons de repos traditionnelles reposent sur un modèle de leadership descendant. L'objectif du Culture Change est d'aplanir cette hiérarchie et d'améliorer la satisfaction au travail en créant un sentiment de communauté grâce au travail d'équipes autonomes (White-Chu *et al.*, 2009 ; Stone *et al.*, 2002) et responsabilisées (Miller & Mor, 2006). Nous parlons ici de petites équipes (3 à 15 membres), travaillant sur le même groupe de résidents, qui gèrent à la fois les pratiques de soins et les questions de gestion ce qui permet l'augmentation de la flexibilité des rôles du personnel soignant (Yeatts & Seward, 2000, cité par White-Chu *et al.*, 2009 ; Stone *et al.*, 2002). Ces équipes de travail sont soutenues par un leadership axé sur les valeurs et les ressources (Miller & Mor, 2006), élément central du Culture Change. Les professionnels ont également la possibilité de suivre une formation continue (Stone *et al.*, 2002).

Le changement étant un processus continu, il exige un leadership durable, une main d'œuvre stable, l'adhésion du personnel infirmier et des fonds pour améliorer l'environnement (White-Chu *et al.*, 2009 ; Koren, 2010). Le type de leadership correspondant le mieux aux approches centrées sur la personne est le leadership « consensus manager ». En effet, dans ce dernier, le directeur sollicite la contribution des employés dans la prise de décisions, ce qui responsabilise le personnel infirmier et impacte la rétention au travail (Donoghue *et al.*, 2009).

Le Culture Change semble prometteur, mais qu'en est-il en pratique ? Nous allons voir les implications et les bénéfices de ce modèle pour les résidents et le personnel de maison de repos.

#### **2.2.4. Implications et bénéfices du Culture Change**

Commençons par l'un des éléments clés du Culture Change : les interventions centrées sur la personne dans les maisons de repos. Ces interventions ont été associées à des avantages psychosociaux pour les résidents et le personnel (Brownie & Nancarrow, 2013). Il semble exister une relation entre les soins centrés sur la personne, la capacité des résidents à accomplir les activités de la vie quotidienne et leur qualité de vie (Sjögerm

*et al.*, 2013). Plusieurs études sur l'adoption et la mise en œuvre de l'Eden Alternative ont par ailleurs constaté une réduction significative des niveaux d'ennui et d'impuissance des résidents, ainsi qu'une diminution de la dépression (Bergman-Evans, 2004 ; Rosher, 2006, cité par Brownie & Nancarrow, 2013).

Dans une revue systématique de 19 études et une méta-analyse, Kim et Park (2017) ont démontré l'efficacité des soins centrés sur la personne dans la pratique clinique pour les personnes atteintes de démence. Ces soins ont montré une réduction de l'agitation à court terme, des symptômes neuropsychiatriques et de la dépression, tout en améliorant la qualité de vie grâce à des interventions intensives basées sur l'activité. Cependant, il est nécessaire de mettre en place une stratégie éducative qui favorise l'apprentissage et le développement des compétences du personnel soignant interne pour améliorer durablement la qualité de vie des patients et garantir la pérennité des effets sur les problèmes de comportement (Kim & Park, 2017).

Une autre étude menée par Hoeffler et ses collaborateurs (2006) a mis en évidence que les infirmières auxiliaires certifiées, formées à une approche centrée sur la personne pour la douche et le bain à la serviette, avaient des comportements de soins améliorés contenant de la douceur et du soutien verbal. Les résultats atteignaient une moyenne de douceur de niveau 5 (presque toujours), contre 4 (souvent) pour le groupe témoin, et montrent une amélioration du soutien verbal jusqu'à un niveau 3 (occasionnellement) par rapport au niveau 2 (presque jamais) du groupe témoin. Les infirmières formées montraient aussi une meilleure préparation (confiance et aisance) et moins de détresse lorsqu'elles aidaient les résidents à prendre leur bain. Par rapport aux soins de bain standard, l'approche centrée sur la personne a amélioré la façon dont les aides-soignants donnent des soins aux résidents qui deviennent agités et agressifs pendant le bain (Hoeffler *et al.*, 2006).

Globalement, on observe que la mise en application du Culture Change dans les maisons de repos entraîne de multiples conséquences, notamment sur la santé physique et psychosociale des résidents. Une revue de la littérature de Hill et ses collaborateurs (2011) a examiné onze articles en profondeur pour déterminer les résultats du Culture Change liés à la santé des résidents. Quatre modèles ont été testés : l'Eden Alternative, le

Green House Project, Wellspring Innovative Solutions for Integrated Health Care et l'initiative Resident-Centered Care. En matière de santé psychosociale, une majorité des études a démontré que le Culture Change a permis d'améliorer la qualité de vie, la satisfaction dans la vie, l'environnement social, la satisfaction en matière de soins, l'autonomie, le bien-être émotionnel, la dignité, et de diminuer l'ennui, l'impuissance, la dépression, les problèmes comportementaux et l'utilisation de la contention. Par ailleurs, en matière de santé physique, bien que les résultats étaient plutôt mitigés, certaines études ont révélé une diminution du taux d'infection, du nombre de résidents alités, du nombre moyen d'ordonnances totales par résident ainsi que de la consommation de drogues et psychotropes. Les bienfaits psychosociaux qu'apporte le Culture Change sur la santé correspondent bien à l'objectif de soutenir l'autonomie et l'individualité de chaque résident (Hill *et al.*, 2011).

Précédemment, nous avons discuté de l'impact délétère que pouvait avoir le port de la blouse blanche. L'aspect hiérarchique de la blouse blanche est contradictoire avec les principes du Culture Change, qui encourage le port de vêtements civils (Charras & Gzil, 2013). Porter une tenue civile permet de créer un environnement moins institutionnalisé, qui ressemble davantage à celui d'un domicile. Les professionnels peuvent contribuer à atténuer la perception hiérarchique et diminuer ainsi leur sentiment d'autorité en favorisant un sentiment d'égalité (Charras & Gzil, 2013 ; Chu *et al.*, 2020). En abandonnant les uniformes au profit de tenues civiles, les interactions sociales, ainsi que leur qualité, sont nettement meilleures et plus proximales entre les résidents qu'entre les résidents et le personnel (Charras & Frémontier, 2010 ; Bailly *et al.*, 2020). En effet, dans une étude de Charras et Gzil (2013), les résidents reconnaissent les soignants et engagent plus facilement la conversation, notamment en les complimentant sur leur tenue. De plus, la tenue civile favorise l'autonomie des résidents (Charras & Frémontier, 2010 ; Charras & Gzil, 2013).

Par ailleurs, le Culture Change vise à favoriser les relations étroites entre les résidents et les membres du personnel. Par conséquent, dans les maisons de repos ayant adopté ce mouvement, nous pouvons retrouver de petites unités de vie composées de 10 à 15 résidents, dans lesquelles sont assignées des équipes de travail permanentes (Koren, 2010). Ces unités permettent au personnel soignant de mieux connaître les résidents dont

ils s'occupent. Ainsi, ils peuvent prodiguer des soins aux résidents plus efficacement et donc se sentir plus épanouis dans leur rôle (Seaton & Edwards, 2011).

En outre, des recherches antérieures ont révélé que la création d'équipes de travail autonomes, responsables à la fois des aspects techniques et des problèmes de gestion, favorise la satisfaction au travail, l'estime de soi et l'efficacité. Par conséquent, nous observons une réduction du taux de rotation du personnel (Yeatts & Seward, 2000). La responsabilisation du personnel dans les décisions relatives aux soins des patients peut également améliorer les performances des soins et favoriser une meilleure coordination et coopération entre les aides-soignantes et les infirmières. Du point de vue des résidents, cela favorise également leur autonomie en matière de choix (Yeatts & Cready, 2007). Une étude a démontré que les pratiques d'autonomisation du personnel communes au Culture Change des maisons de repos sont associées à la rétention des aides-soignantes. La probabilité que ces dernières restent en place augmente de 40 à 64%. Plus leur responsabilité est augmentée, plus leur satisfaction et leur mobilisation au travail le sont également (Berridge *et al.*, 2018). Ces différents résultats soulignent l'importance de soutenir le personnel dans la prestation de soins centrés sur la personne afin d'améliorer la satisfaction au travail ainsi que de faciliter l'attraction et la rétention du personnel dans les maisons de repos (Edvardsson *et al.*, 2011).

Pour terminer, bien que les objectifs du Culture Change n'aient pas pour but de faire du profit, des études ont montré que l'adoption de ce mouvement dans les maisons de repos apporte de nombreux avantages financiers (Seaton & Edwards, 2011). En effet, plus les principes du Culture Change sont adoptés, plus la rétention du personnel et les taux d'occupation augmentent (Doty *et al.*, 2008). L'étude du Commonwealth Fund a révélé que 78% des maisons de repos ayant adopté le programme Culture Change ont déclaré que ce dernier avait renforcé leur avantage concurrentiel sur le marché (Doty *et al.*, 2008). Pour donner un exemple, l'établissement de soins médicaux du comté de Lenawee, dans le Michigan, a adopté l'Eden Alternative en 1999 et a basculé vers un modèle de soins axé sur des unités de vie en 2003. Cette transition a permis de réduire le pourcentage de personnel embauché de 56% en 2006 par rapport à 1998. Ce qui a généré des économies de 102 947 dollars en recrutement, formation et orientation. De plus, durant cette même période, ils ont eu un taux d'occupation qui est passé de 97,8% à

99,8%. Les économies réalisées en matière de fidélisation du personnel ainsi que l'augmentation du taux d'occupation ont permis un bénéfice total de 287 599 dollars (*No More Excuses*, s. d.). Une diminution du taux de rotation et d'absentéisme amène une meilleure qualité des soins. Par conséquent, les coûts d'exploitation ont diminué de 13,50 dollars par jour et par patient (Baker, 2007, cité par Seaton & Edwards, 2011). Après la transition, les coûts d'exploitation sont restés les mêmes (*No More Excuses*, s. d.). Il est vrai que, comme dans toute nouvelle entreprise, il y a un investissement initial. Cependant, le Culture Change permet de réaliser des économies considérables grâce à une meilleure rétention du personnel et un taux d'occupation plus élevé (Doty *et al.*, 2008).

En résumé, l'adoption du Culture Change offre de nombreux avantages tant pour les résidents que pour les professionnels. Les interventions centrées sur la personne sont associées à une amélioration significative de la qualité de vie des résidents (Sjögerm *et al.*, 2013), de leur état psychosocial (Bergman-Evans, 2004 ; Rosher, 2006, cité par Brownie & Nancarrow, 2013 ; Hill *et al.*, 2011) ainsi qu'à une réduction du niveau d'agitation chez les personnes atteintes de démence (Kim & Park, 2017). Le port de vêtements civils au lieu de blouses blanches contribue à créer un environnement moins institutionnalisé et à favoriser des relations plus égalitaires entre les résidents et le personnel (Charras & Frémontier, 2010 ; Charras & Gzil, 2013 ; Bailly *et al.*, 2020). De plus, la responsabilisation des soignants améliore la satisfaction au travail (Berridge *et al.*, 2018) et réduit le taux de rotation du personnel (Yeatts & Seward, 2000), ce qui renforce la stabilité et la qualité des soins (Seaton & Edwards, 2011). Cela se traduit par des économies en matière de recrutement et de formation, ainsi qu'une augmentation de leur taux d'occupation (Doty *et al.*, 2008 ; Seaton & Edwards, 2011).

Bien que le Culture Change représente une transformation bénéfique et durable pour les maisons de repos, améliorant tant la qualité de vie des résidents que les conditions de travail des professionnels, il existe cependant des inconvénients à ce mouvement. En effet, des études sur l'Eden Alternatives ont révélé certaines problématiques telles qu'un taux de chutes plus élevé, des problèmes de nutrition et un recours plus important à la prescription d'hypnotiques chez les résidents de maisons de repos (White-chu *et al.*, 2009 ; Coleman *et al.*, 2002 ; Chenoweth *et al.*, 2009). En

d'autres termes, les établissements où les soins centrés sur la personne ont été adoptés, sont considérés comme "moins sûrs" lorsqu'ils ont été évalués sur la sécurité des surfaces au sol, c'est-à-dire la glissance, et la présence de mains courantes (Brownie & Nancarrow, 2013).

Nous constatons que les avantages de ce modèle sont nettement plus nombreux que les inconvénients. Cela soulève alors une question : pourquoi toutes les maisons de repos n'adoptent-elles pas le Culture Change ?

### **2.2.5. Les obstacles au Culture Change vus par les professionnels**

En 2007, le **Commonwealth Fund** a décidé de mener une enquête aux Etats-Unis sur les maisons de repos afin d'examiner l'implémentation du Culture Change au niveau national. Un échantillon représentatif de 1 435 directeurs de maison de repos a été interrogé entre février et juin 2007. Le questionnaire comprenait trois domaines : la pratique des soins centrés sur les résidents, l'autonomisation des travailleurs, et l'environnement physique familial. Les répondants ont évalué dans quelle mesure une définition du Culture Change, reprenant les six principes clés, correspondait à leur établissement et l'engagement de la direction envers ce changement. Les maisons de repos ont été classées en trois catégories : celles **adoptant le Culture Change** (définition correspondant « complètement » ou « pour la plupart ») (N=425), celles **aspirant au Culture Change** (définition correspondant « à quelques égards » ou « pas du tout » mais direction « extrêmement » ou « très » engagée) (N=371), et les **maisons de repos traditionnelles** (définition correspondant « à quelques égards » ou « pas du tout » et direction « quelque peu », « peu » ou « pas du tout » engagée) (N=586). Cette étude a ensuite identifié les principaux obstacles à l'adoption du Culture Change cités par les maisons des repos. Les résultats indiquent que les directeurs considèrent la résistance du personnel (61%) et le coût (59%) comme les deux principaux obstacles.

En corrélant les résultats, Doty et ses collaborateurs ont démontré qu'en fonction de la mesure dans laquelle le Culture Change était mis en œuvre dans une maison de repos, les perceptions des principaux obstacles à son adoption variaient. Les principaux défis mis en avant par les directeurs des maisons de repos traditionnelles étaient le coût

comme principal obstacle (56%), suivi de la taille de l'établissement (36%) et de la réglementation (34%). En revanche, dans les institutions où le Culture Change était « complètement » ou « majoritairement » mis en place, le coût (26%), la taille de l'établissement (14%) et la réglementation (22%) étaient moins souvent mentionnés (Doty *et al.*, 2008). Les auteurs considèrent qu'une meilleure compréhension des facteurs liés aux obstacles perçus constitue une première étape essentielle dans la compréhension, pour déterminer les actions nécessaires à une adoption initiale et durable.

Par la suite, une seconde **étude de Miller et ses collaborateurs** (2010) a vu le jour en utilisant les données de l'étude précédente. Cette dernière avait pour objectif de mieux comprendre l'influence du degré de familiarité avec le Culture Change sur les obstacles perçus ainsi que l'effet des positions d'emplois et des prédispositions politiques sur ces mêmes obstacles. Le sondage a été administré à un large éventail de personnes ayant une expérience et une expertise démontrable dans au moins un aspect des soins de longue durée entre septembre 2007 et mars 2008.

Différentes questions ont été utilisées pour évaluer les connaissances et les opinions des répondants sur le Culture Change dans les maisons de repos :

- **Dans quelle mesure êtes-vous familiarisé avec le mouvement de changement de culture ou de centrage sur les résidents dans les maisons de retraite ?** Échelle de 5 points allant de 1 (pas du tout familier) à 5 (extrêmement familier).
- **Parmi les obstacles suivants, lesquels sont les plus importants pour les soins centrés sur le résident ou le changement de culture dans les maisons de retraite ? Classez vos trois premières options, 1 étant la plus importante.** Les facteurs de classement comprenaient la réglementation, le coût, la résistance de la direction, la résistance du personnel soignant, la résistance de la famille et la taille de l'établissement.
- **À votre avis, quels sont les trois principaux défis auxquels sont confrontés les soins de longue durée ? Classez vos réponses par ordre d'importance, 1 étant le plus grand défi.** Les facteurs de classement comprenaient la main-d'œuvre, la réglementation/application, l'offre de services à domicile et de proximité, la qualité, l'accélération de la demande, le financement, l'information des consommateurs/familles, et d'autres facteurs.



En plus des éléments mentionnés précédemment, les réponses au Culture Change ont été examinées en fonction des postes occupés. Les différentes catégories comprenaient : les prestataires de maisons de repos, les autres prestataires, les consommateurs/défenseurs, les responsables gouvernementaux étatiques et fédéraux, les universitaires/académiques, et une catégorie autres. Des variables démographiques telles que le genre (femme vs. homme) et l'âge (moins de 45 ans, de 45 à 54 ans, de 55 à 64 ans, et 65 ans ou plus) ont également été incluses.

Les résultats de cette étude ont révélé que la quasi-totalité des répondants (93%) sont au moins « légèrement familiarisés » aux soins axés sur les résidents et au Culture Change, tandis que 66% étaient « familiarisés » ou « extrêmement familiarisés ». En ce qui concerne les obstacles, la résistance de la haute direction (35,4 %) a le plus souvent été classée comme « l'obstacle le plus significatif » au Culture Change dans les maisons de repos, suivie par le coût (28,7 %) et la réglementation (21,8 %). De plus, le classement des obstacles perçus comme les plus importants variait en fonction de la familiarité des répondants avec le Culture Change. Les spécialistes des maisons de repos les plus familiarisés avec le Culture Change sont nettement plus susceptibles de déclarer que la résistance de la haute direction (47%) est l'obstacle principal, tandis que ceux qui le sont moins citent plus souvent le coût financier (49%) comme premier obstacle. Enfin, le classement des obstacles variait en fonction de l'emploi et des opinions politiques des représentants. Ces résultats soulignent le lien entre la familiarité avec le Culture Change et les obstacles perçus, aidant à distinguer les perceptions qui peuvent être plus ou moins fondées sur l'expérience. Pour résumer, cette étude met en lumière l'influence des croyances sous-jacentes sur les obstacles perçus à l'adoption du modèle. Cette perspective nous offre une meilleure compréhension des perceptions des professionnels des soins de longue durée quant à la faisabilité du Culture Change, et nous permet ainsi de déterminer ceux qui sont plus ou moins disposés à le mettre en œuvre (Miller *et al.*, 2010).

Parmi les études précédentes, divers obstacles à la mise en place du Culture Change ont été identifiés, tels que le coût, les réglementations, la résistance du personnel, la résistance de la haute direction et la taille de l'établissement (Doty *et al.*, 2008 ; Miller *et al.*, 2010). Cependant, ces études n'ont pas interrogé les professionnels de terrain. Pour

comblent cette lacune, nous allons présenter une étude qualitative menée par Corazzini et ses collaborateurs (2013).

Cette recherche a été réalisée dans trois maisons de repos afin de décrire les principaux défis d'adaptation et les comportements de leadership nécessaires à la mise en œuvre du Culture Change pour les soins axés sur la personne. Dans le cadre de cette étude, sept groupes de discussion ont été formés, composés de personnel infirmier, de médecins et d'administrateurs de maison de repos. Les discussions ont porté sur les perceptions des facilitateurs et des obstacles au Culture Change. À l'issue de ces discussions, six thèmes ont émergé : les relations, les normes et les attentes, la motivation et la vision, la charge de travail, le respect de la personne et l'environnement physique.

Tout d'abord, les **relations** entre le personnel de la maison de repos, les résidents et leurs familles sont jugées essentielles. Lorsque ces relations sont de mauvaise qualité, elles compliquent la planification des soins centrés sur le résident, car les connaissances des aides-soignants sont souvent négligées. Par conséquent, des relations de mauvaise qualité sont perçues comme un obstacle au Culture Change.

Ensuite, des conflits peuvent survenir entre les préférences des résidents et les **normes et attentes** actuelles en matière de soins en maison de repos. Les normes traditionnelles ne correspondent pas toujours au Culture Change, créant ainsi des obstacles à sa mise en œuvre. Il est également difficile de quantifier et de démontrer la valeur de la qualité des soins au-delà de la simple réalisation des tâches.

Par ailleurs, le manque de **motivation du personnel** constitue un autre défi majeur. Les infirmières et les aides-soignants ont mentionné que certains membres du personnel se contentaient de faire le minimum requis et n'étaient pas motivés pour aller au-delà de leurs tâches de base. Les administrateurs ont également noté que le personnel est souvent principalement motivé par le salaire, sans véritable investissement émotionnel dans les soins.

En ce qui concerne la **charge de travail**, il est nécessaire de mettre en place des affectations de personnel cohérentes pour favoriser les relations avec les résidents tout en

évitant l'épuisement professionnel. Cependant, cela nécessite du temps et du personnel en suffisance pour accomplir les tâches quotidiennes et gérer les imprévus.

Le **respect de la personne** est également un thème crucial. Les préférences des résidents sont parfois en contradiction avec les politiques de l'établissement. Par exemple, les exigences de sécurité peuvent restreindre la liberté des résidents, ce qui rend difficile l'adaptation des soins à leurs préférences individuelles.

Enfin, l'**environnement physique** nécessite des adaptations pour trouver un équilibre entre la personnalisation de l'espace de façon familiale et la maximisation du fonctionnement des résidents. Cependant, l'ameublement familial peut s'avérer inadapté pour les personnes souffrant de troubles de mobilité ou fonctionnels.

En résumé, les obstacles identifiés dans l'étude de Corazzini et ses collaborateurs (2013) soulignent l'importance de considérer divers aspects lors de la mise en œuvre du Culture Change. Néanmoins, avant de mettre en place des changements dans les institutions, il est nécessaire de comprendre les implications d'un changement organisationnel au sein d'une structure afin de le préparer au mieux.

### **2.3. Le changement organisationnel**

La plupart des managers et des universitaires admettent que le changement au sein d'un établissement est inévitable (Devos & Buelens, 2003), d'autant plus dans un environnement qui évolue rapidement (Mardhatillah *et al.*, 2017). De nombreux domaines, tels que les soins de santé, l'armée, l'industrie manufacturière, les banques et les établissements d'enseignement supérieur peuvent être touchés à un moment donné par un changement organisationnel (Mardhatillah *et al.*, 2017). Ce phénomène peut impliquer divers types de changements différents, comme la réingénierie, la réduction des effectifs, la mise en œuvre de la gestion de la qualité totale, l'introduction de nouvelles technologies ou le changement de culture d'entreprise (Devos & Buelens, 2003).

Malheureusement, la mise en place d'un changement organisationnel peut soulever de nombreux défis. En effet, il peut être difficile pour les employés de faire face

au changement (Wanberg & Banas, 2000). Lorsque ceux-ci sont confrontés à ce dernier, ils peuvent ressentir de l'anxiété (Miller *et al.*, 1994), une perte de territoire, de l'incertitude quant au futur et une crainte d'échec lorsqu'ils sont confrontés à de nouvelles tâches (Wanberg & Banas, 2000). Selon les estimations publiées, les taux de réussite des entreprises qui mettent en œuvre des changements varient entre 20% et 60% selon le type de changement (Smith, 2002, cité par Weiner *et al.*, 2008). Bien qu'aucune estimation comparable n'ait été publiée pour les organismes de soins de santé, rien ne laisse supposer que ces organismes de santé réussissent mieux que les entreprises à mettre en œuvre des changements organisationnels (Weiner *et al.*, 2008). De plus, de nombreuses tentatives de changements qui échouent se traduisent par une forte baisse de motivation, de satisfaction au travail et d'engagement, ainsi qu'une augmentation du niveau de cynisme chez les professionnels (Batt & Applebaum, 1993). Mais pourquoi le taux de réussite est-il si faible ?

Les échecs de nombreux établissements à atteindre leurs objectifs pour un changement durable sont principalement dus à des problèmes de mise en œuvre (Choi, 2011). Bien que le changement organisationnel soit souvent lié à une modification des structures, de la hiérarchie, des systèmes de récompense et de la technologie, il passe par un changement individuel (Schein, 1980, cité par Devos & Buelens, 2003). Cependant, les responsables sous-estiment souvent l'importance du rôle central des individus dans le processus (Choi, 2011). Par conséquent, la préparation de l'organisation au changement, laquelle repose en grande partie sur la préparation des employés, n'est pas suffisante (Barrera, 2008, cité par Mardhatillah *et al.*, 2017). La nature individuelle cognitive et affective des employés est importante à prendre en compte dans la mise en œuvre d'un changement organisationnel (Devos & Buelens, 2003), leur rôle est central (Choi, 2011).

Quelles sont donc les conditions qui indiquent que les employés soutiennent le changement organisationnel ? Dans sa revue de la littérature, Choi (2011) a identifié 4 concepts principaux : la préparation au changement, l'engagement envers le changement, le cynisme à l'égard du changement et l'ouverture au changement. Ces concepts seraient des précurseurs cognitifs des comportements de résistance ou de soutien à un effort de changement.

### **2.3.1. La préparation organisationnelle au changement**

Pour commencer, parlons du premier concept, à savoir, la préparation organisationnelle au changement. Celui-ci est considéré comme un précurseur essentiel à la mise en œuvre réussie de changements complexes dans les établissements de soins de santé (Weiner, 2009). L'état de préparation de l'organisation au changement désigne « la mesure dans laquelle les membres de l'organisation sont psychologiquement et comportementalement prêts à mettre en œuvre le changement organisationnel » (Weiner *et al.*, 2008). Les croyances, les sentiments et les intentions des employés concernant la nécessité d'un changement organisationnel sont susceptibles d'avoir des implications positives pour eux en tant qu'individus et pour l'ensemble de l'organisation (Armenakis *et al.* 1993 ; Choi, 2011). Nous parlons donc de préparation cognitive, affective et comportementale, qui constituent ensemble l'état de préparation individuel dans le contexte du changement organisationnel (Dunham, 1989, cité par Mardhatillah *et al.*, 2017 ; Choi, 2011). La préparation organisationnelle au changement repose également sur d'autres aspects importants, tels que la motivation des membres de l'organisation à mettre en œuvre le changement, leur capacité comportementale perçue, ou plus précisément, leur efficacité perçue à mettre en œuvre le changement (Weiner *et al.*, 2008) et le soutien de la direction (Choi, 2011). La préparation organisationnelle au changement est une structure à plusieurs niveaux qui peut être évaluée au niveau individuel et supra-individuel (Shea *et al.*, 2014).

Lorsque l'état de préparation de l'organisation est élevé, les membres sont plus enclins à initier le changement, à déployer davantage d'efforts, à faire preuve d'une plus grande persévérance et à afficher un comportement plus coopératif, ce qui se traduit globalement par une mise en œuvre plus efficace du changement proposé (Weiner *et al.* 2009, cité par Shea *et al.*, 2014). À l'inverse, lorsque l'état de préparation de l'organisation est faible, les membres sont plus susceptibles de considérer le changement comme indésirable et, par la suite, d'éviter la planification de l'effort et la participation au processus de changement (Weiner *et al.* 2009, cité par Shea *et al.*, 2014). Renforcer la préparation individuelle au changement permettrait de minimiser la résistance à ce dernier et est considéré comme l'une des pratiques les plus efficaces pour réussir un changement organisationnel (Mardhatillah *et al.*, 2017).

### **2.3.2. L'engagement au changement**

Passons maintenant au concept d'engagement au changement. Herscovitch et Meyer (2002) définissent l'engagement envers le changement comme « une force (état d'esprit) qui lie un individu à un plan d'action jugé nécessaire pour la mise en œuvre réussie d'une initiative de changement ». Ils distinguent trois types d'engagement envers le changement : la croyance dans les avantages inhérents au changement (engagement affectif), le sentiment d'obligation de soutenir le changement (engagement normatif), et la reconnaissance des coûts associés à l'absence de soutien au changement (engagement de continuité) (Herscovitch & Meyer, 2002). L'engagement envers le changement reflète les intentions comportementales de soutenir une initiative de changement (Choi, 2011).

### **2.3.3. Le cynisme à l'égard du changement organisationnel**

Le cynisme à l'égard du changement organisationnel se compose de deux éléments : une perspective pessimiste quant à la réussite du changement et le reproche envers les responsables (souvent la direction) de manquer de motivation et/ou de capacité pour mener à bien un changement (Wanous *et al.*, 2000). Le cynisme résulte d'une attribution dispositionnelle (c'est-à-dire le fait de blâmer les autres) pour l'échec du changement. Ce reproche peut être fondé sur un manque de motivation, un manque de capacité, ou les deux (Wanous *et al.*, 2000).

Nous avons vu précédemment que les tentatives de changement qui échouent se traduisent par une augmentation du niveau de cynisme chez les professionnels. Par conséquent, les initiatives de changement ultérieures ont encore moins de chances de réussir (Batt & Applebaum, 1993). De plus, le cynisme à l'égard du changement organisationnel peut avoir des répercussions sur d'autres aspects de la vie professionnelle, comme la diminution de l'engagement ou de la motivation au travail (Choi, 2011).

Les précédents changements ainsi que les croyances des professionnels envers l'efficacité de la direction ont un impact sur le cynisme à l'égard du changement

organisationnel (Choi, 2011). Plus précisément, Wanous et ses collaborateurs (2000) ont révélé que l'expérience positive de projets de changement antérieurs, l'efficacité des superviseurs ainsi que la participation et l'implication des employés sont négativement liées au cynisme à l'égard des futurs changements organisationnels.

#### **2.3.4. L'ouverture au changement organisationnel**

Avant de parler de l'ouverture au changement faisons un point sur l'ouverture à l'expérience, qui fait partie du modèle à cinq facteurs de la personnalité. Considérée comme l'une des dimensions majeures de la personnalité, elle est décrite comme une construction à multiples facettes et hiérarchiquement organisée représentant la manière dont un individu traite généralement de nouveaux stimuli (Woo *et al.*, 2014). Les personnes extrêmement ouvertes sont créatives, curieuses et sensibles sur le plan artistique, tandis que celles qui se situent à l'autre extrémité du spectre de l'ouverture sont conventionnelles et se sentent à l'aise dans ce qui leur est familier (Choi, 2011).

Plusieurs chercheurs ont abordé le concept d'ouverture au changement dans le contexte organisationnel. Miller et ses collaborateurs (1994) ont conceptualisé l'ouverture au changement organisationnel comme impliquant la volonté de soutenir le changement et un affect positif quant aux conséquences potentielles du changement. Wanberg et Banas (2000) affirment que la définition de Miller et ses collaborateurs (1994) inclut deux facteurs distincts ayant des antécédents différents. Ils soulignent et que c'est la volonté de s'adapter et d'accepter le changement qui explique la relation avec des résultats, tels que la satisfaction au travail.

L'ouverture au changement joue un rôle clé dans l'adaptation d'un individu à l'environnement des entreprises (Armenakis & Bedeian, 1999). Elle peut varier en fonction de différents éléments. Plusieurs chercheurs ont examiné comment l'environnement affecte les attitudes des employés envers le changement organisationnel.

Tout d'abord, les réactions des employés aux initiatives de changement sont façonnées par le contenu, le contexte et le processus de mise en œuvre d'un changement organisationnel (Armenakis & Bedeian, 1999). Il en est de même pour l'ouverture des

employés au changement : un changement organisationnel non menaçant (contenu), une confiance dans la direction et dans le supérieur immédiat (contexte), une expérience positive des changements antérieurs dans l'organisation (contexte) et des possibilités de participation (processus) vont faciliter l'ouverture des employés (Devos & Buelens, 2003).

Miller et ses collaborateurs (1994) ont constaté que lorsque les employés sont bien informés sur leur rôle et sur ce qui se passe au sein de l'organisation, au début du processus de changement, et lorsqu'ils se sentent inclus dans le réseau d'information sur les tâches et les relations sociales, ils sont plus susceptibles d'être ouverts au changement. De plus, la façon dont les employés perçoivent la qualité des informations qui leur sont données affecte également l'ouverture (Miller *et al.*, 1994). En outre, Wanberg et Banas (2000) rajoutent que l'ouverture au changement des professionnels est positivement associée à un haut niveau de participation dans les processus de décision.

Au niveau individuel, des études ont montré que l'ouverture au changement est positivement corrélée à un haut niveau d'auto-efficacité face au changement (Wanberg & Banas, 2000), de besoin d'accomplissement (Miller *et al.*, 1994) et de locus de contrôle interne (c'est-à-dire la perception par un individu de sa capacité à exercer un contrôle sur son environnement) (Devos & Buelens, 2003). La résilience personnelle est aussi liée à des niveaux plus élevés d'ouverture au changement. Cependant, la résilience n'est pas prédictive d'une vision plus positive des changements (Wanberg & Banas, 2000).

Sur le plan sociodémographique, Devos et Buelens (2003) n'ont pas observé de relation significative entre l'ouverture au changement et le sexe, l'âge, l'ancienneté ou l'éducation. En revanche, ils ont observé que les personnes interrogées ayant un niveau hiérarchique plus élevé sont plus ouvertes au changement.

Wanberg et Banas (2000) ont également démontré que les personnes dont le niveau d'ouverture au changement était plus faible montraient une moindre satisfaction au travail, une plus grande irritation au travail et une plus grande intention de démissionner. Cependant, l'ouverture au changement n'est pas un prédicteur direct de la rotation du personnel 14 mois plus tard.



D'après Nakrem (2015), pour instaurer un changement durable, les services de soins infirmiers doivent se caractériser par l'apprentissage, l'ouverture au changement et la mise en œuvre de pratiques respectant les valeurs des résidents et de leur famille. Un niveau élevé d'ouverture au changement est essentiel pour que les professionnels soient prêts à accepter le changement, ce qui favorise une coopération accrue et peut réduire les comportements de résistance au changement (Wanberg & Banas, 2000). La coopération des membres de l'organisation étant indispensable à la réussite d'un changement planifié (Miller *et al.*, 1994), il est donc dans notre intérêt de pouvoir évaluer l'ouverture aux changements. Les projets d'amélioration de la qualité des soins devraient inclure des évaluations au préalable afin d'identifier la volonté de changement et d'établir des partenariats à plusieurs niveaux avec toutes les parties prenantes, ajuster le plan de mise en œuvre au contexte organisationnel et rester ouverts aux changements en cours (Gonella *et al.*, 2022).

Dans une étude de Devos et Buelens (2003) sur l'ouverture au changement organisationnel, l'ouverture au changement chez les professionnels a été évaluée à l'aide d'une échelle de huit items, basée sur le concept développé par Armenakis, Field et Harris (1999) et sur les échelles développées par Miller, Johnson et Grau (1994), Wanberg et Banas (2000), et Eby et ses collaborateurs (2000).

## **2.4. Conclusion**

Cette revue de la littérature permet de comprendre les enjeux liés au Culture Change. Bien que ce modèle existe depuis maintenant 26 ans, il reste encore un long chemin à parcourir dans sa mise en pratique, notamment en Belgique.

Plusieurs études ont démontré que certaines pratiques du Culture Change ont des effets positifs sur les résidents et les professionnels (Brownie & Nancarrow, 2013). Une question persiste alors : pourquoi toutes les maisons de repos n'adoptent-elles pas ce modèle ?

Même si la prise de conscience du mouvement Culture Change a augmenté au cours des dernières années, de nombreux défis demeurent. Parmi ceux-ci figurent la réticence au changement, la motivation des professionnels, les relations entre le personnel, les résidents et les familles, le travail d'équipe, et l'autonomisation du personnel (Snoeren *et al.*, 2016). En effet, la mise en place d'un changement organisationnel est loin d'être anodine et peut soulever de nombreux défis. Il a été observé que les employés peuvent avoir des difficultés à faire face au changement (Wanberg & Banas, 2000). Les échecs peuvent entraîner une baisse de motivation, de satisfaction au travail et d'engagement, ainsi qu'une augmentation du niveau de cynisme chez les professionnels (Batt & Applebaum, 1993). Il est donc primordial de prendre en compte les aspects cognitifs et affectifs individuels des employés dans la mise en œuvre d'un changement organisationnel (Devos & Buelens, 2003) et donc du Culture Change.

Des recherches mondiales menées par le Management Center Europe (2005) ont révélé que l'ouverture au changement est considéré comme l'élément principal de la culture organisationnelle que les dirigeants devraient chercher à développer afin de gérer le changement avec succès (Management Center Europe, 2005). Le fait qu'environ un tiers des maisons de repos, aux Etats-Unis, aient adopté certaines pratiques du Culture Change (Doty *et al.*, 2008) montre une certaine ouverture au changement et renforce l'argument en faveur de son adoption. De plus, la littérature indique que le degré de connaissance du mouvement a un impact sur les obstacles perçus par les professionnels à son adoption (Doty *et al.*, 2008 ; Miller *et al.*, 2010). Une ouverture plus large au changement dans les maisons de repos pourrait émerger lorsque les structures pionnières partageront leurs réussites (Rogers, 1995, cité par Miller *et al.*, 2010).

Par conséquent, il est pertinent d'évaluer l'ouverture au changement organisationnel des professionnels vis-à-vis de l'adoption de Culture Change. Et c'est vers ce dernier point que va s'orienter notre étude.

### 3. Objectifs et hypothèses

Il existe peu d'études qui récoltent le point de vue des professionnels sur le Culture Change. Par ce mémoire, nous souhaitons évaluer dans quelle mesure les professionnels travaillant en maisons de repos ou maisons de repos et de soins, tous secteurs confondus, sont ouverts au changement sur leur lieu de travail en concernant l'adoption du modèle Culture Change. Nous émettons donc différentes hypothèses :

D'une part, l'enquête nationale du Commonwealth de 2007 a révélé que les obstacles perçus par les directeurs de maisons de repos varient selon le degré de mise en œuvre du "Culture Change" dans leur établissement (Doty *et al.*, 2008). D'autre part, Miller et ses collaborateurs (1994) définissent l'ouverture au changement organisationnel comme la volonté de soutenir le changement et l'affect positif quant aux conséquences potentielles du changement. Nous pouvons donc supposer que le degré de mise en œuvre du Culture Change influence également l'ouverture au changement organisationnel. Ainsi, notre hypothèse est la suivante : **Les professionnels travaillant dans une maison de repos où le Culture Change est fortement mis en œuvre sont plus ouverts aux changements que pourrait apporter ce modèle.**

Par ailleurs, Miller et ses collaborateurs (2010) ont montré que le classement des obstacles perçus au Culture Change variait en fonction de l'emploi. De plus, dans une étude de Devos et Buelens (2003) sur l'ouverture au changement organisationnel, nous observons que les personnes interrogées occupant des postes hiérarchiquement plus élevés sont plus ouvertes au changement organisationnel. Nous nous attendons à observer des résultats similaires dans notre étude. Ainsi, nous pouvons donc formuler l'hypothèse secondaire suivante : **Les professionnels occupant des postes hiérarchiquement plus élevés sont plus ouverts aux changements que pourrait apporter le Culture Change.**

A l'issue de la revue de la littérature, nous avons décidé de traiter un certain nombre de données de manière exploratoire. Bien que Devos et Buelens (2003) n'aient pas observé de relation significative entre l'ouverture au changement et le genre, l'âge et l'ancienneté, nous allons tout de même récolter ces données et nous y intéresser.

## 4. Méthodologie

### 4.1. Participants

Avant tout, il est essentiel de préciser que le protocole de cette recherche a été approuvé par le comité éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation (FPLSE) pour le recueil et le traitement de données.

Pour participer à l'étude, les participants devaient être des adultes et travailler en maison de repos ou en maison de repos et de soins, quelle que soit la profession. La participation libre et volontaire était mise en avant, et les participants pouvaient arrêter à tout moment le questionnaire s'ils le souhaitaient. Dans le cadre de cette étude, tous les participants ont donné leur consentement éclairé pour la participation ainsi que pour le traitement de leurs données.

Il est important de noter que l'anonymat des participants a été préservé. Les données à caractère personnel telles que le nom, la date de naissance, l'adresse e-mail ou l'adresse IP n'ont pas été demandées. De plus, les informations démographiques collectées, à savoir l'âge, le genre et la profession, ne sont pas suffisantes pour identifier les participants. Lors de la récolte des données, chaque sujet s'est vu attribuer un code (000, 001, 002, etc.). Leurs données ont été stockées dans un dossier sécurisé accessible uniquement aux chercheurs responsables de l'étude.

Nous avons utilisé le logiciel G\*POWER pour définir la taille de notre échantillon, afin de répondre à notre hypothèse principale. Ce logiciel recommande, pour une corrélation de Pearson avec 2 variables dépendantes (« Score d'ouverture » et « Score d'implémentation du Culture Change ») ayant comme paramètres  $\alpha = 0.05$  et une puissance de 0.95, un échantillon de 595 participants. Étant donné le nombre élevé de participants nécessaire selon les normes statistiques, nous avons essayé qu'il soit aussi élevé que possible. Pendant la phase de recrutement, 433 personnes ont cliqué sur le lien de l'enquête. Cependant, l'échantillon final se compose de 180 participants, ce qui nous fait un taux de réponse de 41,57%.

## 4.2. Recrutement et procédure

Le recrutement des participants s'est fait via e-mail, via des publications sur les réseaux sociaux (Facebook et Instagram), ainsi que via le bouche-à-oreille. En effet, un courrier électronique a été envoyé à l'ensemble des directions et secrétariats des différentes structures de Wallonie. Ce processus a débuté en mars 2024 et s'est terminé en juin 2024.

L'acquisition des données a été réalisée par voie électronique via la plateforme en ligne [surveys.fplse.uliege.be](https://surveys.fplse.uliege.be). Nous avons diffusé un e-mail de recrutement (Annexe 1) et un message de recrutement sur les réseaux sociaux (Annexe 2). Une fois sur le lien menant à l'étude, les participants accédaient à la première page de l'enquête en ligne, sur laquelle se trouve le formulaire d'information et de consentement par internet (Annexe 3). À la fin de ce formulaire, les participants pouvaient cliquer sur le bouton « Je participe » afin de donner leur consentement libre et éclairé.

Avant de lancer officiellement cette étude, nous avons demandé à trois personnes de la réaliser en notre présence afin de nous assurer que l'enquête était compréhensible et ne présentait pas de difficulté.

## 4.3. Supports et mesures

Afin de répondre à la question de recherche, nous avons utilisé une méthode quantitative. Certaines questions du protocole sont inspirées de questionnaires existants, tandis que d'autres ont été spécifiquement créées pour cette étude et n'ont donc pas été validées scientifiquement. L'enquête est divisée en différentes parties.

Pour la première partie, nous avons posé des **questions socio-démographiques** sur les participants ainsi que sur leur travail (Annexe 4). Nous leur avons demandé de fournir des informations sur leur genre, leur âge, leur profession, leur nombre d'années de

travail en maison de repos, ainsi que leur nombre d'années de travail au sein de leur structure actuelle.

Ensuite, nous avons demandé aux participants de répondre à trois **questions sur leur ressenti en tant que professionnels** (Annexe 5) : s'ils se sentaient satisfaits de leur activité professionnelle (oui/non), s'ils se sentaient épuisés au travail (pas du tout d'accord, un peu d'accord, moyennement d'accord, assez bien d'accord, tout à fait d'accord) et s'ils pensaient souvent à quitter leur travail (pas du tout d'accord, un peu d'accord, moyennement d'accord, assez bien d'accord, tout à fait d'accord). Rappelons-nous que dans l'étude de Wanberg et Banas (2000), nous avons constaté que la satisfaction au travail et l'intention de démissionner étaient des critères corrélés négativement à l'ouverture au changement.

La troisième partie de l'enquête consistait en un **questionnaire visant à évaluer le degré d'implémentation du Culture Change au sein d'une structure**. Ce questionnaire est inspiré des « Artifacts of Culture Change 2.0 » (*Artifacts of Culture Change Intro for Nursing Homes*, s. d.). Étant donné que ce dernier est en anglais et uniquement destiné aux directeurs de maisons de repos, nous l'avons adapté à notre public cible, à savoir l'ensemble des membres du personnel et traduis. De plus, en raison de sa longueur trop élevée (134 items), nous l'avons également réduit pour éviter au maximum les biais de fatigabilité et la perte de participants en cours de route. Cette adaptation a été réalisée par les chercheurs de l'étude, ce qui a certainement affecté les scores et les coefficients qui traduisent la cohérence, la justesse et la validité interne du questionnaire initial. Il convient donc d'interpréter les résultats du questionnaire avec prudence. Le questionnaire final comportait 33 items (Annexe 6). Il était divisé en 5 parties : la vie dirigée par les résidents (10 items), être bien connu (4 items), environnement familial et prise en compte des besoins et des préférences (10 items), famille et communauté (2 items) et leadership et engagement de l'équipe (7 items). Pour chacun des items, nous avons demandé aux participants d'évaluer dans quelle mesure les 33 caractéristiques de maison de repos représentent leur lieu de travail. Les modalités de réponse se présentaient sous forme d'échelle de Likert allant de 1 (Pas du tout) à 7 (Complètement). Contrairement au questionnaire « Artifacts of Culture Change 2.0 », qui proposait 3 modalités de réponses (complètement, partiellement et pas une pratique

courante), nous avons préféré utiliser une échelle de Likert à 7 niveaux afin que les scores soient plus nuancés. Le principe est que le score final du questionnaire se situe sur un continuum, similaire à celui de Charras et Eynard (2014), avec les maisons de repos traditionnelles d'un côté et les maisons de repos adoptant le modèle Culture Change de l'autre. Nous avons également demandé aux participants d'indiquer si, selon eux, l'item était pertinent à implanter (oui, non).

A la suite de ce questionnaire, les participants étaient invités à lire un bref **texte explicatif sur le mouvement Culture Change** (Annexe 7) et il leur était demandé s'ils pensaient qu'il serait facile de suivre cette direction (oui/non).

Dans la dernière partie de l'étude, nous avons administré aux participants **l'échelle d'ouverture au changement de Miller et ses collaborateurs** (1994) traduite (Annexe 8). Cette dernière évalue, en 8 points, la volonté des individus à soutenir le changement organisationnel et l'affect positif à l'égard du changement. Les possibilités de réponse se présentaient sous la forme d'une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord).

#### **4.4. Analyses statistiques**

Les différentes analyses ont été réalisées à l'aide d'Excel 2021 et de Jamovi 2.3.28. Tout d'abord, nous avons utilisé le logiciel Excel 2021 pour collecter et encoder les données. Ensuite, nous avons utilisé le logiciel Jamovi 2.3.28 pour effectuer les analyses descriptives et inférentielles, en fixant le seuil de significativité à 5% ( $p < 0,05$ ). Ainsi, les résultats avec des p-values inférieures à ce seuil seront considérés comme statistiquement significatifs.

Pour commencer, nous avons décrit notre échantillon en utilisant les données socio-démographiques recueillies, telles que le genre, l'âge, la durée de travail en maison de repos, la durée de travail dans la structure actuelle et la profession. Étant donné l'éventail relativement large de professions existantes au sein d'une maison de repos, nous avons décidé de les classer selon leur position hiérarchique. En reprenant les organigrammes de la résidence Les Tilleuls (Organisation | résidence les tilleuls oraison,

s. d.) et de la résidence Les Cerisiers (Organisation, s. d.), nous avons classé les différentes professions comme ceci : Au sommet de la pyramide hiérarchique (1), nous retrouvons les directeurs/trices et les médecins. Ensuite (2), nous retrouvons le secrétariat, les responsables, coordinateurs/trices et chefs/ffes des différents services ainsi que les psychologues. En troisième position se trouvent les infirmiers/ères, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les assistant(e)s sociaux, les éducateurs/trices, les ergothérapeutes et les diététiciens/nes. Et pour terminer (4), nous avons les aides-soignant(e)s, les animateurs/trices et le personnel d'entretien et de cuisine. Ainsi, nous avons présenté les données sociodémographiques relatives à nos quatre groupes hiérarchiques.

Nous avons poursuivi ces analyses descriptives en détaillant les résultats des questions portant sur le ressenti des professionnels. En outre, nous avons présenté les résultats des tests mesurant le degré d'implémentation du Culture Change et identifié les items jugés les moins pertinents à mettre en place par notre échantillon. Pour finir, nous avons présenté les résultats du test d'ouverture au changement organisationnel.

Dans un second temps, nous avons procédé aux analyses inférentielles. Pour tester notre première hypothèse, à savoir, s'il existe une corrélation positive entre le degré de mise en œuvre du Culture Change et l'ouverture au changement, nous avons d'abord vérifié la normalité de nos données à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Constatant que nos variables « score d'ouverture » et « score d'implémentation du Culture Change » n'étaient pas normalement distribuées, nous avons effectué une corrélation non paramétrique de Spearman.

Pour notre seconde hypothèse, nous avons voulu voir s'il existait une différence entre les différentes hiérarchies professionnelles de degré d'ouverture au changement. Pour cela, nous avons réalisé le test de Kruskal-Wallis.

Pour terminer, nous avons réalisé des analyses exploratoires afin d'examiner les relations entre l'âge, le genre, les années d'exercice en maison de repos et les années au sein de leur structure actuelle avec l'ouverture au changement. Nous avons utilisé des tests appropriés : le test de Mann-Whitney U pour la variable dichotomique « genre », car



nous comparons deux groupes indépendants et que la distribution normale ne peut être supposée, et des corrélations non paramétriques de Spearman pour les variables continues. Nous avons également souhaité vérifier si la satisfaction, la fatigue et l'intention de quitter son travail étaient liées à l'ouverture au changement, en utilisant respectivement le test de Mann-Whitney U pour la satisfaction et le test de Spearman pour la fatigue et l'intention de quitter le travail.

En outre, nous avons voulu voir s'il existait une relation entre le degré d'implémentation du Culture Change et la perception de facilité à le mettre en place des professionnels (oui/non) à l'aide du test de Mann-Whitney U.

Pour terminer, nous avons examiné si la perception des participants quant à la facilité de mise en place du Culture Change, une variable dichotomique (« facilité »), varie en fonction de la variable catégorielle « hiérarchie » à l'aide du test du khi-carré ( $\chi^2$ ). Ce test a été choisi car il est particulièrement adapté pour évaluer l'association entre deux variables catégorielles.

## 5. Présentation des résultats

### 5.1. Analyses descriptives

#### 5.1.1. L'échantillon

Notre échantillon était composé de 180 participants, ils étaient âgés de 21 à 71 ans. L'âge moyen des participants est de 44 ans, avec un écart-type de 11.2. Cet échantillon comprenait 34 hommes (18.9 %) et 146 femmes (81.1 %).

La durée moyenne de travail en maison de repos est de 14 ans ( $14.3 \pm 10.6$ ). En ce qui concerne leur structure actuelle, les participants y travaillent en moyenne depuis 10 ans ( $10.3 \pm 9.1$ ). Les données sociodémographiques de notre échantillon sont représentées dans les tableaux ci-dessous.

**Tableau 1.** *Données sociodémographiques de l'échantillon*

	<b>N</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Ecart-type</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Age	180	44.0	11.23	21.00	71.0
Années en MR	180	14.3	10.62	1.00	46.0
Années structure actuelle	180	10.3	9.10	1.00	35.0

**Tableau 2.** *Fréquences de la variable « Genre »*

<b>Genre</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Homme	34	18.9 %
Femme	146	81.1 %

En ce qui concerne la profession, 72 participants occupent la fonction de directeur/trice, 5 celle de secrétaire et 3 celle d'assistant(e) social(e). Dans les professions médicales, nous retrouvons 2 médecins, 2 infirmiers/ères chefs, 29 infirmiers/ères et 22 aides-soignant(e)s. Les professions paramédicales, telles que l'ergothérapie, la

kinésithérapie, la logopédie ou la psychologie, comptent respectivement 2, 7, 7 et 5 membres. Par ailleurs, 5 participants font partie du personnel d'entretien et de cuisine. Il y a aussi 4 animateurs/trices et 3 diététicien(ne)s. Enfin, parmi les 12 participants n'ayant pas retrouvé leur profession dans la liste, nous avons 3 éducateurs, 2 coordinateurs/trices des soins, une gestionnaire des soins, une cheffe d'équipe entretien et cuisine, une coordinatrice de qualité, une directrice générale de CPAS, une responsable des ressources humaines, une responsable paramédicale et enfin un responsable qualité. Comme mentionné dans notre méthodologie, nous avons réparti ces professions en 4 niveaux hiérarchiques, le niveau 1 étant celui au sommet de la hiérarchie. Les informations ci-dessous sont reprises dans le tableau de l'Annexe 9.

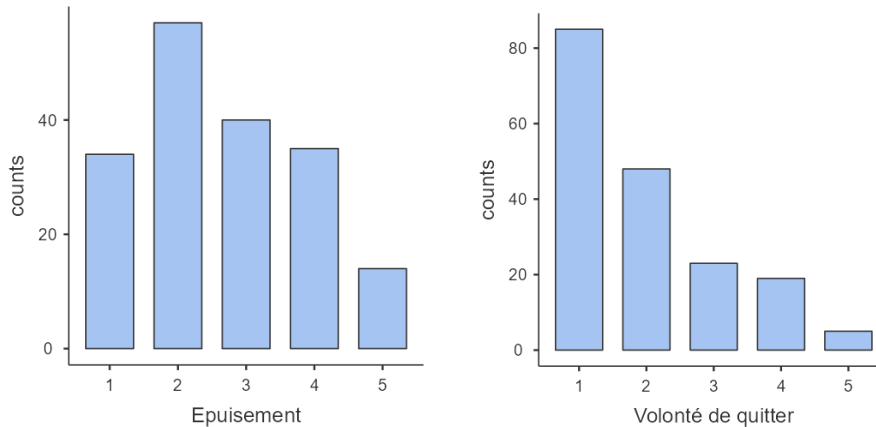
Au sein du niveau 1 hiérarchique, nous avons 75 participants (41.7%). Parmi ces participants, 55 étaient des femmes (73.33%) et 20 étaient des hommes (26.67%). Leur âge variait de 25 à 71 ans, avec une moyenne de 48 ans ( $48 \pm 9.68$ ). Les membres de ce groupe travaillaient en maison de repos depuis en moyenne 17 ans ( $16.8 \pm 10.6$ ) et dans leur structure actuelle depuis 11 ans ( $11.1 \pm 9.3$ ).

Le niveau 2 était constitué de 20 participants (11.1 %), comprenant 18 femmes (90%) et 2 hommes (10%). Leur âge allait de 23 à 60 ans, avec une moyenne de 41 ans ( $41 \pm 11$ ). Les participants de cette catégorie avaient une durée moyenne de travail en maison de repos de 13 ans ( $13.3 \pm 10.9$ ) et travaillaient dans leur structure actuelle depuis en moyenne 12 ans ( $12.2 \pm 10.3$ ).

Les participants du niveau 3 se composaient de 54 participants (30%), dont 45 femmes (83.33%) et 9 hommes (16.67%). Ils avaient entre 23 et 64 ans avec un âge moyen de 42 ans ( $41.7 \pm 11.8$ ). Les participants de cette catégorie ont une durée moyenne de travail en maison de repos de 13 ans ( $13.3 \pm 10.5$ ) et travaillent dans leur structure actuelle, en moyenne, depuis 9 ans ( $9.46 \pm 8.33$ ).

Enfin, le niveau 4 était composé de 32 participants (17.2 %), incluant 28 femmes (87.5%) et 3 hommes (12.5%). Leur âge s'étendait de 21 à 60 ans, avec une moyenne de 40 ans ( $40.2 \pm 11.3$ ). Les participants de ce groupe avaient une durée moyenne de travail

en maison de repos de 11 ans ( $10.8 \pm 9.61$ ) et travaillaient dans leur structure actuelle depuis en moyenne 9 ans ( $8.65 \pm 9.15$ ).



**Figure 2 et figure 3 :** Diagramme en bâtonnet des variables « Epuisement » et « Volonté de quitter »

En ce qui concerne les résultats aux questions sur le ressenti des professionnels, nous constatons que la majorité des répondants (88.9%) se disent satisfaits de leur activité professionnelle. De plus, une majorité des participants (73.9%) ne pensent pas ou peu à quitter leur travail. En revanche, les résultats concernant l'épuisement au travail sont plus variés : 18.9% des répondants ne se sentent pas du tout épuisés, 31.7% se sentent un peu épuisés, 22.2% moyennement, 19.4% assez bien et 7.8% tout à fait épuisés.

### 5.1.2. Implémentation du Culture Change et pertinence des items

Pour obtenir le score total du questionnaire sur l'implémentation du Culture Change, nous avons additionné les valeurs des réponses aux échelles de Likert pour chaque item, donnant un score total maximum possible de 231. Ce score total signifie que le Culture Change est complètement implanté au sein de la structure. Concernant les différentes dimensions, les scores totaux sont les suivants : 70 pour "vie dirigée par les résidents", 28 pour "être bien connu", 70 pour "environnement", 14 pour "communauté et famille", et 49 pour "leadership".

Dans le tableau 3 ci-dessous, nous présentons les moyennes, les écarts-types, les valeurs minimales et maximales des scores obtenus au questionnaire d'implémentation du Culture Change total, ainsi que ceux des différentes dimensions. Nous avons également converti les moyennes en pourcentages. Il ressort que le pourcentage moyen le plus bas concerne la dimension « leadership » (47.27 %), tandis que le pourcentage moyen le plus élevé se rapporte à la dimension « être bien connu » (79.14 %). Le pourcentage du score moyen pour la variable « Score d'implémentation du Culture Change » est de 64.73 % (149.52 ± 26.95).

**Tableau 3.** Moyennes, écarts-types, minimums, maximums pour les données de la variable « Score d'implémentation du Culture Change »

	N	Moyenne (%)	Ecart-type	Minimum	Maximum
<b>Vie dirigée par les résidents</b>	180	42.85 (61.21%)	10.12	15	66
<b>Être bien connu</b>	180	22.16 (79.14%)	4.26	7	28
<b>Environnement</b>	180	47.56 (67.94%)	8.78	17	68
<b>Communauté et famille</b>	180	9.06 (64.71%)	2.94	2	14
<b>Leadership</b>	180	27.89 (47.27%)	7.73	8	47
<b>Culture Change</b>	180	149.52 (64.73%)	26.95	59	218

Comme indiqué dans notre méthodologie, nous avons demandé aux participants de juger si, selon eux, les différents items du questionnaire étaient pertinents, ou non, à mettre en place. Dans l'annexe 10, nous observons que la majorité des items sont jugés comme pertinents. Cependant, nous pouvons mettre en évidence les items 1 et 5 de la dimension « vie dirigée par les résidents » qui obtiennent respectivement 26.1 % et 29.4 % de réponses négatives. Dans la dimension « environnement », l'item 15 (40.6 %) et l'item 17 (68.9 %) se distinguent des autres avec un pourcentage élevé de réponses négatives. Enfin, les items 28 (31.7 %), 30 (41.7 %) et 31 (40 %) de la dimension « leadership » sont jugés moins pertinents à mettre en place que les autres.

Pour terminer, à la fin du questionnaire, nous avons demandé aux participants s'ils pensaient qu'il serait facile de mettre en œuvre le Culture Change. Nous constatons que 102 participants (56.7 %) ont répondu oui, tandis que 78 (43.3 %) ont répondu non.

### 5.1.3. Ouverture au changement

Comme pour le questionnaire d'implémentation du Culture Change, nous avons calculé le score total du questionnaire d'ouverture au changement en additionnant les valeurs des réponses aux échelles de Likert pour chacun des items. Les items 2, 4, 7 et 8 étant inversés, c'est-à-dire que l'énoncé de l'item est formulé de manière contraire par rapport aux autres items (Annexe 8), nous les avons reconvertis lors de l'encodage afin d'assurer une cohérence dans le calcul du score total. Le score total maximum possible pour ce questionnaire est de 56.

**Tableau 4.** *Moyenne, écart-type, minimum et maximum de la variable « Score d'ouverture »*

	N	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Score d'ouverture	180	48.0	7.71	26	56

Dans le tableau 4 ci-dessus, nous présentons la moyenne, l'écart-type, les valeurs minimale et maximale des scores obtenus au questionnaire d'ouverture au changement. La valeur moyenne obtenue pour les résultats totaux est de 48 ( $48 \pm 7,71$ ), sur un score total de 56 pour l'ouverture au changement organisationnel. Cela correspond à un pourcentage de 85.71 %, indiquant un niveau élevé d'ouverture parmi les participants.

## 5.2. Analyses inférentielles

### 5.2.1. Hypothèse principale

Rappelons notre hypothèse principale : « Les professionnels travaillant dans une maison de repos où le Culture Change est fortement mis en œuvre sont plus ouverts à adopter ce modèle ».

**Tableau 5.** *Test de normalité de Shapiro-Wilk pour les variables « Score d'implémentation du Culture Change » et « Score d'ouverture »*

	Score CC	Score Ouverture
N	180	180
W de Shapiro-Wilk	0.983	0.891
Valeur p de Shapiro-Wilk	0.032	< .001

Avant de procéder à nos analyses statistiques, nous avons vérifié la normalité de nos données en utilisant le test de Shapiro-Wilk. Ce test pose comme hypothèse nulle que nos données suivent une distribution normale, tandis que l'hypothèse alternative suggère le contraire. Pour le score du questionnaire d'implémentation du Culture Change, nous avons obtenu un W de 0.983 et une p-valeur de 0.032. Pour le second questionnaire, mesurant l'ouverture au changement organisationnel, les résultats montrent un W de 0.891 et une p-valeur inférieure à 0.001. Les valeurs p étant inférieures à 0.05, nous rejetons l'hypothèse nulle et concluons que nos données ne suivent pas une distribution normale. Par conséquent, nous avons dû recourir au test non paramétrique de Spearman pour analyser les relations entre les variables.

Notre hypothèse nulle au test de Spearman postule qu'il n'existe pas de relation positive significative entre l'ouverture au changement organisationnel des participants et le degré d'implémentation du Culture Change sur leur lieu de travail. Tandis que notre hypothèse alternative postule qu'il existe une relation significative positive entre l'ouverture au changement organisationnel des participants et le degré d'implémentation du Culture Change sur leur lieu de travail.

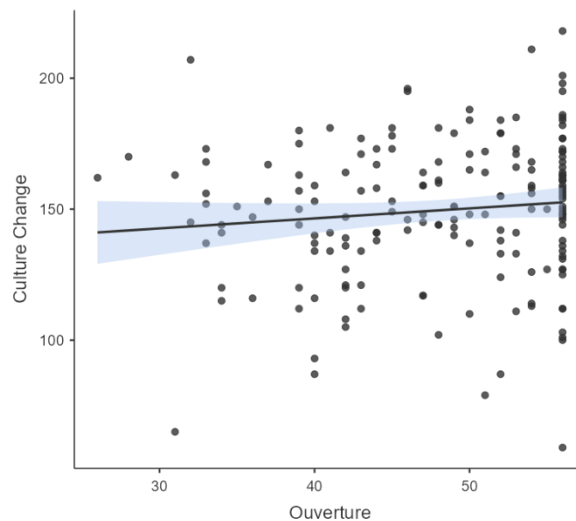
Nous observons dans le tableau 6 ci-dessous, que notre variable « Score d'ouverture » est légèrement corrélée à notre variable « Score d'implémentation du Culture Change » ( $r_s(178) = 0.126$ ,  $p = 0.045$ ) dans notre échantillon. Étant donné que p est inférieur à 0.05, nous rejetons l'hypothèse nulle.

**Tableau 6.** Coefficients de corrélation de Spearman entre les variables « Score d'ouverture » et « Score d'implémentation du Culture Change ».

		Ouverture	Culture Change
Score d'ouverture	Rho de Spearman	—	
	ddl	—	
	valeur p	—	
Score d'implémentation CC	Rho de Spearman	0.126 *	—
	ddl	178	—
	valeur p	0.045	—

Note.  $H_a$  est une corrélation positive

Note. \*  $p < 0,05$  ; \*\*  $p < 0,01$  ; \*\*\*  $p < 0,001$  , unilatéral



**Figure 4 :** Diagramme de dispersion des variables « Score d'implémentation du Culture Change » et « Score d'ouverture ».

### 5.2.2. Hypothèse secondaire

Notre seconde hypothèse postule que les professionnels occupant des postes hiérarchiquement plus élevés sont plus ouverts aux changements que pourrait apporter le Culture Change. Pour tester cette hypothèse, nous avons classé les différentes professions en quatre niveaux hiérarchiques. En raison d'un effet plafond très marqué sur la variable « ouverture », nous avons dû utiliser le test de Kruskal-Wallis pour analyser les données.



**Tableau 7.** Résultats test de Kruskal-Wallis pour les variables « Score d'ouverture » et « hiérarchies »

<b>Kruskal-Wallis</b>			
	$\chi^2$	ddl	p
Score d'ouverture	3.09	3	0.378

Les résultats du test de Kruskal-Wallis ( $p = 0.378$ ) ne montrent pas de différences significatives entre les quatre groupes hiérarchiques. Par conséquent, nous ne pouvons pas conclure que la variable « ouverture » est significativement influencée par le poste hiérarchique dans notre échantillon.

### 5.2.3. Analyses exploratoires

Enfin, nous avons réalisé diverses analyses exploratoires. D'abord, nous souhaitons savoir si les variables âge, genre, années d'exercice en maison de repos et années au sein de la structure actuelle étaient liés à la variable ouverture au changement. Pour la variable « genre », nous avons utilisé le test de Mann-Whitney U (également connu sous le nom de test de la somme des rangs de Wilcoxon). Les résultats montrent que la valeur p est supérieure à 0.05, indiquant qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes homme et femme.

**Tableau 8.** Résultats test de Mann-Whitney U pour les variables « Genre » et « Score d'ouverture »

<b>Mann-Whitney U</b>			
		Statistique	p
Score d'ouverture	U de Mann-Whitney	1972	0.059

Note.  $H_a \mu_{\text{Homme}} \neq \mu_{\text{Femme}}$

Pour les variables continues, à savoir l'âge, les années d'exercice en maison de repos et les années au sein de la structure actuelle, nous avons effectué des corrélations non paramétriques de Spearman. Les valeurs p obtenues pour l'âge, les années d'exercice en maison de repos et les années au sein de la structure actuelle sont respectivement de

0.947, 0.855 et 0.617. Ainsi, aucune de ces trois variables sociodémographiques ne présente de relation significative avec la variable ouverture.

**Tableau 9.** Résultats au test de Spearman pour les variables « Age », « Années d'exercice en maison de repos » et « Années au sein de la structure actuelle »

		Ouverture
Age	Rho de Spearman	-0.005
	ddl	178
	valeur p	0.947
Années en MR	Rho de Spearman	0.014
	ddl	178
	valeur p	0.855
Années structure actuelle	Rho de Spearman	-0.037
	ddl	178
	valeur p	0.617

Nous avons également souhaité examiner si la satisfaction professionnelle, le niveau de fatigue et l'intention de quitter leur emploi étaient liés à l'ouverture au changement. Pour cela, nous avons effectué le test de Mann-Whitney U pour la variable « satisfaction » et le test des corrélations non paramétriques de Spearman pour les variables « fatigue » et « l'intention de quitter ». Comme l'indiquent les tableaux 10 et 11, les valeurs p des 3 variables sont supérieures à 0.05. Notre échantillon ne permet pas de rejeter l'hypothèse nulle, nous ne pouvons donc pas conclure qu'il existe de relations significatives entre la variable « Score d'ouverture » et ces 3 variables. Cependant, il existe une corrélation significative entre l'épuisement au travail et l'intention de quitter son travail ( $p < .001$ ) dans notre échantillon.

**Tableau 10.** Résultats test de Mann-Whitney U pour les variables « Satisfaction » et « Score d'ouverture »

Mann-Whitney U			
		Statistique	p
Ouverture	U de Mann-Whitney	1384	0.320

Note.  $H_a \mu_0 \neq \mu_1$

**Tableau 11.** Résultats test de Spearman pour les variables « Epuisement », « L'intention de quitter » et « Score d'ouverture »

		Ouverture	Epuisement	L'intention de quitter
Ouverture	Rho de Spearman	—		
	ddl	—		
	valeur p	—		
Epuisement	Rho de Spearman	-0.080	—	
	ddl	178	—	
	valeur p	0.286	—	
L'intention de quitter	Rho de Spearman	-0.131	0.588	—
	ddl	178	178	—
	valeur p	0.079	< .001	—

Dans nos analyses exploratoires, nous avons voulu voir si le degré d'implémentation du Culture Change était corrélé à la perception de facilité des professionnels (oui/non). Pour ce faire, nous avons utilisé le test de Mann-Whitney U. Notre hypothèse alternative propose que la moyenne du groupe ayant répondu « Non » est inférieure à la moyenne du groupe ayant répondu « Oui ». Comme le montre le tableau 12 ci-dessous, la valeur de p est inférieure à .001, ce qui nous permet de valider notre hypothèse alternative. Il existe donc une différence significative dans la perception de facilité en fonction du degré d'implémentation du Culture Change dans notre échantillon.

**Tableau 12.** Résultats test de Mann-Whitney U pour les variables « Facilité » et « Score d'implémentation du Culture Change »

Mann-Whitney U		Statistique	p
Score d'implémentation CC	U de Mann-Whitney	2359	< .001

Note.  $H_a \mu_0 < \mu_1$

Pour finir, nous avons examiné si la perception des participants quant à la facilité de mise en place du Culture Change était liée à leur niveau hiérarchique. Pour cela, nous avons réalisé le test khi-carré ( $\chi^2$ ). Dans le tableau 12 ci-dessous, nous remarquons que p

est supérieur à 0.05. Notre échantillon ne permet pas de trouver une relation significative entre le poste hiérarchique et la perception de facilité à mettre en place le Culture Change.

**Tableau 13.** Résultats test khi-carré pour les variables « Facilité » et « Hiérarchie »

Tests $\chi^2$			
	Valeur	ddl	p
$\chi^2$	3.53	3	0.317
N	180		

## 6. Interprétation et discussion

Au cours de notre revue de la littérature, nous avons constaté que le vieillissement démographique est désormais un fait incontestable (World Health Organization : WHO, 2022). En outre, bien que la demande globale de prise en charge des personnes âgées continue d'augmenter rapidement, l'offre de ces services évolue plus lentement (Cour des comptes, 2021). Il est donc impératif de réévaluer le système des maisons de repos actuelles pour y inclure plusieurs éléments essentiels : fournir des soins de haute qualité avec une approche humaniste, assurer l'adhésion des professionnels, et garantir que les institutions soient rentables et abordables (Ebrahimi *et al.*, 2020 ; Libault, 2019). Le mouvement Culture Change semble répondre à ces exigences. Il vise à transformer les maisons de repos en communautés bienveillantes, désinstitutionnalisées et axées sur les soins individualisés. Il réduit les hiérarchies, implique activement les résidents et les travailleurs dans les décisions, personnalise les soins et rend l'environnement plus accueillant (Harris *et al.*, 2006 ; Rahman & Schnelle, 2008 ; Seaton & Edwards, 2011). Bien que notre revue de la littérature ait mis en évidence les divers bienfaits du Culture Change, nous avons constaté que les taux de réussite des institutions mettant en œuvre des changements varient de 20 % à 60 % selon le type de changement (Smith, 2002, cité par Weiner *et al.*, 2008). En outre, les échecs peuvent entraîner une perte de motivation, de satisfaction et d'engagement au travail, ainsi qu'une augmentation du cynisme chez les professionnels (Batt & Applebaum, 1993). Ces échecs résultent souvent de problèmes de préparation (Choi, 2011). Quatre concepts clés ont été identifiés comme précurseurs des comportements face au changement : la préparation, l'engagement, le cynisme et l'ouverture au changement (Choi, 2011). À ce jour, peu d'études se sont intéressées au point de vue de l'ensemble des membres du personnel sur le Culture Change. De plus, aucune étude n'a encore examiné l'ouverture aux changements organisationnels des professionnels travaillant dans les maisons de repos ou les maisons de repos et de soins.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer dans quelle mesure les professionnels travaillant dans des maisons de repos ou des maisons de repos et de soins, tous secteurs confondus, étaient ouverts au changement sur leur lieu de travail en ce qui concerne l'adoption du modèle Culture Change. Plus précisément, nous avons émis l'hypothèse principale que les professionnels travaillant dans une maison de repos où le

Culture Change est fortement mis en œuvre seraient plus ouverts aux changements que pourrait apporter ce modèle. Par cette recherche, nous avons également cherché à examiner le lien entre la hiérarchie et l'ouverture au changement. Nous pensons que les professionnels occupant des postes hiérarchiquement plus élevés seraient plus ouverts aux changements que pourrait apporter le Culture Change.

Afin de vérifier nos hypothèses, nous avons conçu un questionnaire en ligne destiné aux professionnels des maisons de repos et des maisons de repos et de soins. Ce questionnaire était en plusieurs étapes : des questions socio-démographiques, trois questions sur le ressenti des professionnels au travail, un questionnaire visant à évaluer le degré d'implémentation du Culture Change au sein de leur structure, un bref texte explicatif sur le Culture Change et enfin, l'échelle d'ouverture au changement de Miller et ses collaborateurs (1994). Cette méthodologie permettait de collecter un large éventail de réponses.

Dans les points suivants, nous résumerons les résultats de notre étude et les discuterons en lien avec nos hypothèses. Nous ferons également le parallèle avec la littérature existante. Nous allons ensuite mettre en évidence les limites de notre étude. Pour terminer, nous verrons les implications cliniques et les pistes de recherches futures.

## **6.1. Retour sur les hypothèses**

Pour tester notre hypothèse principale, nous avons réalisé une corrélation entre les scores d'ouverture au changement et d'implémentation du Culture Change. Nos résultats ont révélé une corrélation positive entre ces deux variables, ce qui soutient partiellement notre hypothèse, bien que la force de cette relation soit relativement faible. En d'autres termes, cela suggère que dans les maisons de repos où des pratiques du Culture Change sont déjà en place, les membres du personnel pourraient être plus enclins à adopter le modèle dans son ensemble. Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec prudence pour plusieurs raisons. Tout d'abord, notre échantillon était limité, ce qui peut affecter la généralisation de nos conclusions. Ensuite, le questionnaire d'implémentation du Culture Change n'a pas été validé psychométriquement, ce qui soulève des questions quant à la fiabilité et la validité des mesures utilisées. De plus, nous avons observé un

effet plafond dans les scores du questionnaire d'ouverture, indiquant une limitation dans la capacité de l'outil à identifier les niveaux d'ouverture au changement parmi les participants. Malgré ces limitations, il est intéressant de noter que nos résultats sont en partie cohérents avec la littérature existante. Par exemple, l'enquête nationale du Commonwealth de 2007 avait révélé que les obstacles perçus par les directeurs de maisons de repos à l'implémentation du Culture Change variaient selon le degré de mise en œuvre du modèle au sein de leur résidence. Dans les maisons de repos dites traditionnelles, les principaux obstacles signalés étaient le coût (mentionné par 56% des directeurs), la taille de l'établissement (36%) et la réglementation (34%). En revanche, dans les institutions où le Culture Change était « complètement » ou « majoritairement » mis en place, ces obstacles étaient moins souvent mentionnés, avec des pourcentages réduits pour le coût (26%), la taille de l'établissement (14%) et la réglementation (22%) (Doty *et al.*, 2008). Ces différences suggèrent que l'expérience et la familiarité avec le modèle peuvent influencer la perception des obstacles, rendant les professionnels plus ouverts au changement. Cela renforce l'idée qu'une mise en place progressive du Culture Change pourrait réduire les résistances initiales et favoriser une adoption plus efficace du modèle dans les maisons de repos.

En ce qui concerne notre seconde hypothèse, nos résultats ont montré qu'il n'y avait pas de relation significative entre les variables « Hiérarchie » et « Score d'ouverture au changement ». En d'autres termes, la position hiérarchique des professionnels dans notre échantillon n'a pas eu d'impact sur leur ouverture au changement vis-à-vis du Culture Change. Comme nous n'avons observé aucune différence significative entre les quatre niveaux hiérarchiques, cette hypothèse a été écartée. Ainsi, nos conclusions contrastent avec celles de Devos et Buelens (2003), qui avaient constaté une plus grande ouverture au changement chez les personnes occupant des postes hiérarchiques élevés. Elles diffèrent également des résultats de Miller et ses collaborateurs (2010), qui avaient mis en évidence l'impact de l'emploi sur le classement des obstacles perçus au Culture Change. Ces différences peuvent être expliquées par différents facteurs. D'abord, les rôles hiérarchiques dans notre échantillon pourraient avoir été répartis différemment par rapport aux études précédentes. Il est également possible que l'ouverture au changement vis-à-vis du Culture Change soit influencée par des facteurs autres que la hiérarchie,

comme l'expérience personnelle, la formation reçue ou les valeurs individuelles des professionnels.

Bien que ces points ne figuraient pas parmi nos hypothèses principales, nous avons mené plusieurs analyses exploratoires. En voyant la relation existante entre les scores d'ouverture au changement et d'implémentation du Culture Change, il nous a semblé intéressant d'étudier la relation entre les scores d'implémentation du Culture Change et la perception de facilité à mettre en place le modèle. Nos résultats indiquent que plus le Culture Change est implanté dans une maison de repos, plus les professionnels jugent qu'il serait plus facile d'aller vers une implémentation complète. Pour rappel, les croyances, les sentiments et les intentions des employés concernant la nécessité d'un changement organisationnel peuvent avoir des effets positifs tant pour eux que pour l'ensemble de l'organisation (Armenakis *et al.* 1993 ; Choi, 2011). Ajoutons que Miller et ses collaborateurs (2010) ont mis en évidence le lien entre la familiarité avec le Culture Change et les obstacles perçus. Ces éléments permettent de mieux comprendre comment l'expérience influence les perceptions de la faisabilité du modèle. Ensuite, nous avons également testé la variable « Facilité » avec la variable « Hiérarchie ». Cependant, dans ces conditions, nos résultats n'ont pas été concluants, ne montrant aucune corrélation significative dans notre échantillon. Autrement dit, la perception de la facilité à mettre en place le Culture Change ne dépend pas du niveau hiérarchique des professionnels.

D'autres analyses exploratoires ont été menées afin d'examiner les relations entre l'ouverture au changement et nos données socio-démographiques. Sur ce point, nos résultats sont en accord avec ceux de Devos et Buelens (2003), montrant qu'il n'existe pas de relation significative entre ces variables et l'ouverture au changement. Cela implique que, malgré les variations individuelles liées au contexte sociodémographique, ces facteurs ne semblent pas avoir une influence significative sur l'ouverture aux changements que peut apporter le Culture Change dans notre échantillon.

Nous avons également jugé pertinent d'examiner les relations entre les scores d'ouverture au changement, liés à l'adoption du Culture Change, et d'autres variables importantes telles que la satisfaction au travail, l'épuisement professionnel, et l'intention de quitter son travail. Cependant, nos analyses n'ont révélé aucune relation



statistiquement significative entre ces variables dans notre échantillon. Cette absence de corrélation est contradictoire aux travaux de Wanberg et Banas (2000), qui avaient démontré que les individus avec un faible niveau d'ouverture au changement étaient généralement moins satisfaits au travail, plus susceptibles de ressentir de l'irritation, et plus enclins à envisager de quitter leur emploi. L'absence de relations significatives dans notre étude pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs liés à la méthodologie. Il est possible que l'usage d'une seule question pour évaluer ces dimensions ait limité la précision de nos mesures. De plus, la restriction des choix de réponse pour la variable "satisfaction" (oui/non) pourrait également avoir réduit la variabilité des réponses.

D'un point de vue plus observationnel, nous remarquons que la dimension présentant le plus faible niveau d'implémentation est celle du leadership et de l'engagement de l'équipe. Or, un changement organisationnel réussi est un processus continu qui exige un leadership fort et constant, une main-d'œuvre stable, l'implication active du personnel infirmier, ainsi que des ressources financières suffisantes pour améliorer l'environnement (White-Chu *et al.*, 2009 ; Koren, 2010). Le leadership est un thème récurrent dans la mise en œuvre du Culture Change, que ce soit en tant que facilitateur ou obstacle (Doty *et al.*, 2008 ; Miller *et al.*, 2010). Par exemple, dans l'étude de Miller et ses collaborateurs (2010), les spécialistes des soins de longue durée, familiarisés avec le modèle, ont fréquemment identifié la résistance des dirigeants seniors comme l'obstacle principal. Cela met en évidence l'importance cruciale du leadership dans l'adoption du Culture Change.

Nous avons également observé que certains items de notre questionnaire sur l'implémentation du Culture Change se distinguaient par un taux plus élevé de réponses négatives lorsqu'il était demandé aux participants d'évaluer la pertinence de leur mise en place. L'item ayant recueilli le plus grand nombre de réponses négatives concernait la suppression des chariots de médicaments, pourtant très caractéristique de la culture médicalisée des maisons de repos. Ensuite, nous avons le port de vêtements qui favorise un environnement familial, par opposition aux blouses blanches ou aux uniformes type soignant. Bien que cela soit cohérent avec la littérature, car la blouse blanche est au centre de la perception des soins pour ses aspects hiérarchiques et hygiéniques (Charras & Gzil, 2013), nous avons également constaté ses effets délétères sur les capacités

cognitives et physiques des individus (Bo *et al.*, 2021 ; Schlemmer & Desrichard, 2018). De plus, deux items liés aux unités de vie ont suscité des avis partagés. Le premier item portait sur la création d'unités de vie où les résidents vivent en petits groupes, tandis que le second concernait le fait que le personnel soignant fournisse un soutien aux mêmes résidents à chaque fois qu'ils travaillent, sans rotation planifiée. A nouveau, la littérature a démontré les bienfaits de ces unités de vies. Elles permettent au personnel soignant de mieux connaître les résidents dont ils s'occupent et ainsi de prodiguer des soins plus efficacement et de se sentir plus épanouis dans leur rôle (Seaton & Edwards, 2011). L'item concernant la présence d'animaux de compagnie (comme des chiens ou des chats) n'a pas fait l'unanimité parmi les membres du personnel. Le modèle Eden Alternative, ayant déjà fait ses preuves, a néanmoins pour stratégie l'introduction d'animaux de compagnie. Enfin, nous avons également retrouvé des divergences sur des items relatifs aux repas, notamment celui qui proposait des restaurants permettant aux résidents de choisir leurs repas et/ou de se servir eux-mêmes, ainsi que celui qui encourageait les membres de l'équipe à dîner avec les résidents. Ces résultats pourraient refléter un manque de compréhension des avantages potentiels de ces pratiques ou une résistance. Rappelons que l'ouverture au changement est définie comme la volonté de soutenir le changement (Miller *et al.*, 1994). D'un point de vue pratique, il serait intéressant de se pencher sur ces éléments dans le but de mettre en place le Culture Change dans une structure.

Sur observation de nos résultats, il nous semble évident que des recherches et analyses complémentaires seraient non seulement bénéfiques, mais également nécessaires pour approfondir notre compréhension et apporter plus de précisions.

## **6.2. Limites**

Maintenant, nous allons mettre en avant les limites que comporte notre protocole. Parmi ces limites, nous retrouverons principalement la taille de notre échantillon, l'effet plafond de notre questionnaire d'ouverture ainsi que la longueur de l'étude.

Tout d'abord, notre échantillon final est nettement inférieur à nos attentes initiales. Lors de la planification de notre étude, nous avons déterminé, à l'aide du

logiciel G\*POWER, qu'il nous faudrait un échantillon de 595 participants pour tester notre hypothèse principale. Cependant, nos analyses statistiques reposent sur un échantillon de seulement 180 participants. Cette différence significative entre l'échantillon prévu et l'échantillon obtenu représente une limitation importante de notre étude, pouvant affecter nos résultats. Nous étions conscients dès le départ que cet objectif de recrutement était ambitieux, surtout en sachant que notre questionnaire est resté en ligne pendant une période relativement courte de trois mois. Cette période de temps limitée a sans doute restreint notre capacité à atteindre le nombre de participants souhaité. De plus, la longueur du questionnaire pourrait avoir également joué un rôle, car bien que 433 personnes aient cliqué sur le lien de l'enquête pendant la phase de recrutement, notre taux de réponse final n'a été que de 41,57 %. Cela suggère que de nombreux participants potentiels ont abandonné le questionnaire en cours de route.

Par ailleurs, nous avons observé un effet plafond relativement marqué dans les résultats de l'échelle d'ouverture au changement de Miller et ses collaborateurs (1994). Cet effet, qui se produit lorsque de nombreux répondants atteignent le score maximum ou un score très élevé, peut avoir plusieurs répercussions sur les analyses statistiques et sur l'interprétation des résultats. Premièrement, l'effet plafond peut entraîner une sous-estimation des effets réels. Lorsque les scores sont condensés en haut de l'échelle, les différences entre les groupes paraissent moins marquées qu'elles ne le sont en réalité. Deuxièmement, cet effet complique la détection de corrélations, particulièrement dans le cadre de notre hypothèse principale. La réduction de la variance limite la capacité des analyses statistiques à mettre en évidence des relations significatives entre l'ouverture au changement et d'autres variables telles que l'implémentation du Culture Change ou les caractéristiques socio-démographiques des participants. Enfin, un effet plafond peut amener des biais dans les conclusions, les rendant potentiellement faussées ou inexactes.

La longueur de notre questionnaire représente également une des limites potentielles de cette étude. En effet, comme mentionné précédemment, notre questionnaire a pu entraîner une baisse significative du taux de réponse, réduisant ainsi le nombre total de participants. Même si les participants commencent le questionnaire, ils peuvent abandonner avant de le terminer s'ils le trouvent trop long ou trop fatigant. De plus, la longueur excessive d'un questionnaire peut entraîner un effet de fatigue, affectant

la concentration des répondants. Vers la fin, les participants peuvent se sentir épuisés, ce qui peut les amener à répondre de manière moins réfléchie ou de façon aléatoire et ainsi compromettre la qualité de nos données et ainsi biaiser les résultats. Dans notre cas, ce problème est particulièrement important, car le questionnaire d'ouverture au changement, qui est central pour tester notre hypothèse principale, constituait la dernière partie de notre étude.

Revenons également sur la construction de notre méthodologie. Notre questionnaire, conçu pour mesurer le degré d'implémentation du Culture Change, a été adapté des « Artifacts of Culture Change 2.0 » (Artifacts of Culture Change Intro for Nursing Homes, s. d.). Cependant, cette adaptation a été réalisée par les chercheurs de l'étude, ce qui a probablement eu des répercussions sur la fiabilité et la validité des résultats obtenus. Nous avons pris des risques, notamment en ce qui concerne la préservation de la justesse et de la cohérence interne du questionnaire original. Un autre point important à souligner, est que nous n'avons pas mené de tests spécifiques pour évaluer la valeur psychométrique de notre version du questionnaire.

La dernière limite que nous aborderons est celle du biais de désirabilité sociale. Celui-ci peut se manifester lorsque les participants changent leurs réponses pour répondre aux attentes sociales. Ce biais a pu entraîner une surévaluation des attitudes positives envers l'ouverture au changement. Même s'il est difficile à éliminer complètement, il faut rester conscient de son impact et adopter des stratégies pour le réduire afin de rendre les résultats plus précis et leur interprétation plus fiable.

### **6.3. Implications pratiques et perspectives futures**

La relation positive que nous avons observée, dans notre échantillon, entre le degré de mise en œuvre du Culture Change dans une maison de repos et l'ouverture aux changements que pourrait apporter ce modèle, ainsi que la perception de facilité à le mettre en place présente plusieurs intérêts pratiques significatifs.

Cette information peut permettre de mieux cibler les formations et de développer la sensibilisation. Dans les maisons de repos où le Culture Change est moins implanté,

voire inexistant, les professionnels pourraient être moins ouverts aux nouvelles pratiques. Savoir cela permet de développer des programmes de formation adaptés, qui visent à familiariser progressivement le personnel avec le modèle et à encourager leur acceptation.

A l'inverse, les maisons de repos où le Culture Change est déjà bien implanté peuvent servir de modèles ou de « structures pilotes » pour la mise en place de nouvelles pratiques. En observant comment l'ouverture au changement se renforce dans ces structures, il est possible de concevoir des stratégies efficaces pour introduire progressivement certaines pratiques du Culture Change dans d'autres structures plus réticentes. Il serait donc intéressant de commencer par les pratiques jugées les plus pertinentes dans le cadre de notre étude.

En résumé, savoir que les professionnels, dans des environnements où le Culture Change est fortement mis en œuvre, sont plus ouverts aux changements permet de mieux gérer le processus d'implantation du modèle dans d'autres maisons de repos, en optimisant les interventions et en renforçant le soutien.

Bien que notre étude ait fourni des données intéressantes, beaucoup de nos résultats étaient non significatifs. Pour améliorer la précision des futures études, il serait intéressant de travailler avec un échantillon plus large. Les recherches futures pourraient essayer de développer des outils permettant la mesure du degré d'implémentation du Culture Change destiné aux professionnels, mais aussi de travailler sur la validation de l'échelle d'ouverture au changement de Miller et ses collaborateurs (1994) afin de réduire l'effet plafond observé. Une évaluation rigoureuse de ces instruments permettrait d'assurer des mesures plus précises et de renforcer la qualité des données recueillies.

En outre, certaines questions méritent d'être explorées de manière plus approfondie. Par exemple, les recherches futures pourraient examiner si d'autres variables, telles que la formation continue, la culture organisationnelle ou encore des facteurs psychologiques individuels, influencent de l'ouverture au changement dans le cadre des pratiques du Culture Change.

Enfin, il pourrait également être intéressant d'examiner d'autres dimensions liées au soutien des employés pour le changement organisationnel, tels que la préparation organisationnelle au changement, l'engagement envers ce changement ou le cynisme à l'égard du changement organisationnel.

Mieux comprendre ces différentes dynamiques permettrait de renforcer des éléments clés, tels que le leadership ou l'engagement de l'équipe, dans les maisons de repos moins avancées dans l'implémentation du Culture Change. Cela améliorerait ainsi les chances de succès lors de la mise en place de nouvelles pratiques au sein des structures.

## 7. Conclusion

L'objectif principal de notre recherche était d'évaluer l'ouverture au changement des professionnels de maison de repos ou de maison de repos et de soins à adopter le Culture change au sein de leur structure. Le degré de mise en place de ce mouvement étant associé aux obstacles perçus par les directeurs (Doty et al., 2008), nous avons voulu étudier l'effet du degré de mise en place du Culture Change sur l'ouverture au changement des professionnels de maison de repos ou de maison de repos et de soins à adopter le modèle.

Nous avons constaté que, à mesure que le Culture Change était implanté dans une structure, le degré d'ouverture au changement des membres du personnel augmentait dans notre échantillon. Notons tout de même que cette relation était relativement faible. Nous avons également observé que les répondants jugeaient qu'il serait plus facile de passer à une mise en œuvre globale du Culture Change à mesure que ce dernier était implanté au sein de la structure. Cependant, nous avons été surpris de constater que le poste hiérarchique n'avait pas d'incidence sur l'ouverture au changement des professionnels. Bien que la littérature présentait des résultats différents, nous avons écarté cette hypothèse. De plus, aucune corrélation n'a été observée entre les autres variables sociodémographiques et l'ouverture au changement. De même, aucune relation significative n'a été trouvée avec la satisfaction au travail, l'épuisement professionnel, et l'intention de quitter son travail. Nos analyses sont certainement biaisées par notre faible échantillon ou des problèmes méthodologiques.

Pour les futures recherches, il serait nécessaire de travailler avec un échantillon plus large et de développer des outils valides spécifiquement destinés aux professionnels dans le contexte du Culture Change. Il serait également intéressant d'approfondir certaines questions, telles que l'identification d'autres variables pouvant influencer l'ouverture au changement dans le cadre des pratiques du Culture Change. Enfin, les études pourraient s'intéresser aux autres dimensions liées aux comportements de soutien ou de résistance des employés face à un changement organisationnel.

En conclusion, bien que notre étude fut la première à s'intéresser à l'ouverture au changement organisationnel dans le cadre du Culture Change, elle montre clairement qu'il est nécessaire d'approfondir les recherches afin d'obtenir des conclusions plus fiables et nuancées. Des recherches futures permettront de mieux comprendre les éléments qui influencent l'ouverture au changement et ainsi permettre une meilleure transition vers des pratiques de soins plus humaines et mieux adaptées aux besoins des résidents en maisons de repos. Ces recherches sont essentielles pour une mise en place du Culture Change qui tient compte de la réalité du terrain, des professionnels et de la qualité de vie des résidents.



## 8. Bibliographie

Adam, S. (2023). PSYC0099-1 : Psychologie et Accompagnement de la personne âgée [Présentation PowerPoint].

Armenakis, A. A., & Bedeian, A. G. (1999). Organizational change: A review of theory and research in the 1990s. *Journal of management*, 25(3), 293-315.

Armenakis, A. A., Harris, S. G., & Feild, H. S. (2000). Making change permanent a model for institutionalizing change interventions. In *Research in organizational change and development*. Emerald Group Publishing Limited.

Armenakis, A. A., Harris, S. G., & Mossholder, K. W. (1993). Creating readiness for organizational change. *Human relations*, 46(6), 681-703.

*Artifacts of culture change intro for nursing homes*. (s. d.). Pioneer Network. Consulté 28 janvier 2024, à l'adresse <https://www.pioneernetwork.net/nursing-homes-overview/>

Bailly, N., Sanchez, S., Ferrand, C., Souesme, G., Giraudeau, C., & Agli, O. (2020). The impact of street clothes among caregivers on residents with dementia in special care units: The STRECLO study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9–10), 1723–1732. DOI: 10.1111/jocn.15210

Batt, R., & Applebaum, E. (1993). Labor's New Agenda. *Dollars and Sense*, September/October.

Bergman-Evans, B. (2004). Beyond the basics: Effects of the Eden Alternative model on quality of life issues. *Journal of gerontological nursing*, 30(6), 27-34.

Berridge, C., Tyler, D. A., & Miller, S. C. (2018). Staff empowerment practices and CNA retention: Findings from a nationally representative nursing home culture change survey. *Journal of Applied Gerontology*, 37(4), 419-434.

Bo, Y., Kwok, K.-O., Chu, K. K.-Y., Leung, E. Y.-H., Yu, C. P., Wong, S. Y.-S., & Lee, E. K.-P. (2021). Comparison Between Automated Office Blood Pressure Measurements and Manual Office Blood Pressure Measurements—Implications in Individual Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Current Hypertension Reports*, 23(1), 4. DOI: 10.1007/s11906-020-01118-1

Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical interventions in Aging*, 1-10.

*Care for the elderly*. (2022, 30 septembre). For a Healthy Belgium. Consulté le 5 mai 2023, à l'adresse <https://www.healthybelgium.be/en/health-system-performance-assessment/specific-domains/care-for-the-elderly#ELD-4>

Charras, K., & Cérèse, F. (2017). Être « chez soi » en EHPAD : Domestiquer l'institution. *Gérontologie et société*, 1(1), 169-183. <https://doi.org/10.3917/gsl.152.0169>

Cérèse, F. et Eynard, C. (2014). Domicile, habitats intermédiaires, EHPAD : quelles mutations à opérer pour soutenir l'autonomie dans le parcours résidentiel ? Dans A. Thalineau et L. Nowik. *Vieillir chez soi, Vieillir entre soi, les habitats intermédiaires en question* (p. 99-116). Rennes, France : Presses universitaires de Rennes.

- Charras, K., & Frémontier, M. (2010). Sharing Meals With Institutionalized People With Dementia: A Natural Experiment. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(5), 436–448. DOI: 10.1080/01634372.2010.489936
- Charras, K., & Gzil, F. (2013). Judging a book by its cover: Uniforms and quality of life in special care units for people with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & other Dementias*, 28(5), 450-458. <https://doi:10.1177/1533317513488915>
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., ... & Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *The Lancet Neurology*, 8(4), 317-325.
- Choi, M. (2011). Employees' attitudes toward organizational change: A literature review. *Human resource management*, 50(4), 479-500.
- Chu, L. Y., Chang, T. W., Dai, T. Y., Hui, L., Ip, H. T., Kwok, S. Y., Ying, K. L., Chan, F. M., & Bressington, D. (2020). Mental health nurses in non-uniform: Facilitator of recovery process? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(5), 509–520. DOI: 10.1111/jpm.12599
- Coleman, M. T., Looney, S., O'Brien, J., Ziegler, C., Pastorino, C. A., & Turner, C. (2002). The Eden Alternative: Findings after 1 year of implementation. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(7), M422-M427.
- Cours des comptes (2021, 8 juillet). Prise en charge des aînés dépendants en Région wallonne : Situation actuelle et enjeux futurs. [https://www.ccrek.be/docs/2021\\_29\\_AinesDependants.pdf](https://www.ccrek.be/docs/2021_29_AinesDependants.pdf)
- Cummings, S. M., Galambos, C., & DeCoster, V. A. (2003). Predictors of MSW employment in gerontological practice. *Educational Gerontology*, 29(4), 295-312.
- De, J. R. D. V. E. C. (s. d.). (2020) *Étude - Les maisons de repos doivent-elles disparaître ? La désinstitutionnalisation des aînés est-elle souhaitable ?* Union des Villes et Communes de Wallonie / Fédération des CPAS. <https://www.uvcw.be/aïnes/etudes/art-3442>
- Devos, G., & Buelens, M. (2003). Openness to organizational change: the contribution of content, context, and process.
- Donoghue, C., & Castle, N. G. (2009). Leadership styles of nursing home administrators and their association with staff turnover. *The Gerontologist*, 49(2), 166-174. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp021>
- Doty, M. M., Koren, M. J., & Sturla, E. L. (2008). *Culture change in nursing homes: How far have we come?* (Findings from the Commonwealth Fund 2007 National Survey of Nursing Homes). New York, NY: Commonwealth Fund
- Eby, L. T., Adams, D. M., Russell, J. E., & Gaby, S. H. (2000). Perceptions of organizational readiness for change: Factors related to employees' reactions to the implementation of team-based selling. *Human relations*, 53(3), 419-442.
- Ebrahimi, Z., Patel, H., Wijk, H., Ekman, I., & Olaya-Contreras, P. (2021). A systematic review on implementation of person-centered care interventions for older people in out-of-hospital settings. *Geriatric Nursing*, 42(1), 213-224.

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., McAuliffe, L., Nay, R., & Chenco, C. (2011). Job satisfaction amongst aged care staff: exploring the influence of person-centered care provision. *International Psychogeriatrics*, 23(8), 1205-1212.

Eijkelenboom, A., Verbeek, H., Felix, E., & van Hoof, J. (2017). *Architectural factors influencing the sense of home in nursing home: An operationalization for practice*. *Frontiers of Architectural Research*, 6(2), 111-122. <https://doi.org/10.1016/j.foar.2017.02.004>

Ertürk, A. (2008). A trust-based approach to promote employees' openness to organizational change in Turkey. *International Journal of Manpower*, 29(5), 462-483.

Gonella, S., Di Giulio, P., Angaramo, M., Dimonte, V., Campagna, S., Brazil, K., & mySupport Study Group. (2022). Implementing a nurse-led quality improvement project in nursing home during COVID 19 pandemic: A qualitative study. *International Health Trends and Perspectives*, 2(2), 175-192.

*Grâce à Tubbe, près de 200 maisons de repos et de soins mettent leurs résidents aux commandes !* (s. d.). Koning Boudewijnstichting. Consulté 24 mai 2024, à l'adresse <https://kbs-frb.be/fr/grace-tubbe-pres-de-200-maisons-de-repos-et-de-soins-mettent-leurs-residents-aux-commandes>

Granger, L. (2023). *Management—Approches top-down [Descendante] et bottom-up [Ascendante]*. manager-go. Consulté 16 mai 2024, à l'adresse <https://www.manager-go.com/management/approches-top-down-et-bottom-up.htm#dossier-content>

Guennerly, S. (2014). *L'hébergement de la personne âgée dépendante—Modélisation prospective: exemple de la région Poitou-Charentes* (Doctoral dissertation, Paris, CNAM).

Harris, Y., Poulsen, R., & Vlangas, G. (2006). *Measuring culture change: Literature review*. Englewood: Colorado Foundation for Medical Care.

Harvan, J. R., & Cotter, V. T. (2006). An evaluation of dementia screening in the primary care setting. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 18(8), 351-360.

*Hébergement aînés*. (2023). AViQ. <https://www.aviq.be/fr/hebergement/aines>

Herscovitch, L., & Meyer, J. P. (2002). Commitment to organizational change: extension of a three-component model. *Journal of applied psychology*, 87(3), 474.

Hill, N. L., Kolanowski, A. M., Milone-Nuzzo, P., & Yevchak, A. (2011). Culture change models and resident health outcomes in long-term care. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(1), 30-40.

Hoeffler, B., Talerico, KA, Rasin, J., Mitchell, CM, Stewart, BJ, McKenzie, D., & al. (2006). Assisting cognitively impaired nursing home residents with bathing: effects of two bathing interventions on caregiving. *The Gerontologist*, 46(4), 524-532.

Hughes, M., & Heycox, K. (2006). Knowledge and interest in ageing: a study of final-year social work students. *Australasian Journal on Ageing*, 25(2), 94-96.

Kehoe, M. A., & Van Heesch, B. (2003). Culture change in long term care: the Wellspring model. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2(1-2), 159-173.

Kim, S. K., & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical interventions in aging*, 12, 381.

Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health affairs*, 29(2), 312-317.

Libault, D. (2019, 28 mars). Concertation : Grand âge et autonomie. Ministère des solidarités et de la santé. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_grand\\_age\\_autonomie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf)

Lupton, T. (1991). Organisational Change: "Top-down "or "Bottom-up" Management?. *Personnel Review*, 20(3), 4-10.

Management Center Europe (2005), *Global Leadership Development Survey 2005*, Human Resource Institute, Brussels.

Mardhatillah, A. M. Y., RAHMAN, S. A., & ISMAIL, K. (2017). The Relationship Between Psychosocial Predictors and Employee Readiness to Change. *International Journal of Economics & Management*, 11.

Miller, E., & Mor, V. (2006). *Out of the shadows: Envisioning a brighter future for long-term care in America. Home & Community-Based Services*. <http://www.advancingstates.org/sites/nasud/files/hcbs/files/101/5007/LTCReport.pdf>

Miller, S. C., Miller, E. A., Jung, H. Y., Sterns, S., Clark, M., & Mor, V. (2010). Nursing home organizational change: The "culture change" movement as viewed by long-term care specialists. *Medical Care Research and Review*, 67(4\_suppl), 65S-81S.

Miller, S. C., Schwartz, M. L., Lima, J. C., Shield, R. R., Tyler, D. A., Berridge, C. W., ... & Clark, M. A. (2018). The prevalence of culture change practice in US nursing homes: Findings from a 2016/17 nationwide survey. *Medical Care*, 56(12), 985.

Miller, Vernon D.; Johnson, John R.; Grau, Jennifer (1994). *Antecedents to willingness to participate in a planned organizational change*. *Journal of Applied Communication Research*, 22(1), 59–80. doi:10.1080/00909889409365387

Nakrem, S. (2015). Understanding organizational and cultural premises for quality of care in nursing homes: an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-13.

*No more excuses.* (s. d.). Action Pact. Consulté 24 mai 2024, à l'adresse <https://www.actionpact.com/about/culture-change/story5>

*Organisation.* (s. d.). Consulté 25 juillet 2024, à l'adresse <https://fondation-les-cerisiers.ch/index.php/presentation/organisation>

*Organisation | résidence les tilleuls oraison.* (s. d.). Consulté 25 juillet 2024, à l'adresse <https://www.residencelestilleuls.fr/organisation/>

*Pioneer Network is the national leader of the culture change movement.* (2023, 22 mai). Pioneer Network. <https://www.pioneernetwork.net/>

Rahman, A. N., & Schnelle, J. F. (2008). The nursing home culture-change movement: Recent past, present, and future directions for research. *The Gerontologist*, 48(2), 142-148.

*Rapport trisannuel des établissements d'accueil pour aînés.* (2021, 31 décembre). AViQ. Consulté le 26 avril 2023, à l'adresse [https://www.aviq.be/sites/default/files/documents\\_pro/2023-03/Rapport-trisannuel-des-aines-2022.pdf](https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2023-03/Rapport-trisannuel-des-aines-2022.pdf)

Re, M. P. S. W. S. S. (2000). CHANGES IN ATTITUDES AMONG CHILDREN AND ELDERLY ADULTS IN INTERGENERATIONAL GROUP WORK. *Educational Gerontology*, 26(6), 523-540. <https://doi.org/10.1080/03601270050133883>

Rechel, B., Grundy, E., Robine, J. M., Cylus, J., Mackenbach, J. P., Knai, C., & McKee, M. (2013). Ageing in the European union. *The lancet*, 381(9874), 1312-1322.

Robinson, S., & Mercer, S. (2007). Older adult care in the emergency department: identifying strategies that foster best practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(7), 40.

Rosher, R. B. (2006). Tangling with the barriers to culture change: Creating a resident-centered nursing home environment. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(10), 19.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1.

Schein, E. H. (1980). *Organizational psychology* Englewood cliffs. *Prentice-Hall*.

Schlemmer, M., & Desrichard, O. (2018). Is medical environment detrimental to memory? A test of a white coat effect on older people's memory performance. *Clinical Gerontologist*, 41(1), 77-81.

Seaton, D., & Edwards, C. (2011). *Culture Change in Long-term Care: Its History and Development, Principles, Implementation and Legislation*.

Shea, C. M., Jacobs, S. R., Esserman, D. A., Bruce, K., & Weiner, B. J. (2014). Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. *Implementation science*, 9(1), 1-15.

Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P. O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2013). Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of advanced nursing*, 69(10), 2196-2206.

Smith, M. E. (2002). Success rates for different types of organizational change. *Performance Improvement*, 41(1), 26-33.

Snoeren, M. M., Janssen, B. M., Niessen, T. J., & Abma, T. A. (2016). Nurturing cultural change in care for older people: Seeing the cherry tree blossom. *Health Care Analysis*, 24, 349-373.

Stone, R. I., Reinhard, S. C., Bowers, B., Zimmerman, D., Phillips, C. D., Hawes, C., ... & Jacobson, N. (2002). *Evaluation of the Wellspring model for improving nursing home quality* (Vol. 550). New York: Commonwealth Fund.

Stubblefield, J. L. K. P. (2000). CHANGING STUDENTS' PERCEPTIONS OF AGING : THE IMPACT OF AN INTERGENERATIONAL SERVICE LEARNING COURSE. *Educational Gerontology*, 26(7), 611-621. <https://doi.org/10.1080/03601270050200617>

Tan, P. P., Hawkins, M., & Ryan, E. (2001). Baccalaureate social work student attitudes toward older adults. *Journal of Baccalaureate Social Work*, 6(2), 45-55.

*The Commonwealth Fund Health Care Opinion Leaders Survey : Assessing Health Care Experts' Views on Long-Term Care.* (2005, 29 décembre). Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2005/dec/commonwealth-fund-health-care-opinion-leaders-survey-assessing-health>

*The Commonwealth Fund/Modern Healthcare Health Care Opinion Leaders Survey : Views on Payment Reform.* (2008, 3 novembre). Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2008/nov/commonwealth-fundmodern-healthcare-health-care-opinion-leaders-survey>

The Omnibus Reconciliation Act of 1987 (OBRA)

Thomas, W. H. (2003). Evolution of eden. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2(1-2), 141-157.

Thomas, W. H. (2004). *What are old people for?: How elders will save the world.* Publisher: VanderWyk&Burnham.

Tubbe. (s. d.). Tubbe. <https://tubbe.be/fr/tubbe/>

Villez, A. (2007). EHPAD. *Gérontologie et société*, 30(123(4), 169-184.

Wanberg, C. R., & Banas, J. T. (2000). Predictors and outcomes of openness to changes in a reorganizing workplace. *Journal of applied psychology*, 85(1), 132.

Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation science*, 4(1), 1-9.

Weiner, B. J., Amick, H., & Lee, S. Y. D. (2008). Conceptualization and measurement of organizational readiness for change: a review of the literature in health services research and other fields. *Medical care research and review*, 65(4), 379-436.

Weiner, B. J., Lewis, M. A., & Linnan, L. A. (2009). Using organization theory to understand the determinants of effective implementation of worksite health promotion programs. *Health education research*, 24(2), 292-305.

White-Chu, EF, Graves, WJ, Godfrey, SM, Bonner, A., & Sloane, P. (2009). Beyond the Medical Model: The Culture Change Revolution in Long-Term Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(6), 370-378. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.04.004>.

Woo, S. E., Chernyshenko, O. S., Longley, A., Zhang, Z. X., Chiu, C. Y., & Stark, S. E. (2014). Openness to experience: Its lower level structure, measurement, and cross-cultural equivalence. *Journal of personality assessment*, 96(1), 29-45.

World Health Organization : WHO. (2022b). Ageing and health. *www.who.int*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Yang, Y., Xiao, L. D., Ullah, S., & Deng, L. (2015). General practitioners' knowledge of ageing and attitudes towards older people in China. *Australasian journal on ageing*, 34(2), 82-87.

Yeatts, D. E., & Cready, C. M. (2007). Consequences of empowered CNA teams in nursing home settings: A longitudinal assessment. *The Gerontologist*, 47(3), 323-339.

Yeatts, D. E., & Seward, R. R. (2000). Reducing turnover and improving health care in nursing homes: The potential effects of self-managed work teams. *The Gerontologist*, 40(3), 358-363.

Yu, C., & Chen, K. (2012). Experiencing Simulated Aging Improves Knowledge of and Attitudes Toward Aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(5), 957-961. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03950.x>

## 9. Annexes

### Annexe 1

Bonjour Madame, Monsieur,

Je m'adresse à vous aujourd'hui dans le cadre de mon mémoire de master à la Faculté de Psychologie de l'ULiège, spécialisation en psychologie du vieillissement. Je mène une recherche sur l'ouverture au changement des professionnels travaillant en maison de repos, dans tous les secteurs, concernant l'adoption du « Culture Change » au sein de leur établissement.

Votre contribution serait d'une valeur inestimable pour cette étude. Je vous invite à répondre à un court questionnaire en ligne, d'une durée maximale de 15 minutes.

Les questions portent sur le degré d'implémentation du mouvement « Culture Change » sur votre lieu de travail et sur l'ouverture au changement organisationnel en lien avec ce mouvement. Il n'est pas nécessaire de connaître ce mouvement pour pouvoir répondre au questionnaire.

Pour accéder au questionnaire, veuillez cliquer sur le lien suivant : <https://surveys.fplse.uliege.be/surveys/?w=xN&s=YMNERLZZSB>

N'hésitez pas à partager cette invitation avec vos collègues et réseaux professionnels. Votre participation et votre partage sont grandement appréciés. Il vous est également possible d'imprimer le document qui se trouve en copie de ce mail.

Pour toute question ou clarification, n'hésitez pas à me contacter au 0477/29.65.38 ou via mon adresse e-mail : [estelle.viaene@student.uliege.be](mailto:estelle.viaene@student.uliege.be)

Je vous remercie sincèrement pour votre temps et votre précieuse contribution à cette étude.

Cordialement,  
Viaene Estelle,  
Étudiante en master de Psychologie du Vieillissement, Faculté de Psychologie,  
Université de Liège.



## Annexe 2

Bonjour à tous ! 😊

Je recherche des professionnels travaillant en maison de repos (tous secteurs confondus) qui accepteraient de répondre à quelques questions en ligne d'une durée de maximum 15 minutes. 🙏

Dans le cadre de mon master dans la faculté de Psychologie de l'ULiège en option psychologie du vieillissement, je réalise un mémoire sur l'ouverture au changement des professionnels de maison de repos à adopter le « Culture change » au sein de leur structure.

Les questions portent sur le degré d'implémentation du mouvement « Culture Change » sur votre lieu de travail et sur l'ouverture au changement organisationnel en lien avec ce mouvement. Il n'est pas nécessaire de connaître ce mouvement pour pouvoir répondre au questionnaire.

Pour participer à l'étude, cliquez sur le lien :

<https://surveys.fpise.uliege.be/surveys/?w=xN&s=YMNERLZZSB>

N'hésitez pas à partager et merci d'avance ! 😊

Pour toute question, vous pouvez me contacter par message privé ou via l'adresse mail suivante : [estelle.viaene@student.uliege.be](mailto:estelle.viaene@student.uliege.be)

Enquête en ligne



## Ouverture au changement à l'adoption du « Culture change » au sein des maisons de repos.

Conditions de participation :

- ✓ Travailler dans une maison de repos (tous secteurs confondus)

**DURÉE**

- ✓ 15 minutes



[estelle.viaene@student.uliege.be](mailto:estelle.viaene@student.uliege.be)

### Annexe 3



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation

Comité d'éthique

PRESIDENTE : Fabienne COLLETTE

#### **INFORMATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE POUR DES RECHERCHES MENEES VIA INTERNET**

L'objectif de la recherche pour laquelle nous sollicitons votre participation est d'évaluer l'ouverture au changement des professionnels de maison de repos à adopter le « Culture change » au sein de leur structure. Cette recherche est menée par Estelle Viaene, mémorante.

Votre participation à cette recherche est volontaire. Vous pouvez choisir de ne pas participer et si vous décidez de participer vous pouvez cesser de répondre aux questions à tout moment et fermer la fenêtre de votre navigateur sans aucun préjudice. Vous pouvez également choisir de ne pas répondre à certaines questions spécifiques.

Cette recherche implique de remplir 2 questionnaires pendant une durée d'environ **15 minutes**. Vos réponses seront confidentielles et nous ne collecterons pas d'information permettant de vous identifier, telle que votre nom, votre adresse e-mail ou votre adresse IP, qui pourrait permettre la localisation de votre ordinateur. Vos réponses seront transmises anonymement à une base de données. Votre participation implique que vous acceptez que les renseignements recueillis soient utilisés anonymement à des fins de recherche. Les résultats de cette étude serviront à des fins scientifiques uniquement.

Vous disposez d'une série de droits relatifs à vos données personnelles (accès, rectification, suppression, opposition) que vous pouvez exercer en prenant contact avec le Délégué à la protection des données de l'institution dont les coordonnées se trouvent ci-dessous. Vous pouvez également lui adresser toute doléance concernant le traitement de vos données à caractère personnel. Les données à caractère personnel ne seront conservées que le temps utile à la réalisation de l'étude visée, c'est-à-dire maximum 2 ans.

Les données codées issues de votre participation à cette recherche peuvent être transmises si utilisées dans le cadre d'une autre recherche en relation avec cette étude-ci, et elles seront éventuellement compilées dans des bases de données accessibles à la communauté scientifique. Les données que nous partageons ne seront pas identifiable et n'auront seulement qu'un numéro de code, de telle sorte que personne ne saura quelles données sont les vôtres. Les données issues de votre participation à cette recherche seront stockées pour une durée maximale de 15 ans.

Une fois l'étude réalisée, les données acquises seront codées et stockées pour traitement statistique. Dès ce moment, ces données codées ne pourront plus être retirées de la base de traitement. Si vous changez d'avis et retirez votre consentement à participer à cette étude, nous ne recueillons plus de données supplémentaires sur vous. Les données d'identification vous concernant seront détruites. Seules les données rendues anonymes pourront être conservées et traitées de façon statistique.

Les modalités pratiques de gestion, traitement, conservation et destruction de vos données respectent le Règlement Général sur la Protection des Données (UE 2016/679), les droits du patient (loi du 22 août 2002) ainsi que la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine. Toutes les procédures sont réalisées en accord avec les dernières recommandations européennes en matière de collecte et de partage de données. Ces traitements de données à caractère personnel seront réalisés dans le cadre de la mission d'intérêt public en matière de recherche reconnue à l'Université de Liège par le Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études du 7 novembre 2013, art. 2.

Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance auprès d'Ethias, conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004)

Si vous souhaitez davantage d'information ou avez des questions concernant cette recherche, veuillez contacter Estelle Viaene (estelle.viaene@student.uliege.be). Cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'Ethique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education de l'Université de Liège.

Pour toute question, demande d'exercice des droits ou plainte relative à la gestion de vos données à caractère personnel, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données par e-mail (dpo@uliege) ou par courrier signé et daté adressé comme suit :

Monsieur le Délégué à la Protection des Données  
Bât. B9 Cellule "GDPR",  
Quartier Village 3,  
Boulevard de Colonster 2,  
4000 Liège, Belgique.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)).

Pour participer à l'étude, veuillez cliquer sur le bouton « Je participe » ci-dessous. Cliquer sur ce bouton implique que :

- Vous avez lu et compris les informations reprises ci-dessus
- Vous consentez à la gestion et au traitement des données acquises telles que décrites ci-dessus
- Vous avez 18 ans ou plus
- Vous donnez votre consentement libre et éclairé pour participer à cette recherche

#### **Annexe 4**

Sélectionnez le genre qui vous correspond :

- Homme
- Femme
- Autres

Quel âge avez-vous (années) ? (Possibilité de réponses entre 1 et 100)

Depuis combien de temps travaillez-vous en maison de repos (années) ? (Possibilité de réponses entre 1 et 100)

Depuis combien de temps travaillez-vous dans la structure actuelle (années) ? (Possibilité de réponses entre 1 et 100)

Quelle est votre profession/fonction dans la structure ?

- Médecin
- Infirmier-ère
- Aide-soignant(e)
- Ergothérapeute
- Kinésithérapeute
- Animateur-trice
- Directeur-trice
- Secrétaire
- Assistant(e) social(e)
- Psychologue, assistant en psychologie
- Logopède
- Diététicien(ne)
- Esthéticien(ne)
- Personnel d'entretien
- Personnel de cuisine
- Autres : veuillez spécifier votre réponse

## Annexe 5

Etes-vous satisfait de votre activité professionnelle ?

- Oui
- Non

Je me sens épuisé(e) au travail.

- Pas du tout d'accord
- Un peu d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez bien d'accord
- Tout à fait d'accord

Je pense souvent à quitter mon travail.

- Pas du tout d'accord
- Un peu d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez bien d'accord
- Tout à fait d'accord

## Annexe 6

### Questionnaire d'évaluation du degré d'implémentation du Culture Change au sein d'une structure inspiré des « Artifacts of Culture Change 2.0 » (Artifacts of Culture Change Intro for Nursing Homes, s. d.).

Dans quelle mesure, les définitions ci-dessous représentent-elles votre lieu de travail :

#### La vie dirigée par les résidents :

		1	2	3	4	5	6	7
1	Les restaurants sont conçus de manière à permettre aux résidents de choisir leurs repas et/ou de se servir eux même. (Exemples : Modèle de buffet, Modèle familiale où les plats sont déposés à table, Modèle de restaurant où le personnel prend les commandes) (inspiré de l'item 2)							
2	Les résidents déterminent leurs propres horaires quotidiens et les professionnels s'adaptent à ceux-ci. Les résidents peuvent faire des demandes et des changements spontanés. (Exemples : heure des repas, du coucher, du lever, ...) (inspiré des items 3, 18, 20, 30)							
3	Des approches individualisées et non pharmacologiques sont intégrées au plan de soins avant que des médicaments psychoactifs ne soient prescrits. (Item 23)							
4	Les résidents qui reçoivent déjà des médicaments psychoactifs au moment de leur arrivée font l'objet d'un plan de soins prévoyant des approches non pharmacologiques afin de réduire ou d'éliminer ces médicaments. (inspiré des items 13 et 14)							
5	La résidence a un chien ou un chat et/ou permet aux résidents d'amener leur propre chien/chat pour vivre avec eux dans l'institution. (inspiré des items 15, 16)							
6	Les préférences du résident concernant la fréquence, l'heure de la journée et la méthode de bain sont connues et respectées (bain, douche, bain de lit) (inspiré des items 25, 26)							
7	La résidence coordonne la présence d'un membre de la famille, d'un ami, d'un bénévole ou d'un membre de l'équipe auprès du résident mourant à tout moment (à moins qu'il ne préfère être seul). (Item 27)							
8	Les résidents participent au groupe de travail/comité/équipe qui prend les décisions relatives à l'organisation de la structure. (Inspiré des items 31, 32,33, 34)							
9	Les résidents et les familles sont tenus informés des changements de politique et des décisions qui les concernent. (Item 36)							

10	La résidence met à disposition des groupes de soutien tels que des groupes pour le deuil et la perte, la vie avec la démence. (Item 38)							
----	---	--	--	--	--	--	--	--

Items exclus : 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 19, 21, 22, 24, 28, 29, 35, 37, 39

**Page 5 : Être bien connu**

		1	2	3	4	5	6	7
11	La résidence recueille des informations sur l'histoire de la vie des résidents et sur leurs intérêts et préférences actuelles. (Item 40)							
12	Le projet de vie de chaque résident est spécifique à l'individu. Il reflète ses objectifs de vie et inclue ses préférences selon ses capacités. (Inspiré des item 42, 44, 45, 46, 47)							
13	Les préférences du résident en matière de fin de vie sont sollicitées, connues et mises en applications. (Item 49)							
14	Tous les membres de l'équipe qui s'occupent d'un résident utilisent quotidiennement les objectifs et les approches prévus dans le projet de vie individualisé. (Item 54)							

Items exclus : 41, 43, 48, 50, 51, 52, 53

**Page 6 : Environnement familial et prise en compte des besoins et des préférences**

		1	2	3	4	5	6	7
15	Les résidents vivent en petits groupes sous forme d'unités de vie, par exemple dans des quartiers, des foyers, des petites maisons.  <i>7 = les unités de vie comptent 16 résidents ou moins. 4 = les unités de vie comptent de 17 à 24 résidents/l'aménagement de petites unités de vie est en cours. 1 = les unités de vie comptent plus de 25 résidents. (Item 55)</i>							
16	Tous les résidents vivent soit dans des chambres privées, soit dans des chambres partagées à l'intimité renforcée où l'espace de vie des résidents est séparé par une cloison partielle (pas de rideau). (Item 57)							
17	La résidence a éliminé, ou n'a jamais utilisé, les chariots de médicaments. (Item 59)							
18	La résidence permet aux résidents d'aménager leur chambre selon leurs préférences. (Exemples : mettre un réfrigérateur, clous, vis, éclairages) (Inspiré des items 64, 65, 72)							
19	Les repas sont servis dans des assiettes normales, de la							



	porcelaine, des verres et de l'argenterie. La vaisselle jetable, l'argenterie en plastique et les briques de lait ne sont utilisées que pour les occasions spéciales telles que les pique-niques. (Item 76)							
20	La résidence dispose d'un espace extérieur accessible à toute heure avec une assistance si besoin et des chemins de promenades. (inspiré des items 80, 81)							
21	Dans les salles de bain, chaque résident dispose d'une certaine intimité. (Item 85)							
22	Avant ou pendant le processus d'emménagement, et lorsque des changements interviennent, le résident/la famille est informé(e) de toutes les commodités/possibilités disponibles (comités, conseil des résidents, options de bénévolat, centre informatique, massages, etc.) (Item 88)							
23	Les bruits nocturnes sont réduits au minimum pour améliorer le sommeil des résidents, par exemple en réduisant les grincements de roues, les conversations bruyantes du personnel et les autres bruits signalés par les résidents. (Item 93)							
24	Les résidents, les membres du personnel et les familles ont accès à un soutien psychologique.  <i>7 = psychologue à plein temps dans la résidence. 1 = pas du tout d'accès à un service psychologique.</i>							

Items exclus : 56, 58, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 82, 83, 84, 86, 87, 89, 90, 91, 92

### **Page 7 : Famille et communauté**

		1	2	3	4	5	6	7
25	La résidence organise des interactions avec la communauté extérieure en permettant aux résidents de participer à la vie de la communauté en dehors de la résidence ou à l'intérieur avec le voisinage présent. (inspiré des items 94, 95, 96, 97)							
26	La résidence dispose d'un café/ restaurant/ taverne/ cantine où les résidents et leur famille peuvent se procurer de la nourriture et des boissons tous les jours. (Item 98)							

Items exclus : 99, 100, 101, 102, 103

### **Page 8 : Leadership et engagement de l'équipe**

		1	2	3	4	5	6	7
27	Des réunions d'équipe sont organisées quotidiennement pour les membres des différentes disciplines qui s'occupent des résidents, par exemple des réunions de concertation. (Item							

	104)								
28	Les chef(e)s infirmier(e)s, les infirmier(e)s et les aides-soignants fournissent un soutien aux mêmes résidents à chaque fois qu'ils travaillent (sans rotation planifiée). (Inspiré des items 113, 114, 115)								
29	Les membres de l'équipe ont pour objectif de favoriser l'auto-détermination et la liberté de décision des résidents. (inspiré des items 119, 120)								
30	Les membres de l'équipe portent des vêtements qui favorisent un environnement familial par opposition aux blouses blanche ou aux uniformes type soignant. (Exemple : ils travaillent en civil, avec leurs propres vêtements) (Item 125)								
31	La résidence accueille et encourage les membres de l'équipe à dîner avec les résidents. (Item 128)								
32	Tous les membres de l'équipe reçoivent chaque année une formation visant à améliorer l'accompagnement des personnes atteintes de démence. (Item 132)								
33	Les membres de l'équipe sont régulièrement concertés dans la prise de décision. En concertation avec les résidents. (Inspiré de l'item 134).								

Items exclus : 105, 106, 107, 108, 112, 116, 117, 118, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 129, 130, 131, 133

## Annexe 7

Les éléments que vous avez lus plus tôt sont caractéristiques d'une maison de repos s'inscrivant dans le mouvement « Culture Change ». Ce mouvement a pour objectif de créer des communautés bienveillantes basées sur les principes de désinstitutionalisation et de soins individualisés. Il cherche à modifier l'atmosphère de travail rigide et routinier afin que les travailleurs se sentent plus valorisés et que les résidents reçoivent des soins plus personnalisés. En plus d'améliorer les services médicaux, le Culture Change s'efforce d'améliorer la qualité de vie des résidents ainsi que du personnel et de rendre l'environnement physique plus accueillant (Harris et al., 2006 ; Rahman & Schnelle, 2008).

Harris, Y., Poulsen, R., & Vlangas, G. (2006). *Measuring culture change: Literature review*. Englewood: Colorado Foundation for Medical Care.

Rahman, A. N., & Schnelle, J. F. (2008). The nursing home culture-change movement: Recent past, present, and future directions for research. *The Gerontologist*, 48(2), 142-148.

## Annexe 8

Echelle de Miller et ses collaborateurs (1994) traduite

	1	2	3	4	5	6	7
Je me considère comme "ouvert" aux changements que le « Culture change » pourrait apporter au sein de la résidence.							
À l'heure actuelle, je suis quelque peu réfractaire aux changements proposés par le « Culture change » au sein de la résidence. (R)							
J'attends avec impatience les changements que la mise en place du « Culture change » apportera à mon rôle professionnel.							
À la lumière des changements proposés par le « Culture change », je suis assez réticent à l'idée de changer la façon dont je travaille actuellement au sein de la résidence. (R)							
Je pense que l'implémentation du « Culture change » aura un effet positif sur la façon dont j'accomplis mon travail au sein de la résidence.							
De mon point de vue, les changements proposés par le « Culture change » seront bénéfiques.							
Les changements proposés par le « Culture change » auront un effet négatif sur la façon dont je dois accomplir mon travail au sein de la résidence. (R)							
Je pense que les changements proposés par le « Culture change » auront un effet négatif sur la manière dont je contribue au bien-être des résidents au sein de la résidence. (R)							

## Annexe 9

Données sociodémographique par hiérarchie

	Hiérarchie	N	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Age	1	75	48.00	9.68	25.00	71.0
	2	20	41.00	11.00	23.00	60.0
	3	54	41.69	11.81	23.00	64.0
	4	31	40.19	11.28	21.00	60.0
Années XP	1	75	16.83	10.63	1.00	46.0
	2	20	13.30	10.90	1.00	36.0
	3	54	13.26	10.52	1.00	41.0
	4	31	10.84	9.61	1.00	34.0
Années dans la même MR	1	75	11.09	9.30	1.00	35.0
	2	20	12.20	10.30	1.00	33.0
	3	54	9.46	8.33	1.00	30.0
	4	31	8.65	9.15	1.00	34.0

## **Annexe 10**

**Tableau 1.** Nombre, pourcentage pour la dimension vie dirigée par les résidents

	<b>Modalité</b>	<b>N</b>	<b>N Total</b>	<b>%</b>
Item 1	1	133	180	73,9 %
	0	47	180	26,1 %
Item 2	1	147	180	81,7 %
	0	33	180	18,3 %
Item 3	1	170	180	94,4 %
	0	10	180	5,6 %
Item 4	1	165	180	91,7 %
	0	15	180	8,3 %
Item 5	1	127	180	70,6 %
	0	53	180	29,4 %
Item 6	1	168	180	93,3 %
	0	12	180	06,7 %
Item 7	1	175	180	97,2 %
	0	5	180	2,8 %
Item 8	1	168	180	93,3 %
	0	12	180	6,7 %
Item 9	1	176	180	97,8 %
	0	4	180	2,2 %
Item 10	1	172	180	95,6 %
	0	8	180	4,4 %

**Tableau 2.** Nombre, pourcentage pour la dimension être bien connu

	<b>Modalité</b>	<b>N</b>	<b>N Total</b>	<b>%</b>
Item 11	1	177	180	98,3 %
	0	3	180	1,7 %
Item 12	1	173	180	96,1 %
	0	7	180	3,9 %
Item 13	1	178	180	98,9 %
	0	2	180	1,1 %
Item 14	1	176	180	97,8 %
	0	4	180	2,2 %

**Tableau 3.** Nombre, pourcentage pour la dimension environnement

	<b>Modalité</b>	<b>N</b>	<b>N Total</b>	<b>%</b>
Item 15	1	107	180	59,4 %
	0	73	180	40,6 %
Item 16	1	163	180	90,6 %
	0	17	180	9,4 %
Item 17	1	56	180	31,1 %
	0	124	180	68,9 %
Item 18	1	164	180	91,1 %
	0	16	180	8,9 %
Item 19	1	161	180	89,4 %
	0	19	180	10,6 %
Item 20	1	177	180	98,3 %
	0	3	180	1,7 %
Item 21	1	178	180	98,9 %
	0	2	180	1,1 %
Item 22	1	176	180	97,8 %
	0	4	180	2,2 %
Item 23	1	178	180	98,9 %
	0	2	180	1,1 %
Item 24	1	163	180	90,6 %
	0	17	180	9,4 %

**Tableau 4.** Nombre, pourcentage pour la dimension communauté et famille

	<b>Modalité</b>	<b>N</b>	<b>N Total</b>	<b>%</b>
Item 25	1	173	180	96,1 %
	0	7	180	3,9 %
Item 26	1	158	180	87,8 %
	0	22	180	12,2 %

**Tableau 5.** Nombre, pourcentage pour la dimension leadership

	<b>Modalité</b>	<b>N</b>	<b>N Total</b>	<b>%</b>
Item 27	1	170	180	94,4 %
	0	10	180	5,6 %
Item 28	1	123	180	68,3 %
	0	57	180	31,7 %

**Tableau 5.** Nombre, pourcentage pour la dimension leadership

	<b>Modalité</b>	<b>N</b>	<b>N Total</b>	<b>%</b>
Item 29	1	178	180	98,9 %
	0	2	180	1,1 %
Item 30	1	105	180	58,3 %
	0	75	180	41,7 %
Item 31	1	108	180	60,0 %
	0	72	180	40,0 %
Item 32	1	170	180	94,4 %
	0	10	180	5,6 %
Item 33	1	170	180	94,4 %
	0	10	180	5,6 %