

## Qualité de vie au travail des professionnels en maison de repos : quand les valeurs des professionnels s'écartent des valeurs de la structure ...

**Auteur :** Delhez, Chloé

**Promoteur(s) :** Adam, Stephane

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

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

**Année académique :** 2021-2022

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/15815>

---

### 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.

---

**Qualité de vie au travail des professionnels en  
maison de repos : quand les valeurs des professionnels  
s'écartent des valeurs de la structure ...**

Promoteur : Monsieur Stéphane ADAM

Lecteurs : Monsieur Gilles SQUELARD et Monsieur Ulrich RICHARD

Mémoire présenté par **Chloé DELHEZ**

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Psychologiques

Année académique 2021 - 2022



## Remerciements

*Tout d'abord, je tiens à remercier Monsieur Adam pour tous ses conseils au long de ce travail, ainsi que pour avoir suscité chez moi un réel intérêt pour ce domaine.*

*Je remercie Madame Crutzen, Madame Marquet et Monsieur Schmitz pour avoir également encadré ce mémoire.*

*Je remercie aussi Monsieur Squelard et Monsieur Richard pour avoir accepté d'être les lecteurs de ce mémoire et pour le temps qu'ils consacreront à la lecture de celui-ci.*

*Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé à l'étude et toutes celles qui l'ont diffusée. Sans vous, ce travail n'aurait simplement pas été possible.*

*Je remercie également Monsieur Sougné pour son aide dans la réalisation de l'enquête en ligne, ainsi que Monsieur Perée pour avoir répondu à mes questions en statistique.*

*Enfin, je remercie mes proches pour leur soutien sans faille durant ces cinq années. Je remercie particulièrement ma maman pour toutes ses heures de relecture.*

## Table des matières

<b>I.</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>Revue de la littérature .....</b>	<b>3</b>
1.	La maison de repos traditionnelle .....	3
1.1.	Historique des maisons de repos pour personnes âgées .....	3
1.2.	Caractéristiques principales de la maison de repos traditionnelle .....	4
1.3.	Faible attractivité de la maison de repos traditionnelle .....	5
1.4.	Alternatives à la maison de repos traditionnelle .....	7
2.	La maison de repos selon le changement culturel.....	8
2.1.	D'où vient le changement culturel ?.....	8
2.2.	Application et justification des principes du changement culturel.....	11
2.3.	Impacts du changement culturel .....	16
2.4.	Besoins des différents intervenants en maison de repos.....	20
3.	Les valeurs en milieu professionnel.....	26
3.1.	La définition des valeurs.....	26
3.2.	Explications des effets de la congruence des valeurs .....	27
3.3.	Impacts de la congruence des valeurs.....	29
3.4.	La congruence des valeurs en maison de repos .....	32
4.	Conclusion .....	34
<b>III.</b>	<b>Objectifs et hypothèses .....</b>	<b>36</b>
<b>IV.</b>	<b>Méthodologie .....</b>	<b>38</b>
1.	Participants.....	38
2.	Recrutement et procédure .....	38
3.	Support et mesures .....	40
3.1.	Questions socio-démographiques .....	40
3.2.	Questions sur les valeurs en maison de repos.....	40
3.3.	Questions supplémentaires .....	42

4. Analyses des résultats .....	43
<b>V. Résultats .....</b>	<b>44</b>
1. Description de l'échantillon .....	44
2. Objectif principal .....	46
2.1. Évaluation des valeurs par des juges externes .....	46
2.2. Analyse descriptive des éléments donnés.....	47
2.3. Analyse inférentielle des éléments donnés .....	50
3. Objectifs secondaires .....	51
3.1. Analyse de la présence des valeurs en maison de repos .....	51
3.2. Analyse des attentes rencontrées en lien avec des probabilités de quitter son emploi et de recommander sa structure .....	53
4. Analyses statistiques exploratoires .....	55
4.1. Analyse exploratoire liée à la probabilité de quitter son emploi .....	55
4.2. Analyse exploratoire liée à la probabilité de recommander sa structure .....	57
4.3. Analyse exploratoire liée à toutes les variables .....	59
<b>VI. Discussion.....</b>	<b>63</b>
1. Rappel de l'étude réalisée .....	63
2. Retour sur les hypothèses.....	64
2.1. Les éléments attractifs et repoussants en lien avec les deux modèles .....	64
2.2. La présence des valeurs souhaitées en maison de repos.....	66
2.3. Associations et explications relatives aux probabilités de quitter son emploi et de recommander sa structure .....	68
2.4. Les liens entre toutes les variables .....	71
3. Implications pratiques et perspectives futures .....	74
4. Limites .....	75
<b>VII. Conclusion .....</b>	<b>78</b>
<b>VIII. Bibliographie .....</b>	<b>80</b>

## **I. Introduction**

Comme tout le monde le sait, le vieillissement prend de plus en plus d'ampleur. En Belgique, la population ne cesse de croître : de 2010 à 2020, elle a augmenté de 6% (Statbel, 2020b). La tranche d'âge des personnes de 65 ans et plus est celle qui connaît la plus grande croissance (18,5% en 10 ans). En Belgique, en 2020, les personnes de 65 ans et plus représentaient 19,2% de la population. Cette proportion devrait atteindre 21% en 2025 et 26% en 2050 selon un rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) réalisé en 2011. Le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus devrait augmenter encore davantage.

Puisque la population âgée ne fait qu'augmenter, le nombre de personnes âgées dépendantes évolue dans le même sens (Kullak et al., 2020 ; Brulocalis, 2020 ; Miller & Mor, 2006 ; Bontout et al., 2002 ; Cour des comptes, 2021). En 2011, le KCE rapportait que les résidents en maison de repos en Belgique passeraient de 125.500 en 2010 à 166.000 en 2025. Cela représenterait une augmentation de 32% sur une période de 15 ans. Cette augmentation suivrait une courbe exponentielle. Différents scénarios ont été envisagés, faisant varier les estimations du nombre de lits supplémentaires nécessaires en milieu institutionnel de 149.000 à 177.000 en 2025. De plus, les premières générations du *baby boom* auront plus de 80 ans dans une dizaine d'années (Bontout et al., 2002). Le niveau de dépendance des personnes âgées augmente également (Femarbel, 2020 ; Charlot et al., 2019). À côté des maisons de repos, les services d'aide à domicile et leur famille peuvent leur permettre de rester chez elles. Mais, d'une part, le KCE (2011) estimait que les soins à domicile ne permettront que de légèrement limiter l'augmentation des personnes âgées en maison de repos. Et d'autre part, la proportion d'aidants potentiels par personne âgée dépendante diminuera en raison du changement démographique (Duée & Rebillard, 2006 ; Bontout et al., 2002). Bien que la longueur de la liste d'attente et le taux d'occupation en maison de repos ont diminué ces dernières années (ING, 2018), la demande deviendra donc de plus en plus importante à l'avenir (Cour des comptes, 2021).

De plus, vivre en maison de repos devient impayable pour la plupart des personnes âgées (Brulocalis, 2020 ; Fizzala, 2016 ; Vandemeulebroucke, 2019 ; Charlot et al., 2019). En effet, en moyenne, les résidents y vivent trois ans, et 40.000 € par an sont déboursés pour chaque résident que ce soit par l'Etat, la région ou le résident lui-même (Kullak et al., 2020). De plus, depuis 2010 et d'autant plus actuellement avec la crise sanitaire liée au Covid-19, la Belgique connaît une pénurie de personnel soignant (Noulet, 2021). Il faudrait revoir les normes d'encadrement des institutions pour y inclure l'humain (Tessier, 2021), pour engager moins de

personnel soignant et davantage de personnel non-soignant (Kullak et al., 2020 ; Adam, 2020a ; Vandemeulebroucke, 2019).

Par ailleurs, n'avons-nous déjà pas tous entendu des personnes déclarer qu'« *elles préféreraient mourir plutôt que de finir en maison de repos* » ? La maison de repos ne semble pas attirer les personnes âgées pour deux raisons. D'une part, les personnes âgées ont des difficultés à y transposer leur domicile (Ennuyer, 2009). D'autre part, ce type d'établissement ne répond pas à leurs besoins d'être considérées comme des personnes, de pouvoir décider et de participer à la vie quotidienne (Bollig et al., 2016).

Il est donc urgent de penser à l'évolution démographique et de revoir les solutions datant des dernières décennies (Kullak et al., 2020 ; Miller & Mor, 2006 ; Libault, 2019 ; Femarbel, 2020 ; Charlot et al., 2019), afin d'avoir des institutions rentables et abordables qui offrent, avec une approche humaniste, des soins de haute qualité à leurs résidents (Ebrahimi et al., 2020). Une solution semble être trouvée : de nouvelles formes d'hébergements basées sur les critiques faites aux maisons de repos classiques émergent depuis quelques dizaines d'années (Koren, 2010 ; Argoud, 2008). Ces établissements réinventent l'institution en créant un réel changement culturel (Billé, 2005). Basés sur le soin centré sur la personne, ils peuvent également répondre aux besoins de rentabilité et de soins de haute qualité (Ebrahimi et al., 2020).

Par ailleurs, il est essentiel de trouver un modèle de maisons de repos auquel les professionnels adhèrent (Libault, 2019), un modèle qui leur permet de s'épanouir, et par conséquent, qui permet également au secteur de faire face à la demande croissante. En effet, ce secteur a des difficultés à embaucher des professionnels et présente des taux élevés de *turnover* (e.g. Miller & Mor, 2006). Une façon de rendre le travail en maison de repos plus attractif ainsi que de garder les professionnels engagés et satisfaits, est de veiller à la congruence entre les valeurs des professionnels et les valeurs de la maison de repos dans laquelle ils travaillent (e.g. Kristof, 1996).

En conclusion, au vu du contraste entre l'augmentation croissante de la demande d'admission en maisons de repos et du peu d'attractivité qu'elles suscitent auprès des personnes âgées et des travailleurs, il est urgent d'étudier les alternatives aux maisons de repos classiques et de voir si elles remplissent les attentes et les besoins de ces deux populations. Plus précisément, ce mémoire traite de l'adéquation entre les valeurs souhaitées et les valeurs réelles en maisons de repos en tant que futurs résidents, et ses impacts sur les professionnels.



## II. Revue de la littérature

### 1. La maison de repos traditionnelle

Il s'agit du type d'établissement pour personnes âgées que nous connaissons le mieux car il est le plus répandu. Savoir d'où viennent les maisons de repos nous aidera à comprendre leurs valeurs et leurs principes encore prégnants à l'heure actuelle (Adam, 2020a ; Vandemeulebroucke, 2019).

#### 1.1. Historique des maisons de repos pour personnes âgées

Dans le passé, les logements collectifs pour personnes âgées étaient des hospices, c'est-à-dire des établissements qui hébergeaient des personnes âgées démunies (Argoud, 2008 ; Kullak et al., 2020 ; Heller, 1994, cité par Cavalli, 2008). Cela représentait alors surtout une manière de rassembler et d'enfermer un type de personnes jugées indésirables par leur âge, leur pauvreté et parfois leur délinquance. Ensuite, dans les années 1920, des personnes plus fortunées sont également venues y vivre en bénéficiant de certains privilèges (par exemple : elles pouvaient amener leur mobilier et n'avaient pas de travail à réaliser en contrepartie). Les établissements ont dû respecter des normes d'hygiène proches de celles de l'hôpital. C'est donc à ce moment que les établissements pour personnes âgées se sont inscrits dans l'univers médical (Feller, 2005, cité par Argoud, 2008). Ils se sont fondés sur un modèle médical de soins en soulignant les maladies et leur traitement, et en héritant de l'organisation de l'hôpital basée sur l'hygiène (Eijkelenboom et al., 2017). L'accent a donc essentiellement été placé sur la fonction d'établissement de soins, alors qu'en réalité, la maison de repos a une autre fonction fondamentale : fournir un foyer aux personnes âgées dépendantes (van Dijck-Heinen, 2014). Cela signifie que l'établissement visait la sécurité des résidents grâce à des règles et des routines, que toute possibilité d'individualisation était restreinte (Foldes, 1990, cité par Eijkelenboom et al., 2017) ; et que les personnes âgées dépendaient des infirmières et n'avaient donc aucune autonomie (Bollig et al., 2016). La maison de repos était alors considérée comme une institution (Eijkelenboom et al., 2017), c'est-à-dire « *un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées* » (Goffman, 1961, cité par Brulocalis, 2020, p. 4).

De nos jours, en Wallonie, il existe 558 maisons de repos qui offrent un emploi à 37.400 professionnels et qui peuvent accueillir quasiment 50.000 personnes âgées (Brulocalis, 2020). Par définition, les maisons de repos accueillent les personnes de 60 ans et plus (Santé Wallonie, s. d.). Mais, aujourd'hui, les résidents sont plus âgés : ils ont plutôt 80 ans et plus. Ils représentent 18,3% des personnes de cette tranche d'âge. En plus de l'âge, le profil des résidents a changé à d'autres niveaux : ils sont nettement moins autonomes et plus désorientés (Femarbel, 2020 ; Charlot et al. 2019). Bien que le profil des résidents ait beaucoup changé depuis la création des hospices, les principes des maisons de repos semblent figés (Charlot et al., 2019). Leur médicalisation est encore prégnante à de nombreux niveaux. Par conséquent, les résidents y sont traités avant tout comme des entités cliniques, leur qualité de vie ainsi que leurs besoins psychologiques et sociaux étant ainsi grandement minimisés (Weiner & Ron, 2003, cités par Miller & Mor, 2006). Selon différents experts, la maison de repos est « *un modèle largement dépassé* » (Charlot et al., 2019), car il ne répond plus aux besoins ni aux souhaits de ses résidents (Vandemeulebroucke, 2019).

## *1.2.      Caractéristiques principales de la maison de repos traditionnelle*

Premièrement, dans les hospices, l'environnement physique ressemblait à celui d'un hôpital à cause : des chambres et des salles de bain partagées par plusieurs résidents, des postes de soins infirmiers, des longs couloirs étroits, de la grande salle à manger commune, des espaces communs limités etc. (Eijkelenboom et al., 2017 ; Sturdevant, 2018 ; Miller & Mor, 2006, Adam, 2020a). Cet agencement de l'espace sert uniquement à faciliter la prestation de services et a plus été pensé dans le but d'y travailler que d'y habiter (Miller & Mor, 2006 ; Charras & Cérèse, 2017). La maison de repos est donc davantage considérée comme un lieu de travail où des personnes âgées vivent, plutôt qu'un lieu de vie où des personnes travaillent (Charras & Cérèse, 2017). Aujourd'hui, l'aménagement intérieur des maisons de repos ressemblent encore beaucoup à celui des hôpitaux, alors que cet élément contribue de manière importante au sentiment d'être chez soi. Cet environnement médicalisé souligne la dépendance des résidents (Adam, 2020a) et limite leur intimité et leurs possibilités d'organiser l'espace (Miller et al., 2010). L'architecture des maisons de repos basée sur la médicalisation a également contribué à l'association des concepts de vieillesse, de maladie et de perte d'autonomie (Charlot et al., 2019 ; Kullak et al., 2020). Par conséquent, les résidents se comportent comme s'ils n'étaient plus du tout autonomes, et leur état se dégrade progressivement.

Ensuite, tous les employés dans ces établissements portent l'uniforme, que ce soit le personnel soignant, le personnel d'entretien ou le personnel de cuisine (Adam, 2020a). Seuls les employés administratifs et le directeur dérogent à la règle. L'uniforme est depuis toujours central dans la perception des soins infirmiers et est principalement perçu pour son côté hygiénique (Charras & Gzil, 2013).

De plus, la maison de repos traditionnelle est centrée sur le système et non sur ses résidents (Seaton & Edwards, 2011). Les résidents doivent s'adapter au système, car la logique sous-jacente est celle de la protection, non celle de l'autonomie (Argoud, 2008). En pratique, cela signifie notamment que les routines journalières sont établies par l'organisation sur base des besoins des professionnels, et les résidents doivent s'y conformer (Carson et al., 2015 ; Roberts & Pulay, 2018 ; Miller & Mor, 2006). Les professionnels de première ligne (les aides-soignantes par exemple) n'ont pas non plus leurs mots à dire, car le *management* de l'institution est de type hiérarchique (Seaton & Edwards, 2011). L'intérêt porte essentiellement sur les tâches à effectuer et sur l'efficacité du personnel, et non sur la qualité de vie des résidents. Par ailleurs, la maison de repos traditionnelle a une approche de soins paternaliste. Dans ce type d'établissements, on estime que le médecin sait mieux ce qui est bon pour les résidents et que ceux-ci doivent se conformer à ses recommandations. Ce fonctionnement constitue une autre caractéristique de l'hôpital. Selon Thomas et Saint-Jean (2003), plus le fonctionnement de l'établissement repose sur une logique médicale et hygiénique, moins les résidents sont libres et peuvent poser des choix quant à leur vie quotidienne.

En conclusion, bien que les maisons de repos actuelles ne soient plus les hospices d'aujourd'hui, elles sont toujours basées sur les soins et la dépendance, au détriment de leur fonction de foyer, ainsi que de l'autonomie et du bien-être des résidents (Kullak et al., 2020).

### *1.3. Faible attractivité de la maison de repos traditionnelle*

Comme nous l'avons vu plus haut, les personnes âgées, mais également la population générale, perçoivent habituellement la maison de repos de manière négative (Schoenberg & Coward, 1997 ; Remy, 2020 ; Brulocalis, 2020 ; Zimmermann-Sloutskis et al., 2012).

La maison de repos nous évoque un environnement désagréable, ainsi qu'un système qui induit l'isolement social et l'abandon des personnes âgées au détriment de leur autonomie (Schoenberg & Coward, 1997 ; Trépied, 2016 ; Cavalli, 2008 ; Libault, 2019). Vivre en maison

de repos représente également l'échec de l'indépendance de la personne âgée, celle-ci étant la valeur centrale de notre culture (Groger, 1995). Les personnes âgées et leurs familles craignent l'idée d'entrer en maison de repos, car elles y associent une perte de contrôle et d'individualité (Miller & Mor, 2006 ; Vandemeulebroucke, 2019). Étant donné que la maison de repos est souvent le dernier lieu de vie des personnes âgées qui y rentrent (Bollig et al., 2016), elle nous renvoie aussi à des notions de fragilité et de fin de vie (Cavalli, 2008 ; Brulocalis, 2020), bien que les résident y vivent trois ans en moyenne. Ces notions nous font peur d'autant plus que notre société voue un culte aux valeurs associées à la jeunesse et à l'efficacité. Et la pandémie liée au Covid-19 n'a pas amélioré l'image des maisons de repos. En effet, selon le secrétaire de Femarbel (la fédération des maisons de repos en Belgique), le danger et la prison y sont désormais associés (Pollard, 2021).

De plus, la majorité des personnes âgées préfèrent rester chez elles le plus longtemps possible (Brulocalis, 2020 ; Franco, 2010 ; Zimmermann-Sloutskis et al. 2012 ; Cavalli, 2008 ; Libault, 2019 ; Femarbel, 2020 ; Charlot et al., 2019). Elles aimeraient que l'on promeuve les services de proximité afin qu'elles puissent rester le plus longtemps possible indépendantes à leur domicile (Miller & Mor, 2006). En 2005, l'Association Américaine des Personnes Retraitées (*American Association of Retired Persons, AARP*) a mené une enquête auprès d'un échantillon de 1.005 Américains âgés de 50 ans et plus, représentatif de la population américaine. Il en est notamment ressorti que 84% des participants disaient vouloir rester dans leur maison le plus longtemps possible.

Par ailleurs, l'entrée en maison de repos est rarement un choix (Labit & Chaland, 2010 ; Charlot et al., 2019). La décision d'entrer en maison de repos est généralement prise par la famille ou le médecin, et non par les personnes âgées (McAuley & Travis, 1997 ; McAuley & Usita, 1998 ; Reinardy & Kane, 1999 ; Somme, 2003). L'entrée en maison de repos représente plutôt un choix par élimination. En effet, les personnes âgées y entrent habituellement quand elle représente la dernière solution possible, quand on estime que leur situation a dépassé les limites des services que pouvait leur offrir leur domicile (Billé, 2005 ; Cavalli, 2008). Les proches sont également réticents à l'idée que leur parent vive en maison de repos. Une étude réalisée auprès de 4.047 français majeurs (Sliman et al., 2008) a montré que seulement 17% des participants envisageaient d'un jour placer leurs parents proches dans un établissement pour personnes âgées si ceux-ci devenaient dépendants.

Enfin, quitter son domicile pour vivre en maison de repos représente une épreuve très difficile (Zimmermann-Sloutskis et al., 2012 ; Libault, 2019). Une étude (Reinardy, 1992) a

d'ailleurs montré que, sur 502 nouveaux résidents de maisons de repos interrogés, seulement 41% avaient réellement pris la décision d'entrer en institution. Ce choix avait impacté la perception qu'ont les nouveaux résidents de ce déménagement, ainsi que leur santé, leurs activités quotidiennes et leur adaptation à ce nouvel environnement. Le lien entre le choix d'entrer en maison de repos et la facilité d'adaptation à celle-ci a également été relevé par d'autres études (e.g. Lee et al., 2002 ; Iwasiw et al., 1996). Pour les personnes âgées réticentes à l'idée d'entrer en maison de repos, y entrer a provoqué ce qu'elles craignaient. En effet, selon la majorité des personnes âgées, l'entrée en maison de repos représenterait une rupture dans leur vie, un changement considérable et surtout indésirable de leur mode de vie, et donc impacterait négativement leur vie (Somme, 2003 ; Schoenberg & Coward, 1997 ; Villeneuve, 2019). Elles doivent se déraciner de leur environnement familial pour un endroit qui n'est pas pensé pour accueillir leurs affaires personnelles et leurs relations qui les définissent en tant que personnes (Groger, 1995). Le fait d'avoir choisi d'intégrer une maison de repos et la perception préalable de la maison de repos impactent significativement les résidents sur le long-terme. D'une part, les personnes âgées ayant choisi d'entrer en maison de repos se sentent mieux dans la maison de repos et ont une meilleure qualité de vie que celles qui y ont été obligées (Somme, 2003 ; Lee et al., 2002 ; Cavalli, 2008). D'autre part, les personnes âgées ayant bien vécu leur entrée en maison de repos ont en moyenne un niveau de bien-être six fois plus grands que les personnes ayant mal vécu leur entrée (Prévot, 2011).

La maison de repos n'attire donc pas les personnes âgées. À côté de ces maisons de repos basées sur les soins, n'existerait-il pas d'autres alternatives plus attractives qui répondent aux envies et aux besoins des personnes âgées ?

#### *1.4. Alternatives à la maison de repos traditionnelle*

Aujourd'hui, lorsqu'une personne âgée devient moins autonome, différentes options s'offrent à elles (Kullak et al., 2020). À la place d'entrer en maison de repos, elle peut rester chez elle en bénéficiant d'aides quotidiennes ou s'installer dans un habitat intermédiaire.

D'une part, bien qu'il soit largement admis que le maintien à domicile permet un vieillissement d'une plus grande qualité (Labit & Chaland, 2010), cette option est rarement réaliste sur le long terme pour les personnes très dépendantes pour différentes raisons. D'abord, les aides quotidiennes ont un coût très élevé et leurs proches manquent de disponibilité (Ennuyer, 2007 ; Brulocalis, 2020 ; Vandemeulebroucke, 2019). De plus, ces aides

quotidiennes modifient tellement le domicile des personnes âgées qu'elles ne s'y sentent plus chez elles (Charlot et al., 2019 ; Ennuyer, 2009).

D'autre part, les logements intermédiaires entre le domicile et la maison de repos (tels que l'habitat groupé ou l'habitat intergénérationnel) répondent aux critiques fréquemment émises à l'encontre de cette dernière, c'est-à-dire qu'ils n'isolent pas les personnes âgées et qu'ils leur permettent de rester autonomes (Argoud, 2008). Mais, à l'instar du maintien à domicile, ils ne consistent pas une solution durable car ils sont conçus pour les personnes âgées encore autonomes (Morelle, 2021).

Bien que le choix d'entrer en maison de repos soit douloureux, cela semble rester l'endroit le plus approprié pour les personnes âgées dépendantes sur le long terme (Groger, 1995 ; Billé, 2005 ; Brulocalis, 2020 ; Kullak et al., 2020). À partir d'un certain niveau de dépendance, les personnes âgées doivent donc entrer en maison de repos. Étant donné que cette dernière leur offre des soins ainsi qu'un logement et non pas un foyer, elles y entrent probablement à contre-cœur.

N'existerait-il pas des établissements de soins de longue durée adaptés aux besoins des personnes âgées ainsi qu'à leurs envies et à leur besoin de se sentir chez eux ? Cela semble possible car selon Groger (1995), un établissement de soins de longue durée peut devenir une maison pour les résidents dans certaines circonstances.

## 2. La maison de repos selon le changement culturel

### 2.1. D'où vient le changement culturel ?

Comme énoncé plus haut, le changement culturel (appelé aussi *culture change*) a émergé en réponse aux principales critiques émises à l'encontre des maisons de repos traditionnelles (Miller & Mor, 2006). Ces critiques étaient notamment les suivantes : le manque de liberté, la détermination imposée des différents temps (des repas, du lever, du coucher, des visites et des soins), la diminution des espaces privés (Piquemal-Vieu, 1999, cité par Charras & Cérèse, 2017), leur caractère déshumanisant et institutionnel (Goffman, 1961, cité par Lepore et al., 2020) et surtout le fait de ne pas se sentir chez soi (Billé, 2005).

Le changement culturel se définit comme un mouvement grandissant dans le cadre des soins à long terme dans les maisons de repos et de soins (Seaton & Edwards, 2011). Ce mouvement

représente un renversement fondamental dans la façon de penser les maisons de repos (Koren, 2010). En effet, le changement culturel consiste à retourner la pyramide, c'est-à-dire placer les personnes âgées au cœur même de l'organisation (Fondation Roi Baudouin, 2019). L'amélioration de la qualité de vie des résidents est visée (Shier et al., 2014), en réalisant des changements qui leur permettent de se sentir chez eux, ainsi qu'en basant les soins sur leurs modes de vie, leurs besoins et leurs préférences (Miller & Mor, 2006). Le changement culturel représente donc le passage d'une culture médicale basée sur les soins, les maladies et la sécurité, où le patient fait ce que lui dit le médecin (Eijkelenboom, et al., 2017), à une culture orientée vers la personne, où le résident dirige sa vie et se sent comme chez lui (Miller et al., 2010). Les établissements de soins de longue durée se transforment en véritables foyers centrés sur les résidents, leur bien-être et leur autonomie, en leur offrant en outre des soins de longue durée (Adam, 2020b ; van Dijck-Heinen et al., 2014). Ces maisons de repos se détournent donc de la logique de protection pour se diriger vers la logique d'autonomisation, en prenant en compte le plus possible les envies des résidents et en leur offrant un accompagnement le plus personnalisé possible (Argoud, 2008).

C'est en 1980 aux États-Unis qu'un groupe de défense des consommateurs a initié le mouvement du changement culturel (Koren, 2010). Ils s'inquiétaient de la médiocre qualité des soins dispensés en maisons de repos, insistaient sur les droits des résidents et voulaient augmenter la prise en compte de leur opinion. En 1987, toujours aux États-Unis, un ensemble de réformes ont été intégrées aux normes de soins dans les maisons de repos (Kelly, 1989). Ces réformes exigeaient que les maisons de repos offrent à chacun de leurs résidents des services suffisants pour leur permettre de garder ou d'atteindre le niveau le plus élevé de bien-être aux niveaux physique, mental et psycho-social. Les maisons de repos sont alors devenues le premier domaine des soins de santé à devoir, aux yeux de la loi, fournir des soins centrés sur la personne. Ces réformes ont contribué à l'application du changement culturel dans les maisons de repos. En effet, dans les années qui ont suivi, dans différents États américains, des maisons de repos se sont divisées en petits foyers dans lesquels l'opinion des résidents a été prise en compte. Depuis, le mouvement n'a cessé d'augmenter et de se répandre. Diverses applications de ce mouvement se sont développées dans différents pays : le projet *Green House*, l'*Alternative Eden*, le modèle *Tubbe*, ... (Seaton & Edwards, 2011 ; Fédération Roi Baudouin, 2019). Par exemple, en décembre 2021, en Belgique, on estimait à 80 le nombre de maisons de repos tentant d'implémenter le modèle *Tubbe* (Tessier, 2021). Néanmoins, selon Tobin (2008), le changement doit toucher la globalité de l'établissement (c'est-à-dire l'environnement physique,

les pratiques en matière de soins, l'organisation, les ressources humaines, ...) pour créer un réel changement culturel. Les changements culturels profonds sont donc plutôt rares, car beaucoup de programmes ne se focalisent que sur certains aspects de l'institution. En 2008, Doty et ses collaborateurs ont mené une enquête aux États-Unis auprès de directeurs de 1.435 maisons de repos afin de savoir dans quelle mesure ces établissements ont adopté le changement culturel. Il en est ressorti que seulement 5% des directeurs de maison de repos ont déclaré que la définition du changement culturel correspondait complètement à leur établissement, et 43% ont déclaré que ce modèle ne correspondait pas du tout à leur établissement, ou seulement sur quelques aspects. Néanmoins, les maisons de repos semblent assez ouvertes au changement (Doty et al., 2008). Pour ne pas que le mouvement du changement culturel s'arrête (Miller et al., 2010), il semble nécessaire de mener des études prouvant les avantages et donnant une idée des coûts liés à l'implémentation du changement culturel (Rahman & Schnelle, 2008).

Bien que le changement culturel s'implémente de nombreuses façons différentes (Koren, 2010 ; Rahman & Schnelle, 2008 ; Brownie & Nancarrow, 2013), trois éléments sont généralement présents dans ses applications (Lepore et al., 2020).

D'abord, les changements physiques au niveau de l'aménagement intérieur et de l'architecture du bâtiment sont un élément qui contribue beaucoup au sentiment d'être chez soi (Eijkelenboom et al., 2017). L'environnement physique inclut notamment l'espace privé, les objets personnels, l'éclairage, les couleurs, les couloirs et les espaces extérieurs.

Ensuite, un autre élément toujours pris en compte dans les différentes applications du changement culturel est l'approche centrée sur la personne (Koren, 2010). Selon Rogers, cela signifie que les professionnels doivent être authentiques, établir des relations de personne à personne avec les résidents et être ouverts quant à leurs émotions et comportements à leur égard (Rogers, 1946, cité par Charras & Gzil, 2013). Pour être centrés sur les résidents, les professionnels doivent aussi être engagés ; les services doivent être donnés dans des lieux intimes et normalisés ; et l'accent doit être placé sur le modèle de soins social plutôt que sur le modèle médical (Gzil et al., 2007). De plus, les professionnels doivent répondre aux valeurs, aux préférences et aux besoins de soins des résidents, en les intégrant dans leur communauté (Chapman et al., 2003). Les résidents, eux, doivent avoir plus de choix et plus de contrôle sur leurs activités quotidiennes (White-Chu et al., 2009).

Enfin, le troisième élément toujours présent est l'autonomisation du personnel. Cela signifie que les opinions des professionnels de première ligne sont écoutées, que ces derniers sont



reconnus comme le facteur le plus important dans l'approche centrée sur la personne, et qu'ils participent aux prises de décisions (Seaton & Edwards, 2011).

Plus précisément, six fondements du changement culturel ont été identifiés dans un document rédigé par un ensemble d'experts en 2006 (Harris et al., 2006, cités par Miller et al., 2010). Ces principes sont les suivants :

- Premièrement, les résidents doivent se sentir comme à la maison, grâce à des petites unités de vie et des pratiques moins institutionnelles.
- Ensuite, les résidents doivent diriger leur vie au maximum en prenant des décisions quant à leurs soins et leurs activités. Ils doivent avoir le choix et être encouragés à poser des choix.
- De plus, les résidents, leur famille, les professionnels et la communauté doivent entretenir des liens étroits.
- Par ailleurs, le travail doit être organisé de manière à responsabiliser les professionnels.
- En outre, les prises de décisions se réalisent en collaboration et sont décentralisées, grâce à un *management* participatif.
- Enfin, l'amélioration de la qualité doit être évaluée et doit être perçue comme un processus en cours.

## 2.2. Application et justification des principes du changement culturel

D'abord, le changement culturel veut que le résident puisse se sentir comme chez lui en transformant la maison de repos en véritable maison (Miller & Mor, 2006). Il est très difficile d'avoir l'impression d'habiter un hôpital (Charras & Cérèse, 2017). C'est également le cas des maisons de repos traditionnelles dont l'aménagement intérieur et l'architecture rappellent aux personnes âgées leur dépendance et leurs problèmes d'autonomie (Charras & Cérèse, 2017 ; Adam, 2020a). Par contre, l'environnement physique des maisons de repos ayant implémenté le changement culturel leur rappelle leurs valeurs et leur identité. L'environnement physique de ces établissements comprend par exemple des fauteuils classiques plutôt que des fauteuils gériatriques, des couleurs chaudes pour les murs, des touches personnelles de la part des résidents et des professionnels (Seaton & Edwards, 2011). Par ailleurs, très peu de résidents ont besoin de soins 24 heures sur 24. Et, dès que le soin prend de la place dans les pièces de vie de la personne, celle-ci commence à se désocialiser et se sentir seule. La médicalisation à outrance

des maisons de repos traditionnelles n'est donc pas justifiée et même contre-indiquée. Comme expliqué ci-dessus, permettre aux résidents de se sentir « comme à la maison » leur donne un sentiment de contrôle, de sécurité et d'identité (Ennuyer, 2009), mais améliore également leurs conditions de vie et augmente leur qualité de vie. L'impact de la sensation d'être chez soi est donc multiple. Ce sentiment est très important car quitter son domicile pour aller vivre en maison de repos est stressant et souvent non désiré par la personne (*e.g.* O'Neill et al., 2020). Cela lui demande d'adapter fondamentalement sa vie quotidienne alors qu'elle est vulnérable (Bollig et al., 2016). Faire de la maison de repos un foyer facilite probablement l'entrée et l'adaptation en maison de repos.

De plus, il est préférable d'avoir des petits groupes de vie dans une maison de repos (Brulocalis, 2020 ; Miller & Mor, 2006). Ces unités devraient comprendre huit à quinze résidents (Koren, 2010 ; Roberts & Pulay, 2018). Ces résidents partagent une cuisine ouverte, un salon et une salle à manger. Selon Philippe Defeyt, co-fondateur de l'Institut pour un Développement Durable, la présence d'un salon améliore grandement l'autonomie et l'intimité des résidents (Vandemeulebroucke, 2019). Ce découpage en petits groupes de vie permet également de garder les avantages économiques d'une grande structure, tout en étant au plus proche des résidents et en permettant à ces derniers de diriger leurs soins (Brulocalis, 2020 ; Adam, 2020b). De plus, comme ce sont toujours les mêmes professionnels qui s'occupent d'un résident, ils se connaissent bien et sont plus bienveillants les uns envers les autres. Par ailleurs, cela permet également de limiter la propagation de virus (comme le Covid-19 et la grippe). Et enfin, les résidents et les professionnels de première ligne deviennent ensemble ceux qui prennent le plus de décisions quant à leur unité de vie (Seaton & Edwards, 2011). Néanmoins, bien que les petites unités de vie semblent avoir de nombreux avantages à différents niveaux, très peu de maisons de repos réalisent des changements de l'environnement en adoptant le changement culturel (Doty et al., 2008). Dans leur enquête, Doty et ses collaborateurs (2008) ont trouvé que seulement 16% des maisons de repos ayant globalement ou totalement adopté le changement culturel ont divisé leurs grandes unités de vie en plus petites unités, et seulement 1% des résidents vivent dans de réelles petites unités de vie.

Ensuite, la maison de repos ne doit pas être une institution totale, comme elle était auparavant (Goffman, 1961, cité par Brulocalis, 2020 ; Eijkelenboom et al., 2017). Elle doit être ouverte vers l'extérieur et intégrée dans une communauté. Les échanges doivent se faire dans les deux sens : des événements organisés par la communauté devraient avoir lieu dans les murs des institutions et les résidents devraient régulièrement avoir des sorties. Les visites des

proches (des amis et de la famille) et leurs interactions permettent aux résidents de tisser des liens entre leur vie passée au domicile et leur vie dans la maison de repos (O'Neill et al., 2020). Cela permet aux résidents de continuer à jouer leur rôle de parent, de grand-parent, de frère/sœur, grâce au maintien de leurs relations. En étant ouverte, la maison de repos permet également aux résidents de maintenir leurs relations sociales plus larges (Eenschooten, 2003). La possibilité de maintenir ses relations antérieures donne au résident un sentiment de contrôle et fait en sorte qu'il conserve le sentiment d'être une personne appréciée (Iwasiw et al., 1996). Enfin, le fait de pouvoir sortir et que d'autres personnes puissent rentrer dans la maison de repos donne l'impression d'un vrai foyer au résident (Chapman et al., 2003).

Par ailleurs, le changement culturel promeut également le port de vêtements civils. L'uniforme a des désavantages et ne pas le porter plusieurs avantages. Premièrement, l'uniforme a généralement été considéré comme un élément de l'image professionnelle et une représentation de la hiérarchie ainsi que de l'autorité parmi le personnel médical (Newton & Chaney, 1996). Cela va à l'encontre des principes du changement culturel, selon lesquelles : les professionnels sont autonomes et responsables, les relations résidents-professionnels sont équilibrées et les personnes âgées au centre de l'organisation (Koren, 2010 ; Fédération Roi Baudoin, 2019). Deuxièmement, l'uniforme provoque ce qu'on appelle le *white coat effect*, c'est-à-dire l'effet blouse blanche (Verdecchia et al., 2002). Cela signifie qu'en présence d'un professionnel en blouse blanche, la pression sanguine augmente de manière temporaire chez certaines personnes. Cette augmentation est d'autant plus importante chez les personnes atteintes d'hypertension. Mais, en maison de repos, les résidents sont constamment en contact avec des professionnels en uniforme. Nous pouvons donc imaginer que pour des résidents atteints d'hypertension et sensibles à l'effet blouse blanche, le port de l'uniforme soit très néfaste. Troisièmement, le fait de porter des habits civils a de nombreux points positifs sur la relation professionnel-résident (Charras & Gzil, 2013). En effet, les résidents sont sensibles à la manière dont les professionnels s'habillent et les complimentent parfois à ce sujet ; les résidents engagent la conversation avec des professionnels plus qu'ils ne leur demandent un service ; les professionnels les perçoivent comme moins dépendants et exigeants ; les professionnels se sentent plus proches des résidents et de leurs besoins ; leurs interactions sont moins formelles... En bref, en vêtements de ville, les professionnels sont plus empathiques, communiquent plus et de façon authentique avec les résidents. Enfin, les professionnels le portent principalement pour des raisons d'hygiène, alors qu'en général, prendre soin des personnes âgées dépendantes ne nécessitent pas de porter cette tenue hospitalière (Charras &

Gzil, 2013). Habituellement, l'uniforme n'est donc pas nécessaire, d'autant plus que les professionnels trouvent que porter les mêmes uniformes pour les repas et les soins n'est pas hygiénique.

Un autre élément important de l'approche centrée sur la personne est la connaissance de l'histoire de vie des résidents (Clarke et al., 2003). Pour pouvoir donner des soins centrés sur la personne, les professionnels doivent connaître davantage les résidents, en prenant connaissance de leur histoire de vie. Pour ce faire, le personnel collecte des informations biographiques sur la vie des résidents et les résume, en collaboration avec ces derniers et/ou leurs proches (Eritz et al., 2016). Le résumé des informations recueillies peut prendre différentes formes telles qu'un album photographique, une page internet, ou encore un résumé écrit (McKeown et al., 2010). Connaître l'histoire de vie des résidents présente des avantages à différents niveaux (Clarke et al., 2003). D'abord, cela aide les professionnels à considérer les résidents comme des personnes, à s'en faire une image plus complète et ainsi à mieux les comprendre. Cela permet également aux professionnels et aux résidents de nouer des relations plus étroites, en se découvrant des points communs et en trouvant des sujets de discussion. Quand des membres de la famille aident leur proche âgé à collecter les informations concernant son histoire de vie en rassemblant des photographies par exemple, la relation entre les professionnels et les proches du résident tend aussi à être plus forte. Par ailleurs, les résidents, leur famille et les professionnels apprécient utiliser cette approche. Enfin, raconter leur histoire permet également aux personnes âgées de maintenir leur dignité et de reconquérir leur identité (Heggestad & Slettebo, 2015).

De plus, deux valeurs centrales du changement culturel sont le choix et l'auto-détermination (*Pioneer Network*, 2010). L'auto-détermination représente le fait d'être acteur de sa vie et le droit de décider. Elle représente aussi la liberté, le respect des besoins et des habitudes de vie, l'acceptation du droit au risque... (Espace Seniors, 2015). Cela représente donc l'opposé du maternage, de la protection, du confinement, de l'aide excessive et du manque de considération (Charlot et al., 2019). L'auto-détermination peut également se définir comme la satisfaction de trois besoins psychologiques fondamentaux : le besoin d'autonomie, le besoin de compétence et le besoin de relations (Laguardia & Ryan, 2000). La satisfaction de ces besoins est cruciale pour le bien-être de la personne, particulièrement pour celui de la personne âgée. En effet, les personnes âgées accordent un poids important à leur autonomie, à leur sentiment de contrôle ainsi qu'à leur pouvoir de décision, et considèrent ces éléments comme des facteurs déterminants de leur qualité de vie (Fry, 2000). L'auto-détermination est tellement importante pour les personnes âgées dépendantes qu'elle constitue même l'élément central de la définition

des soins de longue durée de l'Organisation Mondiale de la Santé et de la Fondation commémorative Milbank. Les soins de longue durée sont définis comme « *un système d'activités qui garantit qu'une personne qui n'est plus entièrement capable de s'occuper d'elle-même peut maintenir la meilleure qualité de vie possible, selon ses préférences individuelles, avec le plus grand degré d'indépendance, d'autonomie, de participation, d'épanouissement personnel et de dignité humaine* » (World Health Organization & Milbank Memorial Fund, 2000, p. 6). L'auto-détermination sera un élément encore plus important aux yeux des résidents de demain, comparés aux résidents actuels et précédents. En effet, les résidents d'hier ont vécu les privations lors de la deuxième guerre mondiale, alors que les résidents de demain ont été élevés dans une société valorisant la liberté, le respect de leurs droits et l'épanouissement personnel (Femarbel, 2020 ; Vandemeulebroucke, 2019). Le changement culturel en maison de repos favorise l'auto-détermination des résidents en les encourageant à prendre des décisions (Miller et al., 2010). Comme les professionnels tentent d'appliquer leurs décisions, les résidents se sentent autonomes, reçoivent des soins personnalisés et s'adaptent mieux à leur nouvel environnement (Faure, 2015). Dans les maisons de repos qui appliquent le changement culturel, différents éléments sont mis en place pour promouvoir le choix et le contrôle des résidents. Par exemple, des conseils des résidents peuvent être organisés ; les professionnels posent des questions aux résidents sur leurs habitudes quotidiennes (l'heure de coucher, l'horaire et les menus des repas) et en tiennent compte ; ils peuvent choisir de cuisiner avec les professionnels ainsi que de manger seul ou avec d'autres personnes ; et, ils sont invités à diriger leurs soins (White-Chu et al., 2009 ; Roberts & Pulay, 2018 ; Scales et al., 2019 ; Miller & Mor, 2006).

Enfin, le changement culturel responsabilise les professionnels de première ligne (par exemple : les aides-soignantes) grâce à l'aplatissement de la hiérarchie (Koren, 2010 ; Miller et al., 2010). Cela signifie que le personnel a plus de contrôle sur son environnement de travail, travaille en équipe autonome, prend des décisions pour son groupe de vie, et est écouté et reconnu comme l'élément le plus important des soins centrés sur la personne (Seaton & Edwards, 2011). Cela a pour effet de valoriser les professionnels (Miller et al., 2010).

Les principes du changement culturel semblent donc bien fondés. Mais, permettent-ils d'augmenter significativement la qualité de vie des personnes âgées en maison de repos ?

### 2.3. Impacts du changement culturel

L'implémentation du changement culturel dans divers établissements de soins de longue durée a montré des résultats positifs très encourageants (Seaton & Edwards, 2011).

D'abord, les effets de l'implémentation du changement culturel sur les résidents sont multiples. En 2011, Hill et ses collaborateurs ont réalisé une revue de littérature basée sur 11 articles. Ces articles décrivent chacun une étude dont le plan est expérimental ou quasi-expérimental, et ont été examinés par les pairs avant leur publication. Bien que le nombre d'articles de cette synthèse de la littérature ne soit pas important, les études semblent fiables. Ces auteurs ont mis en évidence des améliorations au niveau de la santé psychosociale ainsi que de la santé physique des résidents liées au changement culturel. D'une part, le changement culturel a permis d'améliorer l'autonomie, la satisfaction de vie et de soins, la possibilité de choix, l'engagement envers l'environnement, le bien-être émotionnel, et il a permis de diminuer l'ennui, le sentiment d'impuissance, la prévalence de la dépression, les incidents comportementaux et donc le recours à la contention. D'autre part, le taux d'infection, la mortalité, le nombre moyen de prescriptions par résident, l'utilisation et le besoin d'anti-dépresseurs et d'anxiolytiques, ainsi que le nombre de résidents alités ont diminué. Même si l'influence de l'implémentation du changement culturel en maisons de repos impacte de manière claire et positive les indices de santé psychosociale, l'impact sur la santé physique des résidents est mitigé.

Abordons quelques études expliquant comment le changement culturel permet d'atteindre certains de ces résultats. D'abord, Fossey et ses collaborateurs (2006) ont réalisé un essai randomisé contrôlé sur 345 résidents de 12 maisons de repos différentes d'Angleterre. Pendant dix mois, les professionnels du groupe expérimental ont reçu une formation et une supervision hebdomadaire portant sur les soins centrés sur la personne et sur l'environnement « comme à la maison ». Après douze mois, les résidents du groupe expérimental prenant des neuroleptiques étaient au nombre de 40 (soit 23%) ; alors qu'ils étaient 69 (soit 42.1%) dans le groupe contrôle. Cela représentait une différence d'utilisation de neuroleptiques de 19.1%.

Une autre étude (Doll & Bolender, 2010) s'est attachée à montrer les effets de l'implémentation d'une classe de maternelle dans une maison de repos aux États-Unis, sur les résidents. Dans cet établissement, ils ont donc implémenté le principe d'ouverture du changement culturel. Le programme permettait aux résidents de se joindre aux élèves six à sept fois par jour, pour différentes activités (lire, dîner, les regarder jouer, participer aux événements

spéciaux...). Après six mois d'implémentation, 21 résidents très impliqués auprès des enfants ont été sélectionnés par le personnel. Pour obtenir un groupe contrôle, 21 autres résidents n'interagissant pas avec les enfants ont été également sélectionnés. Afin de mesurer l'impact des contacts intergénérationnels, différentes variables (humeur négative, médication, poids...) ont été mesurées ; les chercheurs ont observé la classe durant trois jours ; et deux *focus groups* avec des personnes très impliquées ont été organisés (un avec certains professionnels et un autre avec plusieurs résidents). Un *focus group* est une méthode d'investigation particulière, qui consiste à discuter, interagir en groupe autour d'un sujet précis (Kitzinger et al., 2004). Ainsi, dans cette étude, les participants du premier *focus group* étaient les procédures et les résultats perçus du programme, et ceux du second étaient les activités des résidents en lien avec la classe, les bénéfices et les risques perçus de leur participation au programme. Malgré l'absence de différence statistiquement significative, les données qualitatives mettent en évidence une amélioration de la qualité de vie des résidents très impliqués auprès des enfants. En effet, ces résidents se sentent tous utiles, productifs et ont trouvé un nouveau but. De plus, la majorité ont pratiqué plus d'exercices, avec comme en dehors de la classe, et ont pris plus de plaisir à les réaliser. Certains résidents impliqués auprès des enfants étaient également de meilleure humeur et se sont moins fréquemment focalisés sur leurs problèmes de santé. Enfin, comme les enfants distraient les résidents impliqués, plusieurs d'autres eux ont diminué le nombre de médicaments qu'ils prenaient pour la douleur et l'agitation.

Enfin, Kane et ses collaborateurs (2007) ont réalisé une étude longitudinale quasi-expérimentale sur 120 résidents de maison de repos. Cette étude avait notamment pour but de comparer la qualité de vie des résidents de quatre nouvelles *Green Houses*, avec celles des résidents de deux autres maisons de repos traditionnelles à proximité. Les *Green Houses* représentent un modèle d'application du changement culturel et permet donc un changement culturel sur tous les domaines, comparés aux deux études précédentes. Les *Green Houses* sont des petites unités de vie d'un style résidentiel plutôt que médical, où les professionnels de première ligne sont responsabilisés et qui permettent aux résidents de garder leur intimité tout en restant intégrés dans la communauté. Kane et ses collaborateurs (2007) ont pu mettre en évidence que, deux ans après la construction des *Green Houses*, les résidents étaient plus satisfaits de leur établissement en tant que lieu de vie et étaient plus enclins à recommander ce dernier à d'autres, comparés aux résidents des deux autres maisons de repos. En effet, le score moyen concernant la satisfaction de la maison de repos en tant que lieu de vie attribué par les résidents des *Green Houses* (score allant de 1 à 4, dont 4 représente le score le plus satisfaisant)

était plus élevé de 1.75 que le score moyen attribué par les résidents de la première maison de repos contrôle, et était plus élevé de 1.11 que celui attribué par les résidents de la seconde maison de repos contrôle. Le score moyen concernant la probabilité de recommander sa maison de repos à d'autres (score allant de 1 à 4, dont 4 représente la plus grande probabilité de recommander) était, quant à lui, 1.45 plus faible pour les résidents de la première maison de repos contrôle et 0.67 plus faible pour les résidents de la seconde maison de repos, comparés aux résidents des *Green Houses*. Par ailleurs, les résidents des *Green Houses* rapportaient également des scores de qualité de vie supérieurs comparés aux résidents des deux maisons de repos contrôles sur quatre des onze sous-échelles : l'intimité, la dignité, l'autonomie et l'appréciation de la nourriture.

Par ailleurs, le changement culturel impacte aussi les relations et les interactions entre les professionnels et les résidents (Fondation Roi Baudouin, 2019). En effet, plus de résidents entretiennent un lien étroit avec au moins un membre du personnel, grâce aux petites unités de vie. Ils se sentent aussi mieux écoutés lorsqu'ils ont des difficultés ou posent des questions. De plus, notamment grâce à l'histoire de vie, les professionnels les considèrent plus comme des personnes, avec tout leur passé, plutôt que simplement en termes de besoins médicaux (Clarke et al., 2003 ; McKeown et al., 2010). Ce nouveau type de relations impacte aussi positivement les résidents, car les bonnes relations entre les professionnels et les résidents augmentent la qualité de vie de ces derniers (van Leeuwen et al., 2019). Plus précisément, elles promeuvent leur bien-être, leur satisfaction de vie, leur satisfaction vis-à-vis de la maison de repos, diminuent le risque de dépression ou d'anxiété, et préservent leur dignité (Haugan, Hanssen, et al., 2013 ; Haugan, Innstrand, et al., 2013 ; Mitchell & Kemp, 2000 ; Bollig et al., 2016). Par ailleurs, cela permet au personnel de mieux connaître les résidents et de respecter leurs besoins spécifiques (Seaton & Edwards, 2011). À titre d'exemple, Eritz et ses collaborateurs (2016) ont réalisé une étude randomisée contrôlée durant quatre mois sur 73 résidents atteints de démence et 99 professionnels, de six maisons de repos différentes. Les professionnels ont pris connaissance de l'histoire de vie des résidents du groupe expérimental et de l'histoire médicale des résidents du groupe contrôle. L'histoire médicale ou l'histoire de vie de chaque résident de l'échantillon a été obtenue en réalisant un entretien semi-structuré avec un de ses proches. En ce qui concerne l'histoire de vie, elle comprenait des informations sur l'enfance du résident, sur ses proches, sa personnalité ainsi que sur les événements importants qu'il a vécus. Un résumé de ces informations biographiques a été inscrit sur une feuille, et des photographies étaient rassemblées sur une seconde feuille. Il est notamment ressorti de cette étude, qu'ayant pris



connaissance de l'histoire de vie de certains résidents, 60% des professionnels ont changé leur manière de donner des soins à ceux-ci. Plus précisément, la plupart de ces professionnels ont relevé un changement dans leurs interactions verbales avec ces résidents : ils discutaient davantage au sujet de leurs intérêts et de leurs expériences. De plus, les professionnels ont déclaré mieux comprendre les comportements des résidents du groupe expérimental et mieux savoir se mettre à leur place. Ils percevaient également mieux la personnalité de ces résidents. Enfin, les résidents du groupe expérimental ont obtenu de meilleurs scores au niveau de la qualité de vie.

Bien que la qualité de vie des résidents et la création d'un foyer soient les principaux effets recherchés du changement culturel (Elliot, 2010 ; Fondation Roi Baudouin, 2019), celui-ci a également des effets positifs pour les professionnels et l'organisation elle-même.

D'une part, grâce à la responsabilisation des professionnels, le changement culturel vise également à leur offrir un lieu de travail plaisant et motivant (Fondation Roi Baudouin, 2019). Ce fonctionnement permet de diminuer la rotation du personnel, d'améliorer la situation de travail des professionnels, ainsi que de rendre les professionnels plus satisfaits, plus performants, plus épanouis dans leur rôle et plus engagés dans l'organisation (Farrell & Elliot, 2008, cités par Seaton & Edwards, 2011, et par Lee et al., 2012 ; Burgio et al., 2004 ; Yeatts & Cready, 2007). Une étude (Donoghue & Castle, 2009) basée sur les réponses de 2.900 directeurs de maisons de repos a mis en évidence que le *management* participatif (qui inclut la responsabilisation des professionnels) était associé à des taux de rotation de personnel 3 à 18 fois inférieurs aux taux associés au *management* hiérarchique (qui inclut l'obéissance des professionnels sans la prise en compte de leur avis). Par ailleurs, la responsabilisation du personnel participe également à l'augmentation de la qualité de soins grâce une plus grande rétention des professionnels et une diminution de l'absentéisme (Seaton & Edwards, 2011).

D'autre part, bien que la gestion budgétaire et la qualité des soins peuvent sembler incompatibles (Tobin, 2008), et que l'implémentation du changement culturel nécessite d'investir du temps et de l'argent (Elliot, 2010), le changement culturel présente des avantages financiers à moyen et à long terme pour les établissements (Seaton & Edwards, 2011). En effet, il permet de diminuer le taux d'absentéisme et de rotation du personnel, deux éléments qui ont un coût très élevé pour les établissements (Grant, 2008). De plus, les maisons de repos faisant preuve d'innovation ont tendance à être plus performantes et à offrir une meilleure qualité de soins et de vie à leurs résidents (Miller & Mor, 2006). Par ailleurs, les maisons de repos appliquant le changement culturel obtiennent un meilleur rendement financier et des taux

d'occupation supérieurs (Elliot, 2010). Dans son étude, Elliot (2010) a suivi les taux d'occupation et les revenus de maisons de repos traditionnelles et celles appliquant le changement culturel de 2004 à 2008. Il en est ressorti que les maisons de repos ayant implémenté le changement culturel avaient un taux d'occupation supplémentaire de 3% et gagnaient 11 dollars de plus par lit par jour, ce qui représente évidemment énormément d'argent pour l'organisation sur une année. Par contre, l'occupation et les revenus n'avaient pas varié pour les institutions classiques. Une autre étude (Doty et al., 2008) a relevé les avantages que présente le changement culturel pour l'organisation, grâce à une enquête menée auprès de 1.435 maisons de repos. En effet, trois différences organisationnelles peuvent être relevées entre les maisons de repos ayant adopté au moins sept initiatives du changement culturel et celles qui en ont adopté trois ou moins. D'abord, 78% des directeurs du premier groupe contre 54% de ceux du second groupe ont déclaré que le changement culturel a amélioré leur position concurrentielle. Ensuite, 60% des directeurs du premier groupe contre 44% des directeurs du second ont relevé une augmentation de leur taux d'occupation. Enfin, environ 50% des directeurs du premier groupe contre 33% des directeurs du second ont observé une diminution de l'absentéisme du personnel. Il est donc important que les directeurs de maison de repos traditionnelles sachent que le changement culturel produit des retours sur investissements (Miller & Mor, 2006), d'autant plus qu'ils considèrent que le plus grand obstacle à l'implémentation du modèle est le coût (Doty et al., 2008).

En conclusion, le changement culturel semble donc répondre à ses deux objectifs principaux, c'est-à-dire d'augmenter la qualité de vie et la qualité des soins des résidents (Koren, 2010), et va même au-delà. Bien que le changement culturel porte ses fruits pour les résidents, il est également essentiel qu'il remplisse les besoins des autres intervenants et que ceux-ci y adhèrent pour que l'implémentation soit un succès (Bradshaw et al., 2012). En effet, les barrières à la mise en œuvre de ces pratiques sont multiples (Engle et al., 2017).

#### *2.4. Besoins des différents intervenants en maison de repos*

D'abord, concentrons-nous sur les besoins et les attentes des résidents. En 2016, Bollig et ses collaborateurs se sont demandés comment les résidents et leurs proches se représentaient une « bonne vie » et les défis éthiques en maison de repos. Pour ce faire, ils ont réalisé des entretiens semi-structurés avec 25 résidents et des entretiens de groupe avec 18 proches de résidents. Dans cette étude, il est notamment ressorti que les contacts sociaux, le fait d'être

considéré comme une personne à part entière et la participation à la vie quotidienne étaient des éléments importants pour le bien-être et le maintien de la dignité des résidents. Ces éléments font partie intégrante du mouvement du changement culturel, qui répond donc à ces trois besoins des résidents. En effet, le milieu ouvert fait en sorte que les résidents ont des relations plus étroites et plus de contacts avec leurs proches et d'autres membres de la communauté (Koren, 2010 ; Brulocalis, 2020) ; la vie en petites unités leur permet d'établir des relations plus profondes avec les professionnels (Fondation Roi Baudouin, 2019) ; connaître l'histoire de vie des résidents permet aux professionnels de les voir comme des personnes à part entière (Clarke et al., 2003) ; le port de vêtements civils augmente notamment la participation des résidents aux activités de la vie quotidienne (Charras & Gzil, 2013) ...

Ensuite, l'étude de Bollig et al. (2016) a également montré que la majorité des résidents de maison de repos se plaignaient d'un manque d'autonomie et d'auto-détermination. Il n'y avait pas beaucoup de points sur lesquels ils pouvaient décider (par exemple : ils ne pouvaient pas fumer ou inviter des proches à partager leur repas). Encore une fois, le changement culturel remplit ce besoin fondamental car il constitue un des six principes centraux (Laguardia & Ryan, 2000 ; Koren, 2010).

De plus, accepter sa situation est une autre difficulté importante pour la personne âgée lorsqu'elle entre en maison de repos (Bradshaw et al., 2012 ; Bollig et al., 2016). Généralement, l'entrée en maison de repos est difficile à vivre pour le résident, car elle implique la perte de sa liberté, de son autonomie, de sa maison, ainsi que de ses relations familiales et amicales (Lee et al., 2002). L'acceptation de sa situation est impossible à inverser. Néanmoins, le pouvoir de décision des résidents, l'environnement « comme à la maison », et l'ouverture de l'établissement facilitent l'acceptation de cette transition et la rendent plus douce. Ainsi, le changement culturel, grâce à sa fonction prédominante de foyer (Vladeck, 2003, cité par Koren, 2010), permet sans doute de diminuer cette difficulté d'acceptation.

Par ailleurs, le manque de ressources était également relevé par Bollig et ses collaborateurs (2016). Les résidents estimaient recevoir trop peu d'aide, avoir trop peu de contacts sociaux avec les professionnels, ainsi que trop peu d'activités de loisirs. En appliquant les différents principes du changement culturel, les résidents ont des relations plus étroites avec les professionnels (Koren, 2010 ; Fondation Roi Baudouin, 2019), les résidents semblent plus participer aux activités de la vie quotidienne (Charras & Gzil, 2013), le rendement financier est meilleur (Elliot, 2010), et les professionnels de première ligne ainsi que les résidents deviennent les décideurs les plus importants (Seaton & Edwards, 2011). Par conséquent, du temps et de

l'argent semblent libérés et les professionnels semblent plus présents et plus proches des résidents.

Comme les plaintes des personnes âgées vivant en maison de repos représentent la non-satisfaction de certains de leurs besoins (Bollig et al., 2016), et que ces éléments absents font partie du changement culturel, nous pouvons supposer que ce modèle remplit les besoins et les attentes des résidents et qu'il est certainement apprécié par ceux-ci.

Passons maintenant au point de vue des proches des résidents. Les membres de la famille des résidents attendent notamment que les professionnels de maison de repos aient différentes compétences (Bollig et al., 2016 ; Kiljunen et al., 2017). Ils veulent que les professionnels collaborent avec eux (c'est-à-dire les accueillent et discutent de leur proche), qu'ils traitent chaque personne avec respect et empathie, qu'ils donnent des soins de haute qualité, qu'ils portent une grande importance au bien-être personnalisé et global de leur proche et qu'ils établissent une relation de confiance avec lui. Par ailleurs, pour les proches, le bien-être est principalement déterminé par les activités et la participation (Bollig et al., 2016). Ces différentes attentes font partie intégrante du changement culturel.

Comme le changement culturel tente d'améliorer la qualité de vie et de soins des résidents en maison de repos (Koren, 2010) et demande à l'organisation de s'adapter à eux (Fondation Roi Baudouin, 2019), il semble logique que les résidents et leurs proches trouvent ce fonctionnement optimal. Mais, convient-il aux professionnels ? Ce modèle de fonctionnement répond-il aux besoins et aux attentes des professionnels ? Trouvent-ils cette organisation réaliste et préférable ou plutôt utopique ?

Intéressons-nous donc à la perspective des professionnels en maison de repos. Peu d'études abordent ce sujet, nous en aborderons quatre.

D'abord, aux Pays-Bas, Sion et ses collaborateurs (2020) se sont intéressés à la qualité de soins en maison de repos du point de vue des résidents. Ils ont réalisé un *focus group* avec neuf membres du personnel soignant et quatre *world café* avec des soignants et des représentants des résidents. Selon les professionnels, différents éléments impactent la qualité de soins des résidents. Ces éléments sont : principalement leurs relations avec les résidents et les relations entre les résidents et leurs proches ; mais également leur connaissance des résidents (leur histoire, leurs besoins, leurs souhaits etc.) ; le fait que les professionnels répondent aux besoins des résidents de manière proactive et respectent leurs souhaits ; et le côté rassurant et bienveillant de l'environnement. Ces éléments représentent les principes du changement

culturel, c'est-à-dire les relations étroites entre les résidents, leur famille et les professionnels ; la culture de l'histoire de vie ; le respect des résidents et de leurs choix ; les soins centrés sur la personne ; et la fonction prédominante du foyer (e.g. Koren, 2010 ; *Pioneer Network*, 2010 ; White-Chu et al., 2009). Les professionnels trouvent donc que ces principes du changement culturel sont des éléments importants pour offrir une bonne qualité de soins aux résidents. Néanmoins, ils trouvent aussi qu'ils ne peuvent pas répondre à toutes les attentes des résidents quant à l'environnement physique, car ce ne sera jamais totalement une maison.

La seconde étude a été réalisée par Roberts et Pulay (2018). Ils se sont notamment intéressés à la manière dont le personnel comprenait le changement culturel de leur établissement, en réalisant des entretiens avec seize membres du personnel soignant, ainsi que des observations de l'organisation et de l'environnement physique de trois maisons de repos. La première maison de repos est traditionnelle ; la seconde applique en partie le changement culturel ; et la troisième maison de repos l'applique davantage. Les professionnels interrogés ont déclaré que permettre aux résidents de poser des choix quant à leurs activités quotidiennes (comme l'heure du réveil, des repas ou des soins) était un avantage considérable. Cet élément a également été relevé dans l'étude de Sion et ses collaborateurs (2020). La plupart des professionnels de cette étude (Roberts & Pulay, 2018) ont précisé que la possibilité de choix accordée aux résidents était également positive pour eux. En effet, imposer les décisions de l'établissement aux résidents les faisait se sentir coupables. Par contre, les professionnels de la maison de repos traditionnelle ont estimé qu'il leur était difficile de répondre aux préférences de chacun à cause du fonctionnement de leur établissement. White et al. (2012) ont appuyé ce positionnement, en ajoutant que donner plus d'autonomie et de choix aux résidents risque d'augmenter la charge de travail et le burnout des professionnels. De plus, dans la première maison de repos qui fonctionne en petites unités de vie, des professionnels trouvent que travailler tous les jours avec les mêmes résidents a des bénéfices pour eux ainsi que pour les résidents (création de communautés, établissement de relations réciproques, visites entre « voisins » ...). Par ailleurs, pour la plupart des professionnels, l'autonomisation du personnel ont renforcé l'esprit d'équipe. En revanche, pour certains professionnels tels que les infirmières, il est difficile de s'adapter à leurs nouveaux rôles.

La troisième étude évaluant (notamment) le point de vue des professionnels est celle de White et ses collaborateurs (2012). Ils ont demandé à 21 résidents, 21 proches de résidents et 21 membres du personnel soignant d'évaluer l'importance de nombreux éléments du changement culturel. Ils ont mis en évidence que la reconnaissance de la valeur du travail des

professionnels de première ligne était importante pour les professionnels, beaucoup moins pour les proches des résidents. Par contre, l'autonomie et la communauté n'étaient pas des principes très valorisés par le personnel, mais bien par les résidents et leurs proches.

Enfin, Chapman et ses collaborateurs (2003) ont recueilli le point de vue de membres de la famille de résidents et de professionnels en maison de repos, sur les liens entre le résident et la communauté, sur l'approche centrée sur la personne, sur l'environnement ressemblant à une maison, ainsi que sur la collaboration avec la famille. Ces éléments représentent des principes fondamentaux du changement culturel (Koren, 2010). Pour ce faire, les auteurs ont réalisé dix *focus groups*. Il est d'abord ressorti de cette étude que les professionnels (tout comme la famille) attachent de l'importance aux liens entre les résidents et leur communauté, ainsi qu'au fait que d'autres personnes puissent venir dans la maison de repos. Ils essayent également de les aider à sortir de la maison de repos, mais considèrent ne pas avoir suffisamment de temps de le faire. Ensuite, les professionnels, de même que les proches des résidents, trouvent également qu'ils n'ont pas assez de temps que pour déterminer les préférences et les valeurs des résidents, ainsi que pour remplir leurs besoins. Les professionnels semblent donc en incapacité de fournir des soins centrés sur la personne et estiment par ailleurs que de nombreux résidents ne sont plus capables de poser des choix. Par ailleurs, les professionnels trouvent également qu'il est difficile de concilier les valeurs, les propriétés et les besoins de chaque résident avec les leurs. En effet, les professionnels de cette étude avaient, pour la plupart, eu une expérience dans les maisons de repos traditionnelles. La collaboration avec la famille des résidents est également compliquée, particulièrement quand la famille est peu impliquée. Enfin, bien que les caractéristiques de l'environnement médical (comme un élévateur de bain) soient moins attrayantes, les professionnels estiment que celles-ci les aident à remplir les besoins des résidents et à assurer leur sécurité.

En conclusion, les valeurs souhaitées et les besoins des résidents semblent correspondre aux principes du changement culturel (*e.g.* Bollig et al., 2016). Bien que les professionnels partagent en grande partie ces valeurs (*e.g.* Roberts & Pulay, 2018), certaines leur semblent très difficiles à respecter en réalité. De plus, certaines valeurs des professionnels peuvent constituer des obstacles à l'implémentation du changement culturel (Chapman et al., 2003). En effet, l'adhésion des professionnels est essentielle pour adopter les principes du changement culturel (Seaton & Edwards, 2011), même si l'approche centrée sur la personne est hautement souhaitée, en matière de soins, par les personnes âgées vivant en maison de repos (Bradshaw et al., 2012). La plupart des professionnels ont une expérience en maisons de repos traditionnelles (Chapman

et al., 2003) et changer n'est jamais facile. Les professionnels doivent en avoir envie (Tobin, 2008), car le changement culturel ne peut donc être imposé. De plus, le bien-être des professionnels doit être pris en compte, car il impacte fortement celui des résidents (Bradshaw et al., 2012 ; Fédération Roi Baudouin, 2019).

Pour augmenter les probabilités de succès de l'implémentation du changement culturel en maison de repos, trois techniques ont été proposées dans la littérature. Étant donné que les priorités de chaque partie prenante concernant le changement culturel peuvent être contradictoires, il n'est pas possible que cela plaise tout le temps à tout le monde (White et al., 2012). White et ses collaborateurs (2012) proposent de questionner les besoins, les préoccupations et les priorités des différentes parties prenantes (c'est-à-dire les résidents, leur famille et les professionnels de première ligne), afin de savoir où diriger les faibles ressources des maisons de repos pour promouvoir le changement culturel. Par ailleurs, Chapman et ses collaborateurs (2003) avancent quant à eux deux manières pour résoudre les potentiels conflits de valeurs entre les professionnels et l'approche centrée sur la personne, notamment pour ceux ayant déjà travaillé dans des maisons de repos de traditionnelles (Whitler, 1996). La maison de repos peut d'une part leur donner une formation pour les aider à implémenter le modèle ; et d'autre part, dépister les valeurs congruentes à celles du modèle chez les potentiels futurs employés.

Nous allons maintenant aborder les valeurs en milieu professionnel. Cet élément est important à plus d'un titre. Comme nous venons de le voir, la congruence entre les valeurs des professionnels et celles de l'organisation joue un rôle fondamental dans la réussite de l'application du changement culturel. De plus, la congruence des valeurs impacte significativement le *turnover* (e.g. Chatman, 1991), qui est particulièrement élevé dans le secteur des maisons de repos (e.g. Libault, 2019). Aucune étude ne s'est encore attachée par ailleurs à étudier la congruence des valeurs professionnelles et organisationnelles en maison de repos, en les mettant en lien avec les principes du changement culturel et ceux des maisons de repos traditionnelles.

### 3. Les valeurs en milieu professionnel

#### 3.1. La définition des valeurs

Les valeurs se définissent comme les « *lignes directrices pour le comportement, le jugement, les choix, les attitudes et pour toutes les activités humaines* » (Rokeach, 1973, cité par De Pauw, 2014). Des auteurs (Schwartz & Bilsky, 1987, p. 551) ont relevé les cinq caractéristiques des valeurs les plus fréquemment mentionnées dans la littérature : « *les valeurs sont : (1) des concepts ou des croyances, (2) à propos des états finaux ou à des comportements souhaitables, (3) qui transcendent les situations spécifiques, (4) guident la sélection ou l'évaluation des comportements ou des événements, et (5) sont classées selon leur importance relative* ».

Les valeurs peuvent être utilisées pour caractériser une personne ainsi qu'une organisation (Verplanken, 2004). Au niveau individuel, les valeurs sont assimilables aux besoins et aux motivations (Schwartz, 1992), et impactent les choix et les comportements (Verplanken & Holland, 2002). Au niveau de l'organisation, les valeurs peuvent être définies comme la culture organisationnelle (Chatman, 1991). Elles transparaissent dans ses missions, dans ses objectifs et guident le comportement de ses professionnels (March & Simon, 1958, cités par Ren, 2013). Les individus et les organisations ont donc plusieurs valeurs et adhèrent de manière plus ou moins forte à chacune d'entre elles (Chatman, 1989). La correspondance entre les valeurs d'une personne et celles de l'organisation dans laquelle elle travaille s'appelle la congruence des valeurs (Chatman, 1989 ; Kristof, 1996).

En psychologie du travail, pour aborder la congruence des valeurs, de nombreux auteurs (*e.g.* Chatman, 1989 ; Kristof-Brown et al., 2005) utilisent le concept plus général *person-organization fit* (*P-O fit*), c'est-à-dire l'adéquation personne – organisation. Selon Kristof (1996, p. 1), l'adéquation personne – organisation se définit comme « *la comptabilité entre les personnes et l'organisation dans laquelle ils travaillent* ». L'adéquation personne – organisation est une des dimensions de l'adéquation personne – environnement, (*person-environment fit*, *P-E fit*) (Kristof, 1996), qui reprend notamment l'adéquation personne – emploi et l'adéquation personne – groupe. Il est important de préciser que l'adéquation personne – organisation est multidimensionnelle (Bretz et al., 1993). En effet, elle comprend par exemple la congruence entre les compétences individuelles et les exigences du poste, et la congruence entre la personnalité de la personne et l'image perçue de l'organisation (Verquer et al., 2003). Néanmoins, la plupart des recherches sur l'adéquation personne – organisation se sont



uniquement concentrées sur la congruence des valeurs (Verquer et al., 2003 ; Kristof, 1996). En effet, la congruence des valeurs représente une forme importante de l'adéquation personne – organisation (Ren, 2013), car les valeurs sont fondamentales et durables (Chatman, 1991). Étant donné qu'il est facile de comparer les valeurs personnelles à celles de l'organisation, la congruence des valeurs est une bonne méthode pour évaluer l'interaction entre le professionnel et son organisation (Chatman, 1991).

### 3.2. Explications des effets de la congruence des valeurs

La congruence entre les valeurs personnelles et organisationnelles entraîne de nombreux effets positifs (que nous verrons par la suite). Différents modèles peuvent expliquer ce lien.

D'abord, selon Lewin (1951), le comportement est le résultat de l'interaction entre la personne et de son environnement. La personne agirait donc en partie en fonction de la manière dont elle perçoit son environnement. Elle aurait également tendance à choisir les situations qui sont le plus compatibles avec elle et serait plus performante dans ces situations (Chatman, 1989).

Ensuite, Schneider (1987) a développé un modèle pour décrire la manière dont se crée la congruence entre le professionnel et son organisation. Ce modèle s'appelle attraction – sélection – rotation (*Attraction-Selection-Attrition*, ASA). Les professionnels seraient attirés par les organisations dont les valeurs correspondent aux leurs. De plus, les organisations recruteraient des professionnels partageant les mêmes valeurs et les mêmes objectifs que les leurs. Enfin, les professionnels dont les valeurs ne correspondent pas suffisamment à celles de l'organisation auraient tendance à quitter cette dernière.

Par ailleurs, les effets de la congruence des valeurs peuvent également être expliqués grâce à la théorie de l'identité sociale (Cable & Edwards, 2004). Selon cette théorie, nous nous classons dans différentes catégories sociales en fonction des groupes auxquels nous appartenons (Ashforth & Mael, 1989). L'organisation dans laquelle nous travaillons représente un de ces groupes. Quand un individu rejoint une organisation, il s'identifie à cette dernière et exprime ouvertement ses propres valeurs. Les valeurs de l'organisation donnent donc des indications aux autres sur l'identité de la personne qui y travaille (Dutton & Dukerich, 1991). Par conséquent, la personne tend à s'engager dans des activités qui sont en adéquation avec son identité (Ashforth & Mael, 1989). Par ailleurs, la congruence entre les valeurs personnelles et

organisationnelles pousse également la personne à se considérer comme un exemple pour l'organisation.

De plus, lorsque les valeurs de la personne et celles de l'organisation ne sont pas congruentes, l'organisation oblige alors la personne à agir en désaccord avec ses propres valeurs (Vaidis & Halimi-Falkowicz, 2007). Elle se trouve alors dans un état de dissonance cognitive (Cable & Edwards, 2004), c'est-à-dire un état de tension inconfortable qui réduit son sentiment d'intégrité (Festinger, 1957, cité par Bao et al., 2013). Cet état la pousse à essayer de réduire cet écart entre les valeurs, d'autant plus s'il est important. Quitter l'organisation constitue alors une des solutions.

Suivant la même logique, la théorie de la concordance de soi peut aussi expliquer les effets du manque de congruence des valeurs (Bao et al., 2013). La concordance de soi signifie que les activités que réalise l'individu expriment ses valeurs (Sheldon & Elliot, 1999). Quand ses valeurs sont en adéquation avec celles de son organisation, l'individu perçoit son travail comme une manière d'exprimer qui il est et comme une façon de garder son intégrité (Bao et al., 2013). Par contre, quand les valeurs personnelles et organisationnelles ne sont pas congruentes, il perçoit son travail comme incompatible avec son identité, ce qui provoque ses comportements négatifs au sein de l'organisation.

Enfin, la confiance est la variable médiatrice la plus importante pour expliquer le lien entre la congruence des valeurs et ses impacts (la satisfaction professionnelle, l'intention de rester dans l'organisation, ...) (Edwards & Cable, 2009). D'abord, la congruence des valeurs contribue au développement de la confiance de l'employé envers son organisation. L'employé est alors enclin à considérer que son travail est sûr, qu'il est traité avec respect en étant associé à son organisation, que cette dernière tient compte du bien-être de chacun et ne lui causera pas de tort (Enz, 1988 ; Edwards & Cable, 2009). Il a aussi tendance à juger de la même manière ce qui est bien ou mal (Jones & George, 1998). Ensuite, la confiance augmente la satisfaction professionnelle et l'identification organisationnelle, qui augmentent à leur tour l'intention de rester dans l'organisation (Edwards & Cable, 2009). En effet, la confiance suppose que les collègues coopèrent en vue d'atteindre les mêmes buts (Jones & George, 1998), et elle augmente l'envie de l'employé de créer des liens avec son organisation (Rousseau, 1998).

### 3.3. Impacts de la congruence des valeurs

Les valeurs de l'individu peuvent donc ne pas correspondre à celles de son organisation (Verplanken, 2004). Ce manque de congruence impacte négativement à de nombreux niveaux le professionnel dans son organisation (Siegall & McDonald, 2004). Étant donné l'importance de ses effets, la congruence des valeurs personnelles et organisationnelles a été largement documentée depuis les années 1990 (Bao et al., 2013 ; Ren, 2012).

Premièrement, la congruence entre les valeurs organisationnelles prévalentes et souhaitées impacte grandement la satisfaction professionnelle (Verplanken, 2004 ; Kristof-Brown et al., 2002 ; Robert et al., 2000 ; Siegall & McDonald, 2004 ; Bretz & Judge, 1994 ; Verquer et al., 2003 ; Cable & Judge, 1996 ; Westerman & Cyr, 2004). C'est d'autant plus le cas pour la congruence entre les valeurs relatives aux relations humaines. L'autonomie laissée au professionnel, son pouvoir de décision et les opportunités de moments partagés entre collègues en dehors des heures de travail en sont des exemples. De manière plus générale, la congruence entre les valeurs personnelles et organisationnelles impacte la satisfaction de vie. En effet, le travail peut notamment aider l'individu à satisfaire ses désirs et ses besoins sur le plan psychologique (Demerouti et al., 2000), c'est-à-dire ses valeurs (Schwartz, 1992). O'Reilly et ses collaborateurs (1991) ont réalisé une étude sur les impacts de la congruence des valeurs en utilisant l'outil appelé « *Organizational Culture Profile* » (*OCP*). Cet outil permet de calculer un score d'adéquation entre la personne et son organisation. Pour ce faire, les participants doivent effectuer deux tris pour les 54 valeurs : un en fonction de leur représentativité dans leur organisation, et l'autre en fonction de leurs préférences en tant que professionnels. Dans cette étude, les participants ont également répondu à des questions concernant leur satisfaction professionnelle, leur engagement dans l'organisation ainsi que leur intention de quitter l'organisation un an plus tard. La rotation du personnel (*turnover*) a également été mesurée deux ans après que les participants aient répondu au *OCP*. Il est notamment ressorti de cette étude que l'adéquation personne – organisation était significativement corrélée à la satisfaction professionnelle un an plus tard. Par ailleurs, il semblerait que la satisfaction professionnelle impacte l'intention de rester au sein de l'organisation (Westerman & Cyr, 2004).

Ensuite, l'intention de quitter l'organisation (*turnover intention*) est également liée à la congruence entre les valeurs (Kristof-Brown et al., 2002 ; Siegall & McDonald, 2004 ; Verquer et al., 2003 ; Cable & Judge, 1996 ; Westerman & Cyr, 2004). En effet, le manque de congruence entre les valeurs augmente de manière considérable l'intention de quitter

l'organisation (Bao et al., 2013). Dans l'étude de O'Reilly et ses collaborateurs (1991), une forte adéquation entre la personne et son organisation était significativement associée à une faible intention de quitter l'organisation deux ans plus tard.

De plus, la congruence des valeurs impacte également le *turnover*, c'est-à-dire la rotation du personnel (Chatman, 1991 ; O'Reilly et al., 1991 ; Bretz & Judge, 1994). En effet, O'Reilly et ses collaborateurs (1991) ont montré que le degré de congruence entre les préférences des professionnels et la réalité de leur organisation prédit le taux de *turnover* deux ans plus tard.

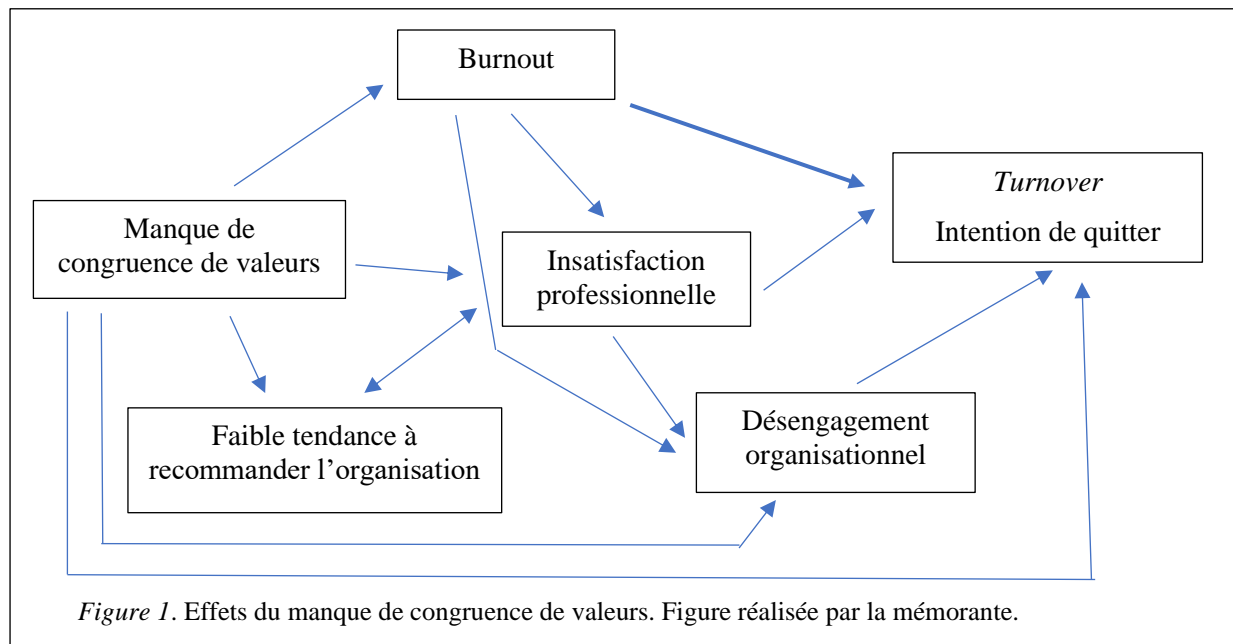
Par ailleurs, l'engagement organisationnel est aussi influencé par la congruence des valeurs (Kristof-Brown et al., 2002 ; Finegan, 2000 ; Verquer et al., 2003 ; Cable & Judge, 1996 ; Westerman & Cyr, 2004). Dans leur étude, O'Reilly et ses collaborateurs (1991) ont trouvé que les scores de congruence des valeurs étaient significativement corrélés aux scores d'engagement des professionnels mesurés un an plus tard. Par ailleurs, l'engagement organisationnel est aussi impacté par la satisfaction professionnelle (Robert et al., 2000). L'engagement organisationnel explique également le *turnover* (O'Reilly & Caldwell, 1981 ; Kline & Peters, 1991) et l'intention de quitter (Westerman & Cyr, 2004). À titre d'exemple, il est notamment ressorti d'une étude longitudinale menée sur échantillon de 108 personnes (O'Reilly et Caldwell, 1981), que l'engagement organisationnel était fortement corrélé au *turnover* un an et demi plus tard.

Les performances sont aussi influencées par la congruence des valeurs personnelles et organisationnelles (Bao et al., 2013 ; Sheridan, 1992 ; Goodman & Svyantek, 1999 ; O'Reilly et al., 1991). Une étude (Tziner, 1987) réalisée auprès de 400 travailleurs a notamment mis en évidence que l'adéquation perçue entre le travailleur et son organisation était le facteur qui contribuait le plus à sa performance au travail. Parmi les comportements des professionnels contribuant à leur niveau de performance, il existe les comportements extra-rôle. En effet, ces comportements sont importants pour l'efficacité de l'organisation (Goodman & Svyantek, 1999). Ils se définissent comme des actes que le professionnel réalise, en plus des tâches qui lui sont demandées et qui profitent à son organisation (Chatman, 1989). Réaliser des tâches non demandées pour l'image de l'organisation et faire des suggestions afin d'améliorer l'organisation en sont des exemples (O'Reilly & Chatman, 1986). Si les valeurs souhaitées par l'individu se retrouvent dans son organisation, il sera également plus enclin à présenter des comportements extra-rôle (Chatman, 1989 ; O'Reilly & Chatman, 1986).

En outre, la propension à recommander son organisation peut également être prédite par la congruence des valeurs (Cable & Judge, 1996 ; Tepeci, 2001). En effet, si l'individu perçoit que ses valeurs sont congruentes avec celles de son organisation, il sera plus enclin à recommander son organisation à ses amis comme étant un bon endroit pour travailler. Il apparaît qu'un nombre important de candidats sont recommandés par des employés actuels de l'organisation, et que ces candidats restent plus longtemps et sont plus performants que les autres candidats (Morehart, 2001, cité par Tepeci, 2001). De plus, le fait que les employés recommandent leur organisation en tant que lieu de travail à leurs connaissances, tend à augmenter le nombre de candidats et à améliorer la réputation de l'organisation. Dans le secteur des maisons de repos qui peine à recruter et à garder ses employés (Libault, 2019), la propension à recommander son organisation représente donc un élément important. D'ailleurs, plus le travailleur sera satisfait professionnellement, plus il aura tendance à recommander son organisation (Tepeci, 2001).

Enfin, le manque de congruence des valeurs est fortement associé au burnout, c'est-à-dire à l'épuisement professionnel (Bao et al., 2013 ; Siegall & McDonald, 2004). Selon Maslach (1982), le burnout se caractérise par trois symptômes : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel. Le burnout joue également le rôle de médiateur entre le manque de congruence des valeurs et de nombreuses variables. Il apparaît par exemple que le burnout, en particulier l'épuisement émotionnel, augmente l'intention de quitter l'organisation (Lee & Ashford, 1996) et provoque plus de risques de *turnover* (Jackson et al., 1986). Selon Bao et ses collaborateurs (2012), l'effet du burnout sur l'intention de quitter serait bien plus fort que l'effet du manque de congruence des valeurs sur cette dernière. Par ailleurs, le burnout impacte négativement l'engagement organisationnel (Lee & Ashford, 1996). En effet, les symptômes d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation y sont liés. Il semble également que la satisfaction professionnelle (Wolpin et al., 1991 ; Siegall & McDonald, 2004), et plus globalement la satisfaction de vie (Demerouti et al., 2000 ; Judge & Watanabe, 1993) sont également négativement influencées par le burnout, principalement par le symptôme de dépersonnalisation (Lee & Ashford, 1996). Enfin, l'épuisement émotionnel provoque de moins bonnes performances professionnelles (Wright & Bonett, 1997). Au vu des nombreux effets négatifs du burnout, il est important de le prévenir afin de diminuer les impacts de la non congruence des valeurs sur le professionnel dans son organisation (Siegall & McDonald, 2004).

La figure 1 reprend les différents impacts du manque de congruence des valeurs énoncés ci-dessus.



En conclusion, il semble donc qu'un haut niveau de congruence entre les valeurs personnelles et les valeurs organisationnelles est souhaitable pour l'organisation ainsi que pour l'individu (Chatman, 1989). D'une part, l'organisation aurait beaucoup à gagner à faire en sorte que les valeurs de ses employés soient congruentes avec ses propres valeurs (Siegall & McDonald, 2004). Elle aurait plus de chances d'avoir des taux d'absentéisme, de *turnover* et de *burnout* faibles et des professionnels plus performants et plus engagés. La congruence des valeurs impliquerait donc des avantages financiers majeurs. D'autre part, les professionnels seraient plus satisfaits et moins épuisés au niveau professionnel.

Voyons maintenant l'intérêt d'étudier la congruence des valeurs dans le secteur des maisons de repos à l'heure actuelle.

### 3.4. La congruence des valeurs en maison de repos

Différents indicateurs semblent montrer que les professionnels ne sont pas attirés par le secteur des maisons de repos et que les conditions de travail y sont difficiles. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, les taux de burnout et de *turnover* y sont élevés dans ces établissements (Demerouti et al., 2000 ; Libault, 2019). Il est également difficile d'embaucher du personnel (ING, 2018). Selon une enquête portant sur les EHPAD réalisée en France en 2015

(Bazin & Muller, 2018), 15% des professionnels n'avaient pas encore un an d'ancienneté dans la même structure et 44% des structures avaient difficile d'embaucher de nouveaux professionnels. De plus, le burnout est particulièrement fréquent chez le personnel soignant (Demerouti et al., 2000 ; Cordes & Dougherty, 1993). En effet, ce travail implique des interactions fréquentes et intenses avec des patients pouvant être dans des situations chargées au niveau émotionnel. Par ailleurs, les maisons de repos connaissent également des taux d'absentéisme élevés (Libault, 2019), ainsi qu'une pénurie de personnel depuis quelques années (Femarbel, 2020). Par conséquent, le manque de personnel contribue à la dégradation des conditions de travail : les professionnels ont plus de tâches à effectuer plus rapidement, et n'ont plus le temps d'offrir de la chaleur aux résidents (Libault, 2019). De telles conditions rendent les professionnels stressés et en souffrance au travail, et aggrave, en retour, le manque de personnel.

Au vu de l'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes, il sera nécessaire de créer de nombreux postes supplémentaires en maison de repos (Libault, 2019). En Belgique, on estime que plus de 100.000 postes directs (de soignants, hôteliers et administratifs) supplémentaires seront créés en 2050, auxquels il faudra ajouter 13.800 postes indirects (dans le secteur de la construction et des services) (Femarbel, 2020).

Il est donc absolument nécessaire de trouver un modèle de maisons de repos qui convienne mieux aux professionnels et qui augmente l'attractivité des métiers dans ce secteur (Libault, 2019 ; Femarbel, 2020). Étant donné que le manque de congruence des valeurs consiste une des principales causes de la réduction du bien-être des soignants (Bao et al., 2013), il semble important d'être très attentif à la congruence des valeurs en maisons de repos. Afin de l'augmenter, elles peuvent laisser davantage leurs employés participer à la définition de leurs objectifs, ce qui représente une dimension de l'autonomisation du personnel et donc du changement culturel (Koren, 2010). Enfin, les maisons de repos peuvent aussi modifier leur propre système de valeurs afin qu'il soit en meilleure adéquation avec celui de leurs employés. Ce nouveau modèle de maisons de repos offrirait aux professionnels le sentiment d'être en adéquation avec la maison de repos dans laquelle ils travaillent, et permettrait alors d'avoir suffisamment de personnel pour faire face à la demande croissante en maisons de repos.

#### 4. Conclusion

Historiquement, les maisons de repos se sont basées sur le modèle médical (Vandemeulebroucke, 2019) : les établissements ressemblaient à des hôpitaux (Eijkelenboom et al., 2017), les professionnels portaient un uniforme (Adam, 2020a), et les résidents devaient s'adapter au fonctionnement du système (Seaton & Edwards, 2011). Les maisons de repos ne remplissaient alors qu'une de leurs deux fonctions : celle des soins et non celle du foyer (van Dijck-Heinen, 2014).

Bien que ce modèle de maisons de repos soit aujourd'hui largement dépassé, ses principes restent identiques (Charlot et al., 2019). Les personnes âgées préfèrent donc rester à leur domicile le plus longtemps possible (Brulocalis, 2020). Néanmoins, malgré les aides quotidiennes et les habitats intermédiaires (Ennuyer, 2007 ; Morelle, 2021), l'entrée en maison de repos reste la seule solution sur le long terme pour les personnes âgées dépendantes (Kullak et al., 2020).

Dans les années 1980, aux États-Unis, un nouveau modèle de maisons de repos a été initié : le changement culturel (Koren, 2010). Ce modèle est centré sur les résidents, non plus sur le système (Seaton & Edwards, 2011) : les résidents doivent s'y sentir chez eux (*Pioneer Network*, 2010). Ses valeurs principales sont le choix, le respect, les relations, l'auto-détermination ainsi que l'utilité (*Pioneer Network*, 2010).

Le changement culturel semble porter ses fruits : la santé psychosociale et la santé physique des personnes âgées sont améliorées (e.g. Hill et al., 2011) ; les relations avec les professionnels sont plus étroites (e.g. Fédération Roi Baudouin, 2019) ; les professionnels sont plus satisfaits (e.g. Farrell & Elliot, 2008, cités par Seaton & Edwards, 2011) ; les avantages financiers pour l'établissement sont multiples (e.g. Elliot, 2010). Il remplit également les besoins et les attentes des résidents et de leur famille (e.g. Bollig et al., 2016).

Pour implémenter le changement culturel avec succès, il est nécessaire de prendre en compte l'opinion et le bien-être du personnel (Bradshaw et al., 2012). Il ressort de plusieurs études que les professionnels trouvent que les principes du changement culturel sont appréciables pour les résidents, mais que certains d'entre eux sont difficiles à mettre en place en réalité (e.g. Chapman et al., 2003).

Pour augmenter les probabilités de succès d'implémentation du modèle, Chapman et ses collaborateurs (2003) proposent notamment de questionner les professionnels quant aux valeurs



qu'ils trouvent essentielles dans leur travail, et d'en calculer la congruence avec les valeurs du changement culturel. La congruence des valeurs est également intéressante à étudier car elle impacte grandement le bien-être au travail : augmentation de la satisfaction au travail, diminution du burnout ... (*e.g.* O'Reilly et al., 1991).

Il devient urgent de trouver un modèle des maisons de repos qui conviennent aux professionnels et aux résidents. En effet, d'une part, ce secteur connaît une pénurie de personnel, d'importantes difficultés de recrutement, des taux élevés de *turnover* et d'absentéisme (*e.g.* Libault, 2019). D'autre part, le nombre de résidents en maison de repos suivrait une courbe exponentielle (*e.g.* KCE, 2011), alors qu'actuellement, les résidents préfèrent rester à leur domicile (*e.g.* Franco, 2010).

Nous trouvons donc important d'étudier la congruence entre les valeurs des professionnelles et celles de leur organisation, en mettant ces valeurs en lien avec celles du changement culturel et celles des maisons de repos traditionnelles. Aucune étude n'a encore porté là-dessus, ce qui constitue le but de l'étude de ce mémoire.

### **III. Objectifs et hypothèses**

Nous avons constaté qu'au vu du changement démographique et des difficultés des maisons de repos à trouver et à garder des professionnels, il est urgent de trouver un modèle de maisons de repos qui répond aux attentes des résidents, et auquel les professionnels adhèrent. Nous cherchons à savoir si le changement culturel est un modèle de maisons de repos qui convient aux deux parties. Il ressort de plusieurs études que le changement culturel semble répondre aux besoins et aux attentes des résidents. De l'autre côté, très peu d'études se sont intéressées au point de vue des professionnels, alors qu'il est essentiel d'en tenir compte pour implémenter ce modèle avec succès. L'objectif de cette recherche est donc d'établir si les principes du changement culturel correspondent aux valeurs attendues des résidents, tout en garantissant la satisfaction des professionnels.

L'objectif principal de ce mémoire est de connaître les valeurs en maison de repos qui génèrent chez les professionnels, s'ils devaient quitter leur domicile pour des raisons de santé, le plus d'envie d'y résider et celles qui génèrent le moins d'envie d'y résider.

Nous émettons différentes hypothèses. D'abord, comme les maisons de repos appliquant le changement culturel répondent aux besoins des résidents (*e.g.* Bollig et al., 2016), que le changement culturel impacte positivement les professionnels (*e.g.* Seaton & Edwards, 2011) et que ces derniers sont plutôt d'accord avec les principes du changement culturel (Sion et al., 2020 ; Roberts & Pulay, 2018), nous nous attendons à ce que les valeurs souhaitées par les professionnels convergent vers les valeurs du changement culturel.

Comme les valeurs du modèle médical des maisons de repos s'opposent à celles du changement culturel (*e.g.* Koren, 2010), nous nous attendons également à ce que les valeurs souhaitées par les professionnels s'éloignent de celles du modèle médical des maisons de repos. Dans la même logique, nous nous attendons également à ce que les valeurs en maison de repos jugées les plus aversives par les professionnels convergent vers les valeurs du modèle médical, en s'éloignant de celles du changement culturel.

Un des objectifs secondaires est savoir dans quelle mesure chaque valeur jugée importante pour les professionnels correspond aux valeurs de l'établissement dans lequel ils travaillent.

Étant donné que les maisons de repos se sont historiquement inscrites dans l'univers médical (*e.g.* Eijkelenboom et al., 2017), que les changements culturels profonds sont plutôt rares (Tobin, 2008) et que les valeurs en maison de repos souhaitées par les professionnels pour

les résidents représentent les principes du changement culturel (*e.g.* Sion et al., 2020 ; Koren, 2010), nous nous attendons à ce qu'il existe un écart important entre les valeurs souhaitées par les professionnels et les valeurs organisationnelles actuelles.

L'autre objectif secondaire est de savoir dans quelle mesure le *turnover* et le fait de recommander la maison de repos à un proche âgé dépendant sont liés à l'écart entre les attentes des professionnels et la réalité de leur établissement.

Dans la mesure où le changement culturel diminue le *turnover* (*e.g.* Lee et al., 2012), et que le *turnover* et la tendance à recommander son organisation sont liés à la congruence des valeurs des professionnels avec celles de leur établissement (Chatman, 1991 ; Cable & Judge, 1996), nous nous attendons à ce qu'un écart important entre les valeurs attendues et la réalité génère, chez les professionnels, une plus grande propension à quitter leur maison de repos et une moindre envie à proposer à leur proche d'intégrer leur maison de repos, si cela était nécessaire.

Nous avons souhaité interroger les professionnels sur les valeurs en maison de repos pour différentes raisons. D'abord, ce sont les personnes qui connaissent le mieux la réalité en maison de repos. Interroger les professionnels nous permet également de récolter leur point de vue ainsi que celui de futurs résidents en interrogeant une seule population. Par ailleurs, il existe peu d'études qui récoltent le point de vue des professionnels quant au changement culturel. Enfin, connaître les principes du changement culturel auxquels ils adhèrent le plus favorise le succès de l'implémentation du changement culturel (White et al., 2012).

## **IV. Méthodologie**

### **1. Participants**

L'échantillon se compose de 130 participants. Pour pouvoir participer à l'étude, les participants devaient travailler en maison de repos. L'échantillon se compose de 117 femmes et de 13 hommes. Cela est cohérent avec la distribution du genre dans cet environnement professionnel, notamment car la proportion de femmes aux postes d'aides-soignantes et d'infirmières est très importante (Miller & Mor, 2006 ; Statbel, 2020a).

Les données des participants n'ayant pas répondu à toutes les questions n'ont pas été utilisées. Par contre, nous avons décidé de conserver les données d'un participant qui a répondu à toutes les questions, sauf à la dernière concernant le second consentement après le débriefing.

### **2. Recrutement et procédure**

Le recrutement des participants a commencé en janvier 2022 et s'est terminé en mars 2022.

Tout d'abord, nous avons demandé à dix personnes travaillant en maison de repos de remplir l'enquête en ligne (annexe 9) à nos côtés. En effet, nous avons créé cette enquête sur la plateforme [surveys.fplse.uliege.be](https://surveys.fplse.uliege.be). Elle n'est donc pas validée scientifiquement. Avant la passation, nous avons donné un formulaire d'information (annexe 1) et un formulaire de consentement écrit (annexe 2) à ces dix premiers participants. Ces derniers ont lu les documents, ont eu l'occasion de nous poser des questions s'ils en avaient et nous ont rendu un exemplaire signé du formulaire de consentement écrit. Assister à la passation de plusieurs participants avant de diffuser l'enquête nous a permis de nous assurer que l'enquête en ligne ne posait aucune difficulté de compréhension, ni de difficulté technique. Après la passation du premier participant, nous avons réalisé quelques modifications. Nous n'avons plus modifié l'enquête en ligne par la suite. Nous avons également pris quelques notes des commentaires de ces dix participants lorsqu'ils répondaient aux questions, afin d'enrichir l'analyse des données.

Ensuite, nous avons partagé un message de recrutement sur les réseaux sociaux (annexe 3). Les personnes intéressées devaient commenter la publication ou nous envoyer un message privé pour recevoir le lien de l'enquête en ligne. Il est préférable de ne pas diffuser directement le lien sur les réseaux sociaux et de le rendre uniquement accessible au public visé. Par contre, les

professionnels ayant reçu le lien pouvaient le partager à leurs collègues travaillant également en maison de repos.

Nous avons également recruté des participants via les structures officielles en contactant différentes maisons de repos. Lorsque nous avons pris contact avec les structures, nous rentrions en contact soit avec la secrétaire, soit avec la direction. Si nous rencontrions la direction, nous lui donnions la lettre de demande de recrutement (annexe 4). En fonction des préférences de la personne rencontrée, nous avons utilisé différentes méthodes de recrutement. Pour certaines maisons de repos, nous nous y sommes rendus durant une pause, pour présenter l'étude aux professionnels et leur proposer de participer à l'enquête en ligne. Nous leur distribuions alors des prospectus (annexe 5), et une grille (annexe 6) passait également dans les mains des professionnels, leur permettant d'inscrire leur adresse mail pour recevoir le lien de l'enquête par la suite. À notre départ, la grille était collée à un mur, à côté d'une affiche présentant l'étude (annexe 7). Certains établissements ont préféré que nous venions seulement leur déposer les documents (les prospectus, la grille d'inscription et l'affiche), sans présenter l'étude aux professionnels. Environ deux semaines après avoir déposé les documents, nous revenions les chercher ou alors un professionnel nous envoyait la grille scannée ou les adresses mails qui y étaient inscrites. Puis, nous envoyions un mail avec le lien de l'enquête aux personnes inscrites. D'autres maisons de repos ont préféré que nous leur envoyions directement le lien de l'enquête par mail. Ensuite, le secrétariat ou la direction ont transféré ce mail à leurs professionnels.

Une fois le lien reçu, les professionnels (sauf les dix premiers participants) répondaient seuls à l'enquête en ligne à leur domicile. Cette enquête durait environ dix à quinze minutes. Les données récoltées sont totalement anonymes.

Sur la première page de l'enquête en ligne, se trouve le consentement par internet (annexe 8), qui reprend notamment des explications quant à la confidentialité des données et de brèves informations sur l'étude. Ensuite, l'enquête en ligne commençait réellement : différentes questions étaient posées. Elles sont décrites plus loin. À la dernière page, les professionnels étaient remerciés. Nous leur donnions également deux numéros de téléphone de services psychologiques qu'ils pouvaient appeler, si ces questions avaient généré chez eux beaucoup de questionnements quant à leur emploi et qu'ils sentaient le besoin d'en parler. Ensuite, les participants prenaient connaissance d'un débriefing écrit, expliquant l'objectif et les hypothèses de l'étude. Enfin, ayant pris connaissance de l'objectif réel de l'étude, nous demandions à nouveau aux participants s'ils consentaient à ce que leurs réponses soient collectées.

### 3. Support et mesures

Le protocole de cette étude est donc constitué d'une enquête en ligne (annexe 9). Les questions de cette enquête ont été créées dans le cadre de cette étude. Bien que nous nous soyons assurés de la compréhension des questions pour les dix premiers participants, le questionnaire n'est pour autant pas validé. L'enquête se divise en différentes parties.

#### 3.1. Questions socio-démographiques

D'abord, des questions socio-démographiques ainsi que des questions concernant le lieu de travail ont été posées aux participants. Des informations sur le genre, l'âge, la profession, l'ancienneté, le nombre de lits dans leur maison de repos ainsi que le type de cette dernière ont été recueillies.

#### 3.2. Questions sur les valeurs en maison de repos

Ensuite, une situation était proposée aux participants : « *Vous travaillez en maison de repos. Nous souhaitons que vous vous positionniez dans la situation suivante. Imaginez que vous deviez, pour des raisons de santé, quitter votre domicile pour aller vivre en maison de repos* ». Les professionnels en maison de repos sont donc placés dans la peau de futurs résidents. En s'imaginant dans cette situation, les participants devaient écrire jusqu'à cinq éléments importants pour une maison de repos (ses valeurs, des éléments qui fixent ses lignes de conduite) qui leur donneraient envie d'y vivre. Puis, les participants devaient donner jusqu'à cinq éléments importants en maison de repos qui ne leur donneraient pas envie d'y résider.

Après avoir cité des éléments attractifs et des éléments aversifs selon eux en maison de repos, les participants étaient invités à préciser chaque élément donné. Si les participants jugeaient qu'il n'était pas nécessaire de préciser un élément, ils pouvaient ne pas répondre.

Puis, les participants devaient indiquer dans quelle mesure chaque élément donné était présent dans la maison de repos dans laquelle ils travaillent. Pour ce faire, nous avons utilisé les échelles visuelles analogiques (appelés également VAS, *Visual Analogue Scales*). Le score minimum de l'échelle était 0, tout à gauche, c'est-à-dire « *pas du tout* » (figure 2). Ce score signifiait que l'élément en question n'était pas du tout présent dans l'établissement dans lequel le professionnel travaille. Le score maximum était de 10, tout à droite, soit « *totalement* ». Ce

score signifiait que l'élément en question était totalement présent dans l'établissement du professionnel. Pour chaque échelle, le curseur était initialement placé sur le score 5, soit au milieu de l'échelle. Les participants devaient déplacer le curseur en fonction de la présence de l'élément en question dans leur maison de repos. Après avoir déplacé le curseur, les participants voyaient apparaître le score de présence donné (soit un nombre entre 0 et 10).

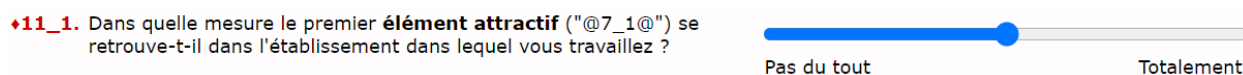


Figure 2. Exemple d'échelle visuelle analogique. Le système informatique reprenait automatiquement l'élément entre arobases cité à la page précédente, à la question liée au chiffre inscrit.

Les participants ne pouvaient pas revenir en arrière dans l'enquête en ligne, afin qu'ils soient plus spontanés et qu'ils ne donnent pas, par exemple, les plus grandes qualités et les plus grands défauts de la maison de repos dans laquelle ils travaillent (à la place des maisons de repos en général).

Les scores de présence des éléments attractifs et des éléments repoussants en maison de repos nous permettent de calculer une estimation de la congruence des valeurs entre les professionnels et leur maison de repos.

Ces questions relatives aux valeurs souhaitées en maison de repos et leur présence en réalité sont basées sur celles que Monsieur Adam pose aux professionnels de maison de repos au début de ses formations sur le changement culturel (S. Adam, communication personnelle, 24 février 2021). Son questionnaire a pour but de faire prendre conscience aux professionnels des valeurs qu'ils souhaitent en maison de repos, que celles-ci convergent vers le modèle du changement culturel et qu'elles ne correspondent pas à celles de leur établissement.

En général, pour calculer la congruence des valeurs, les auteurs donnent une liste de valeurs aux professionnels (O'Reilly et al., 1991 ; Chatman, 1991 ; Westerman & Linda, 2004 ; Verplanken, 2004). Ceux-ci doivent indiquer la mesure dans laquelle chaque valeur est présente dans leur organisation et la mesure dans laquelle ils souhaitent chaque valeur. Ensuite, les auteurs calculent la différence entre ces deux taux, afin d'obtenir un score de congruence des valeurs. Dans notre étude, nous n'avons pas procédé de la sorte, car notre objectif principal était de connaître les valeurs souhaitées que donnent spontanément les professionnels, en se mettant à la place de futurs résidents.

### 3.3. Questions supplémentaires

Ensuite, nous avons évalué l'intention de quitter en demandant aux professionnels : « *quelle est la probabilité que vous quittiez votre emploi dans les 6 mois ?* ». Pour répondre à cette question, les participants devaient déplacer le curseur sur d'une échelle visuelle analogique allant de 0, « *pas du tout probable* » à 10, « *très probable* ». Contrairement à différents auteurs (Ren, 2013 ; O'Reilly et al., 1991 ; Westerman & Linda, 2004), nous n'avons pas utilisé une échelle de Likert de 5 ou 7 niveaux, mais une échelle visuelle analogique de 11 niveaux, afin que les scores soient plus précis et plus nuancés. Par contre, comme ces auteurs, nous avons utilisé une échelle mesurant l'intention de quitter, afin d'évaluer l'impact du manque de congruence des valeurs que nous pensions obtenir. En effet, comme nous l'avons vu, le manque de congruence de valeurs prédit l'intention de quitter et d'autres indicateurs organisationnels (le burnout, l'insatisfaction professionnelle ainsi que le désengagement organisationnel), qui induisent à leur tour l'intention de quitter. De plus, l'intention de quitter est, selon Verquer et ses collaborateurs (2003), un des critères les plus souvent examinés dans les études portant sur l'adéquation entre la personne et son organisation.

Nous avons également mesuré la propension à recommander leur maison de repos, non pas en tant que lieu de travail mais en tant que lieu de vie et de soins. Pour ce faire, nous avons demandé aux participants d'indiquer la mesure dans laquelle ils seraient enclins à proposer à leur proche d'intégrer la maison de repos dans laquelle ils travaillent, si cela était nécessaire pour des raisons de santé. Encore une fois, les participants devaient répondre à la question en déplaçant le curseur d'une échelle visuelle analogique allant de 0, « *pas du tout* » à 10 « *totale*ment ». Nous avons vu plus haut que la propension à recommander sa structure comme lieu de travail est influencé par la congruence de valeurs. Néanmoins, ici, nous nous sommes intéressés à la tendance à recommander son établissement à son entourage comme lieu de vie et de soins et non comme lieu de travail. Cet aspect a peu été étudié dans la littérature.

Enfin, nous avons demandé aux professionnels s'ils avaient déjà suivi une formation ou une conférence de Monsieur Adam, en précisant qu'il est professeur en psychologie du vieillissement. Si les participants répondaient positivement, ils étaient invités à en préciser le sujet. Nous estimions que si les professionnels connaissent la manière dont Monsieur Adam aborde les thèmes en psychologie du vieillissement, ils sont alors familiarisés avec une approche démedicalisée, humaniste, et non âgiste de la prise en charge du vieillissement. Ces professionnels pourraient aussi avoir déjà connaissance du modèle du changement culturel.



#### 4. Analyses des résultats

Les statistiques descriptives et inférentielles ont été réalisées avec le logiciel SAS® 9.4. Le seuil de significativité est fixé à 5%, soit  $p < .05$ .

Pour répondre à notre premier objectif, nous avons utilisé les éléments attractifs et repoussants en maison de repos donnés par les participants. Pour mettre ces éléments en lien avec le modèle médical et le modèle du changement culturel, des juges externes ont évalué dans quelle mesure chaque élément cité correspondait plutôt au modèle médical ou plutôt au modèle du changement culturel. Après avoir classé ces éléments en trois catégories (c'est-à-dire les valeurs du modèle médical, les valeurs neutres et les valeurs du modèle du changement culturel), des nuages de mots et des digrammes de fréquence ont été réalisés. Nous avons également effectué un Chi-carré d'indépendance afin d'étudier le lien entre le type d'éléments donnés (attractifs et repoussants) et la catégorie attribuée sur base de l'évaluation des juges externes (valeurs « comme à l'hôpital », valeurs neutres, valeurs « comme à la maison »).

Dans le cadre de notre premier objectif secondaire, nous avons calculé les moyennes des valeurs « comme à l'hôpital », neutres et « comme à la maison » au sein des éléments attractifs et des éléments repoussants. De plus, une nouvelle variable a été créée : les attentes globales. Cette variable constitue la moyenne de la présence moyenne des éléments attractifs et de l'absence moyenne des éléments repoussants. Aucune analyse statistique inférentielle n'a pu être réalisée pour comparer ces différentes moyennes.

Pour atteindre notre deuxième objectif secondaire, nous avons réalisé des corrélations de Spearman entre les différentes attentes rencontrées et la probabilité de quitter son emploi, ainsi que la probabilité de recommander sa maison de repos à un proche. Nous avons utilisé une corrélation non-paramétrique compte tenu de la non-normalité de la plupart des variables citées. La non-normalité des données a été mise en évidence par le test de Shapiro-Wilk.

Enfin, nous avons réalisé plusieurs analyses statistiques exploratoires. D'une part, nous avons réalisé deux régressions multiples. Nous avons tenté d'expliquer la probabilité de quitter son emploi dans les 6 mois, puis la probabilité de recommander sa structure à son proche par les variables socio-démographiques. D'autre part, nous avons réalisé des corrélations de Spearman (au vu de la non-normalité des données) avec toutes les variables.

## V. Résultats

### 1. Description de l'échantillon

Les données sociodémographiques sont reprises dans le tableau 1.

L'échantillon se compose de 129 participants : 116 femmes et 13 hommes. L'âge moyen des participants est de 39 ans ( $38.59 \pm 10.80$ ). Le nombre moyen d'années d'ancienneté est de 12 ( $11.63 \pm 8.95$ ).

En ce qui concerne la profession, 29 participants occupent la fonction d'infirmier/infirmière et 27 occupent celle d'aide-soignant(e). Les membres du personnel d'entretien, de cuisine et du personnel administratif sont respectivement au nombre de 5, 2 et 8. Nous retrouvons également 7 directeurs/directrices ainsi que 37 participants exerçant une profession paramédicale (c'est-à-dire : la kinésithérapie, l'ergothérapie, la logopédie ou la psychologie). Parmi les 14 participants n'ayant pas retrouvé leur profession dans la liste ci-dessous : 9 participants sont éducateurs, 2 sont chefs d'équipe d'entretien et de cuisine, une participante est psychomotricienne, une est animatrice, et enfin, une est assistante sociale.

Ensuite, concernant les maisons de repos dans laquelle les participants travaillent, elles contiennent, pour la plupart, entre 51 et 150 lits (89%). Le nombre de lits le plus fréquent se trouve entre 76 et 100 (27%). La majorité des participants (52%) travaillent dans une maison de repos du secteur privé. Quant aux autres, 28% travaillent dans le secteur public et 19% dans le secteur associatif. De plus, 2% des participants ne connaissent pas le secteur de la maison de repos dans laquelle ils travaillent.

Par ailleurs, la majorité des participants (71%) n'ont pas suivi une formation ou assisté à une conférence de Monsieur Adam. Les thèmes des formations suivies et des conférences assistées par 27% des participants étaient : la dépression chez les seniors, la période Covid, l'âgisme, le bonheur en vieillissant et la médicalisation du vieillissement.

Enfin, la probabilité moyenne de quitter son emploi dans les 6 mois est de 2/10 ( $2.03 \pm 2.74$ ). Pour rappel, le score 0 signifie qu'il n'est pas du tout probable que le professionnel quitte son emploi dans les 6 mois, alors que le score 10 signifie que cela est très probable. Par ailleurs, la probabilité moyenne de proposer à un proche d'intégrer la maison de repos dans laquelle ils travaillent est de 7/10 ( $6.72 \pm 2.85$ ). Le score 0 représente également une très faible probabilité et le score 10 représente une très grande probabilité.

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

Variables	N (%)	Moyenne (écart-type)	Min. – Max.
<b>Sexe :</b>			
Femme	116 (89.92%)		
Homme	13 (10.08%)		
<b>Âge :</b>	129 (100%)	38.59 (10.80)	20 – 62
<b>Ancienneté :</b>	129 (100%)	11.63 (8.95)	1 – 39
<b>Profession :</b>			
Infirmier/infirmière	29 (22.48%)		
Aide-soignant(e)	27 (20.93%)		
Personnel d'entretien	5 (3.88%)		
Personnel de cuisine	2 (1.55%)		
Personnel administratif	8 (6.20%)		
Direction	7 (5.43%)		
Personnel paramédical	37 (28.68%)		
Autre	14 (10.85%)		
<b>Nombre de lits :</b>			
Entre 0 et 25	3 (2.33%)		
Entre 26 et 50	3 (2.33%)		
Entre 51 et 75	25 (19.38%)		
Entre 76 et 100	35 (27.13%)		
Entre 101 et 125	27 (20.93%)		
Entre 126 et 150	28 (21.71%)		
Entre 151 et 175	2 (1.55%)		
Entre 176 et 200	3 (2.33%)		
Plus de 200	3 (2.33%)		
<b>Type de maison de repos :</b>			
Public	36 (27.91%)		
Privé	67 (51.94%)		
Associatif	24 (18.60%)		
« Je ne sais pas »	2 (1.55%)		
<b>Formation/conférence de Monsieur Adam :</b>			
Oui	35 (27.13%)		
Non	92 (71.32%)		
« Je ne sais pas »	2 (1.55%)		
<b>Probabilité de quitter son emploi dans les 6 mois</b>	129 (100%)	2.03 (2.74)	0 – 10
<b>Probabilité de proposer à un proche d'intégrer la maison dans laquelle ils travaillent, si cela était nécessaire.</b>	129 (100%)	6.72 (2.85)	0 – 10

Note. N, nombre de sujets ; %, pourcentages ; Min., minimum ; Max., maximum.

## 2. Objectif principal

Pour rappel, l'objectif principal de ce mémoire est de prendre connaissance des valeurs en maison de repos que les professionnels trouvent les plus attractives et celles qu'ils trouvent les plus repoussantes, en se mettant à la place d'un futur résident.

### 2.1. Évaluation des valeurs par des juges externes

Aux questions relatives aux valeurs en maison de repos, les participants ont donné au total 1.124 réponses. Ces valeurs ont été rassemblées en 141 clusters de valeurs attractives et 129 clusters de valeurs repoussantes, soit 270 clusters au total. Ensuite, ces clusters ont été évalués par trois juges externes (trois hommes, moyenne d'âge = 31 ans). Pour ce faire, une seconde enquête en ligne a été créée sur la même plateforme que la première (à savoir [surveys.fplse.uliege.be](https://surveys.fplse.uliege.be)). Cette enquête reprenait les 270 valeurs finales et a été divisée en deux parties (une pour les valeurs attractives et une pour les valeurs repoussantes) afin que les juges restent attentifs. Les juges ont complété cette enquête durant environ deux fois vingt minutes. Ils devaient juger sur une échelle visuelle analogique allant de 0 à 10, dans quelle mesure les 270 valeurs finales correspondaient plutôt au modèle médical ou plutôt au modèle du changement culturel (figure 3). Un score de 0 signifiait que la valeur correspondait totalement au modèle de l'hôpital, tandis qu'un score de 10 signifiait que la valeur correspondait totalement au modèle du changement culturel.

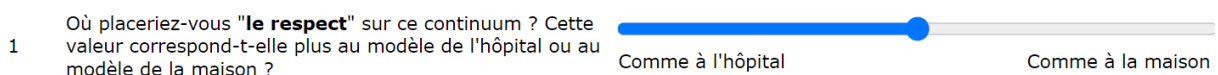


Figure 3. Exemple de question de la seconde enquête, à l'intention des juges externes.

L'accord inter-juges a été calculé avec le coefficient de corrélation intraclasse (*intraclass correlation coefficient, ICC*) (Crutzen et al., 2022 ; Marquet et al., *in press*). Celui-ci s'élève à .60 : il s'agit d'une corrélation de taille moyenne. D'un côté, certains mots sont ambigus : les juges leur ont donné des scores de changement culturel assez différents. Par exemple, l'élément « *prix abordable* » a été coté 1, 5 et 6 par les juges externes et l'élément « *manque d'ouverture* » a été coté 6, 3 et 4. D'un autre côté, les juges s'accordent très bien voire parfaitement sur différents mots : l'élément « *convivialité* » a notamment été coté 8 par chaque juge et l'élément « *personnel désagréable* » a été coté 5.

Afin de tenter d'augmenter l'accord inter-juges, une autre juge (une femme cette fois) a évalué les éléments donnés par les participants. L'accord entre les 4 juges était alors de .48, soit plus faible que celui calculé précédemment. Nous avons également calculé l'accord entre les juges 1 et 2, entre les juges 1 et 3, ainsi qu'entre les juges 2 et 3. Nous supposons qu'un des trois juges ait répondu d'une manière différente des autres. Les accords inter-juges étaient respectivement de .60, .57 et .61, soit assez similaires à l'accord entre les trois juges.

Bien que la corrélation ne soit pas élevée et que nos tentatives pour l'augmenter n'aient pas été concluantes, nous avons décidé de poursuivre les analyses en nous basant, pour chaque valeur finale, sur la moyenne des scores de changement culturel attribués par les trois premiers juges externes. Ensuite, nous avons considéré qu'un score entre 0 et 4 correspondait à une valeur du modèle médical (valeur « comme à l'hôpital »), qu'un score entre 4.01 et 5.99 était neutre (valeur neutre), et qu'un score entre 6 et 10 correspondait à une valeur du modèle du changement culturel (valeur « comme à la maison »).

## 2.2. Analyse descriptive des éléments donnés

À partir des valeurs finales issues des réponses données par les professionnels, deux nuages de mots ont été créés avec les valeurs les plus citées (figures 4 et 5). Plus la taille du mot est grande, plus celui-ci a été cité par les participants. Le code couleur utilisé est le suivant : rouge pour les éléments jugés « comme à l'hôpital », bleu pour les éléments jugés neutres et vert pour les éléments jugés « comme à la maison ». Par ailleurs, nous avons décidé de regrouper certains éléments ensemble, dans le but que les nuages de mots représentent de la manière la plus fidèle les éléments donnés par les participants. Par exemple, l'élément « *rythme imposé* » reprend les éléments suivants : « *horaire de repas imposé* », « *heure de souper imposée* », « *horaire strict de soins* », « *jours fixes pour la toilette* » ainsi que « *heure de lever imposée* », car nous avons estimé qu'ils reprenaient des idées très similaires. Ainsi, nous avons regroupé les 270 valeurs finales en 239 clusters de valeurs très proches. Enfin, afin que les nuages de mots soient compréhensibles, nous n'avons pas intégré tous les éléments donnés et nous nous sommes limités aux éléments cités au moins par 5 professionnels.

Concernant le premier nuage de mots (figure 4), nous observons que les trois éléments attractifs les plus cités sont « *bons soins* », « *activités variées et régulières* » et « *respect de la singularité* » (cités respectivement à 29, 26 et 25 reprises). Les juges externes ont considéré que le premier mot correspond plutôt au modèle médical, et que les deux suivants correspondent

plutôt au modèle du changement culturel. Par « *respect de la singularité* », les participants entendent le respect des choix, des envies, des idées, des valeurs, des agissements et des croyances du résident. De plus, parmi les 42 éléments attractifs cités au moins à 5 reprises, 60% des mots sont jugés « comme à la maison » et 12% des mots sont jugés « comme à l'hôpital ».



Figure 4. Nuage de mots pour les éléments attractifs les plus fréquemment cités par les professionnels quand ils s'imaginent devoir aller vivre en maison de repos.

Dans le deuxième nuage de mots (figure 5), les quatre éléments repoussants les plus cités sont « *rythme imposé* », « *manque de personnel* », « *manque de liberté* » et « *manque d'activités* » (cités respectivement 37, 36, 23 et 23 fois). Les juges externes ont estimé que ces quatre mots se rapportent plutôt au modèle médical. Parmi les 30 mots repoussants les plus cités, 37% sont des mots jugés « comme à l'hôpital » et aucun n'est jugé « comme à la maison ».



Figure 5. Nuage de mots pour les éléments repoussants les plus fréquemment cités par les professionnels quand ils s'imaginent devoir aller vivre en maison de repos.

Pour la suite des analyses, contrairement aux nuages de mots pour lesquels nous avons utilisé les 239 clusters de valeurs, nous avons préféré utiliser de manière individuelle les 270 éléments évalués par les juges externes, afin que les données soient les plus précises possibles.

Si nous nous intéressons aux valeurs attractives, nous voyons que les participants ont donné 11% d'éléments jugés « comme à l'hôpital », 34% d'éléments jugés neutres et 55% d'éléments jugés « comme à la maison » (figure 6).

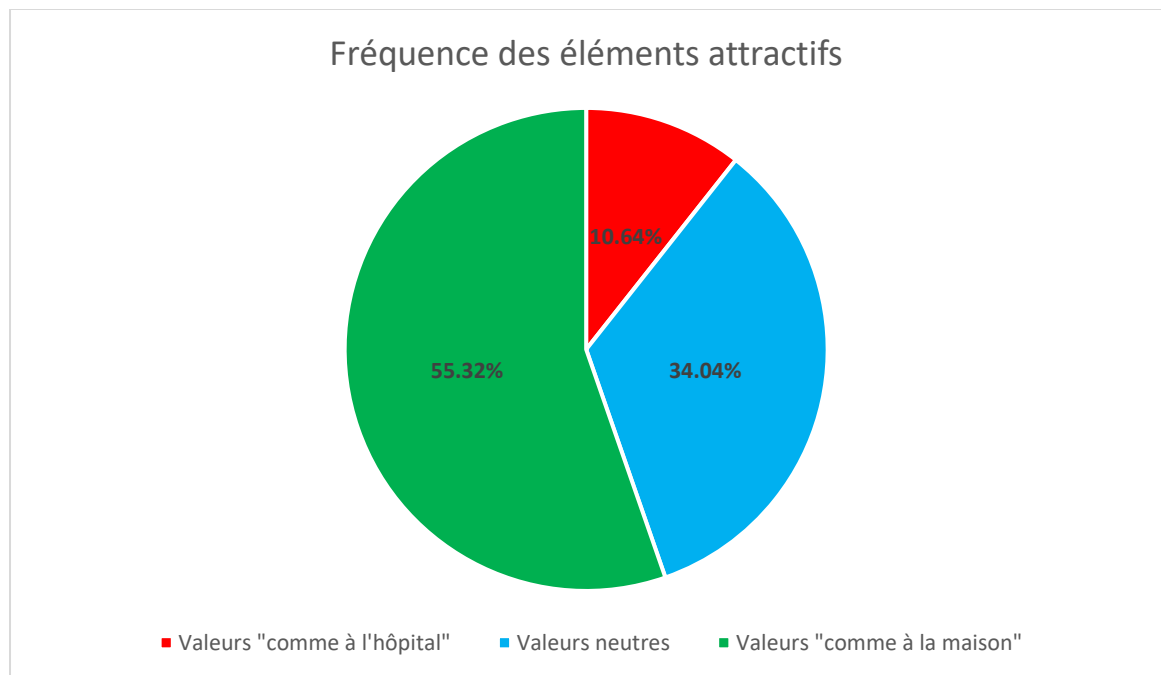


Figure 6. Diagramme de fréquence des éléments attractifs cités sur base de leur évaluation par les juges.

Concernant tous les éléments repoussants, les participants ont donné 39% d'éléments jugés « comme à l'hôpital », 58% d'éléments jugés neutres et 3% d'éléments jugés « comme à la maison » (figure 7).

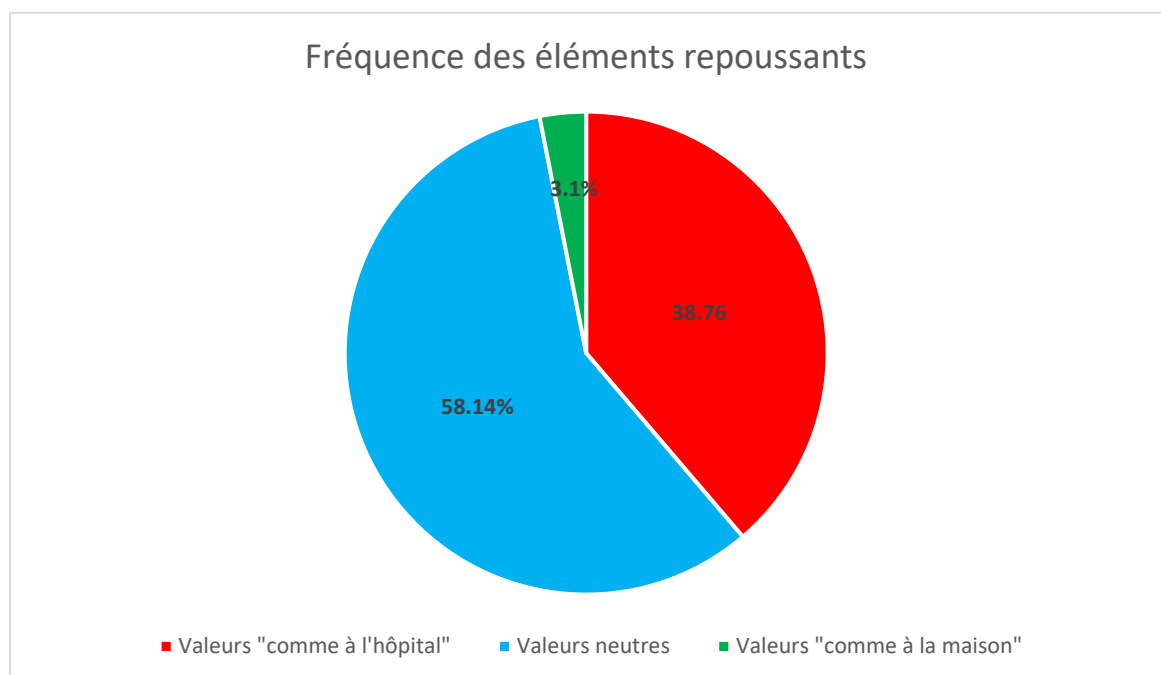


Figure 7. Diagramme de fréquence des éléments repoussants cités sur base de leur évaluation par les juges.

### 2.3. Analyse inférentielle des éléments donnés

Ensuite, nous voulions savoir si le type d'éléments donnés (c'est-à-dire les éléments attractifs ou repoussants) et la catégorie accordée sur base des scores donnés par les juges (c'est-à-dire les valeurs « comme à l'hôpital », neutres ou « comme à la maison ») étaient indépendants. Nous supposons qu'il y avait plus d'éléments attractifs jugés « comme à la maison » et plus d'éléments repoussants jugés « comme à l'hôpital ». Nous avons donc réalisé un test du Chi-carré avec ces deux variables. Dans le tableau 2, se trouve le tableau de contingence.

Tableau 2. *Tableau de contingence en fonction du type d'éléments donnés (attractif ou repoussant) et de la catégorie attribuée sur base de l'évaluation des juges (« comme à l'hôpital », neutre ou « comme à la maison »).*

		Valeurs « comme à l'hôpital »	Valeurs neutres	Valeurs « comme à la maison »
<b>Éléments attractifs</b>	N	15	48	78
	% ligne	10.64%	34.04%	55.32%
	% colonne	23.08%	39.02%	95.12%
<b>Éléments repoussants</b>	N	50	75	4
	% ligne	38.76%	58.14%	3.10%
	% colonne	76.92%	60.98%	4.88%

Note. N, nombre d'éléments donnés ; %, pourcentages.

Le test du Chi-carré d'indépendance (tableau 3) a mis en évidence un lien significatif entre le type d'éléments donnés et la catégorie attribuée sur base de l'évaluation des juges externes,  $\chi^2(2, N = 270) = 91.20, p < .0001$ . La répartition des valeurs « comme à l'hôpital », neutres et « comme à la maison » parmi les éléments attractifs et les éléments repoussants n'est donc pas homogène. En nous basant sur le coefficient V de Cramer, nous voyons que la taille d'effet est de .58. L'intensité de l'association entre les deux variables est donc forte.

Tableau 3. *Test du Chi-carré d'indépendance entre le type d'éléments donnés (attractifs ou repoussants) et la catégorie attribuée sur base de l'évaluation des juges (« comme à l'hôpital », neutre ou « comme à la maison »).*

Statistique	dl	Valeur	p
$\chi^2$	2	91.20	< .0001***
<b>Coefficient phi <math>\phi</math></b>		0.58	
<b>Coefficient de contingence C</b>		0.50	
<b>Coefficient V de Cramer</b>		0.58	

Note. dl, degrés de liberté ; p, probabilité de dépassement. \*  $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$  ; \*\*\*  $p < .001$



### 3. Objectifs secondaires

#### 3.1. *Analyse de la présence des valeurs en maison de repos*

Notre premier objectif secondaire était de savoir dans quelle mesure les éléments jugés importants (les éléments attractifs comme les éléments repoussants) sont présents dans la maison de repos dans laquelle les participants travaillent. Nous avons d'abord analysé de manière descriptive les scores de présence des éléments attractifs et repoussants en fonction de leur catégorisation par les juges externes (tableau 4). Rappelons que les scores peuvent aller de 0 à 10. Le score 0 signifie que la valeur ne se retrouve pas du tout dans la structure et le score 10 signifie que la valeur s'y retrouve totalement.

En ce qui concerne les éléments attractifs, nous observons que les moyennes des scores de présence pour les valeurs jugées « comme à l'hôpital », les valeurs neutres et les valeurs jugées « comme à la maison » sont assez proches (respectivement 7.40, 6.97 et 6.93).

Pour ce qui est des éléments repoussants, la moyennes des scores de présence des valeurs jugées « comme à l'hôpital » est de 5.17, celle des valeurs neutres est de 3.78, et elle est de 4.75 pour les valeurs « comme à la maison ». Néanmoins, cette dernière moyenne ne paraît pas représentative. En effet, le nombre d'éléments repoussants jugés « comme à la maison » est faible (N = 8). Ces huit éléments sont regroupés sous les clusters : « *personnel trop familier* », « *manque de matériel* », « *manque de suivi dans les soins* », et « *manque de tranquillité* ».

Parmi tous les éléments donnés, la moyenne des scores de présence des valeurs jugées « comme à l'hôpital » est de 5.70. Celle des valeurs neutres est de 4.96 et celle des valeurs jugées « comme à la maison » est de 6.89. La moyenne des scores de présence des éléments attractifs est de 7 et celle des éléments repoussants est de 4.38.

Tableau 4. *Nombre, présence moyenne, et écart-type des éléments attractifs et des éléments repoussants donnés en fonction de la catégorisation par les juges externes.*

	Éléments attractifs		Éléments repoussants		Total	
	N	Moyenne (écart-type)	N	Moyenne (écart-type)	N	Moyenne (écart-type)
<b>Valeurs « comme à l'hôpital »</b>	68	7.40 (2.18)	217	5.17 (2.82)	285	5.70 (2.83)
<b>Valeurs neutres</b>	170	6.97 (2.32)	292	3.78 (3.15)	462	4.96 (3.26)
<b>Valeurs « comme à la maison »</b>	364	6.93 (2.58)	8	4.75 (3.20)	372	6.89 (2.61)
<b>Total</b>	602	7 (2.46)	517	4.38 (3.09)	1119	5.79 (3.06)

Note. N, nombre de sujets.

Intéressons-nous maintenant à l'analyse inférentielle de ces données. Nous voulions réaliser différents tests : nous voulions tester l'égalité des moyennes de présence des valeurs « comme à l'hôpital », neutres et « comme à la maison » seulement parmi les éléments attractifs donnés, puis seulement parmi les éléments repoussants donnés, et enfin parmi tous les éléments donnés.

Puisque la présence des éléments a été évaluée grâce à une échelle visuelle analogique allant de 0 à 10, la présence des éléments donnés constitue une variable ordinale. Il convient d'utiliser un test non-paramétrique : nous avons donc utilisé le test non-paramétrique de Kruskal-Wallis. Néanmoins, les résultats n'étaient pas valides au vu du nombre très important d'ex-aequo. En effet, les scores de présence moyens pour les trois catégories de valeurs se situaient entre 229 et 326, alors qu'ils auraient dû être compris entre 0 et 10.

Ensuite, nous avons utilisé un autre test paramétrique, le test de Wilcoxon. Il permet de comparer les médianes de deux groupes indépendants. Nous avons donc choisi de comparer les valeurs « comme à l'hôpital » avec les valeurs « comme à la maison ». Mais, les résultats n'étaient pas valides non plus, au vu du grand nombre d'ex-aequo.

Puis, nous avons également pensé à utiliser le test non paramétrique de Mann-Whitney pour comparer les valeurs « comme à l'hôpital » et « comme à la maison ». Mais, comme les autres tests non-paramétriques, il se base sur les rangs et tolère un petit nombre de scores ex-aequo. Ce test ne convenait donc pas non plus.

Nous avons alors tenté de réaliser trois analyses de variance simples et une analyse de variance double. Nous voulions comparer les moyennes des trois catégories de valeurs au sein des éléments attractifs, au sein des éléments repoussants et au sein de tous les éléments donnés. Nous voulions également comparer les moyennes de présence des valeurs en maison de repos en fonction des catégories des valeurs ainsi que le type d'éléments donnés. D'abord, nous devions vérifier l'homogénéité des variances avec le test de Levene. L'homogénéité des variances a été tolérée pour les éléments attractifs ( $F = 2.09, p = .12$ ), mais a été rejetée pour les éléments repoussants ( $F = 13.13, p < .0001$ ). Une autre condition d'application de ce test est la normalité des données. Parmi les éléments attractifs et parmi les éléments repoussants, la normalité des données a été testée pour les valeurs « comme à l'hôpital », neutres et « comme à la maison ». Le test de Shapiro-Wilk a montré que la normalité des données était rejetée dans tous les cas avec des probabilités inférieures à  $< .0001$ , sauf pour les éléments repoussants jugés « comme à la maison » ( $W = .96, p = .83$ ). Comme nous l'avons vu, ce dernier résultat est à

nuancer car il ne repose que sur 8 éléments. Comme les conditions d'application n'étaient pas remplies, nous ne pouvions pas utiliser l'analyse de variance.

Enfin, nous avons essayé de réaliser des tests t de Student. Nous n'avons plus pris en compte les valeurs neutres. Nous comptons comparer les moyennes des valeurs « comme à l'hôpital » et des valeurs « comme à la maison », au sein des éléments attractifs, des éléments repoussants et de tous les éléments donnés. Les conditions d'application de ce test sont aussi la normalité des données et l'homogénéité des variances. Pour les éléments attractifs, ces conditions d'application ne sont pas remplies : l'homogénéité des variances est rejetée ( $F = 1.49, p = .048$ ), tout comme la normalité des valeurs « comme à l'hôpital » ( $W = .89, p < .0001$ ) et des valeurs « comme à la maison » ( $W = .89, p < .0001$ ). En ce qui concerne les éléments repoussants, l'homogénéité des variances est tolérée ( $F = 1.28, p = .52$ ), tout comme la normalité des données pour les valeurs « comme à la maison » ( $W = .96, p = .84$ ). Par contre, la normalité des données est rejetée pour les valeurs « comme à l'hôpital » ( $W = .95, p < .0001$ ). Pour tous les éléments donnés, l'homogénéité des variances est tolérée ( $F = 1.17, p = .15$ ), mais la normalité des données est rejetée pour les valeurs « comme à l'hôpital » ( $W = .94, p < .0001$ ) ainsi que pour les valeurs « comme à la maison » ( $W = .89, p < .0001$ ). Étant donné que les conditions d'application ne sont remplies pour aucun des trois tests, nous n'avons pas pu réaliser de test t avec ces données.

En conclusion, aucune analyse statistique inférentielle ne nous permet de tester l'égalité de ces moyennes.

### 3.2. Analyse des attentes rencontrées en lien avec des probabilités de quitter son emploi et de recommander sa structure

Un de nos objectifs était de savoir si les différentes attentes rencontrées (c'est-à-dire la présence des éléments attractifs, l'absence des éléments repoussants et les attentes globales rencontrées) sont liées de manière significative avec la probabilité de quitter son emploi, ainsi que la probabilité de recommander la maison de repos.

Avant de réaliser des corrélations, la normalité de ces différentes variables a été calculée grâce au test de Shapiro-Wilk (tableau 5).

Tableau 5. *Test de normalité de Shapiro-Wilk appliqué aux différentes attentes rencontrées, à la probabilité de quitter son emploi et à la probabilité de recommander sa maison de repos.*

	W	p
Présence moyenne des éléments attractifs	0.926875	< 0.0001***
Absence moyenne des éléments repoussants	0.972888	0.0129*
Attentes globales rencontrées	0.984001	0.1339
Probabilité de quitter son emploi	0.760237	< 0.0001***
Probabilité de recommander sa maison de repos à un proche	0.871727	< 0.0001***

Note. W, statistique de Shapiro-Wilk ; p, probabilité de dépassement. \*  $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$  ; \*\*\*  $p < .001$

Nous pouvons observer que, pour quatre des cinq variables, l'hypothèse de normalité des données est à rejeter. Nous devons utiliser un test non-paramétrique. Nous avons donc utilisé la corrélation non-paramétrique de Spearman.

Parmi les différentes corrélations de Spearman réalisées (tableau 6), nous observons que la probabilité de recommander sa maison de repos à un proche est significativement liée à la présence des éléments attractifs ( $r_s(127) = .57, p < .0001$ ), à l'absence des éléments repoussants ( $r_s(123) = .41, p < .0001$ ), ainsi qu'aux attentes globales rencontrées ( $r_s(127) = .56, p < .0001$ ). Les autres corrélations ne sont pas significatives.

Tableau 6. *Coefficients de corrélation de Spearman entre les variables relatives aux attentes rencontrées et les variables relatives aux probabilités.*

		Probabilité de quitter son emploi dans les 6 mois	Probabilité de recommander sa structure
<b>Présence moyenne des éléments attractifs</b>	$r_s$	-0.08	0.57
	p	0.39	< .0001***
<b>Absence moyenne des éléments repoussants</b>	$r_s$	-0.02	0.41
	p	0.80	< .0001***
<b>Attentes globales rencontrées</b>	$r_s$	-0.09	0.56
	p	0.31	< .0001***

Note.  $r_s$ , coefficient de corrélation ; p, probabilité de dépassement. \*  $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$  ; \*\*\*  $p < .001$

#### 4. Analyses statistiques exploratoires

##### 4.1. Analyse exploratoire liée à la probabilité de quitter son emploi

D'abord, nous souhaitons savoir si la probabilité de quitter son emploi dans les 6 mois pouvait être expliquée par les autres variables. Nous avons réalisé une régression multiple. Pour ce faire, nous avons transformé la probabilité de quitter son emploi, c'est-à-dire une variable ordinale de 0 à 10, en une variable nominale dichotomique. Les scores compris entre 0 et 4 se sont transformés en réponses « *plutôt improbable* ». Et les scores de 5 à 10 sont devenus des réponses « *plutôt probable* ». En effet, nous avons vu grâce au test de Shapiro-Wilk que les données de cette variable (soit la probabilité de quitter son emploi dans les 6 mois) ne sont pas normalement distribuées (tableau 5). Pourtant, cette condition est nécessaire pour pouvoir utiliser la régression multiple. La transformation des résultats expliquée ci-dessus permet d'utiliser ce test, parce qu'il est très puissant.

Avant de réaliser la régression, nous devons vérifier qu'il n'y avait pas de problème de multicolinéarité (tableau 7). Étant donné que tous les scores de tolérance ne sont pas inférieurs à .10 et que les scores au niveau du facteur d'inflation de la variance ne sont pas supérieurs à 10, nous pouvons conclure à l'absence d'effet de colinéarité parmi les différentes variables utilisées dans les régressions à venir.

Tableau 7. *Indices de multicolinéarité.*

Variables	Tolérance	FIV
Genre	0.96	1.03
Âge	0.46	2.18
Profession	0.87	1.15
Ancienneté	0.46	2.15
Nombre de lits en maison de repos	0.90	1.11
Type de maison de repos	0.91	1.09
Présence moyenne des éléments attractifs	0.79	1.26
Absence moyenne des éléments repoussants	0.80	1.24
Formation ou conférence de Monsieur Adam	0.85	1.17

Note. FIV, facteur d'inflation de la variance.

Nous pouvons donc réaliser la régression multiple (tableau 8). La valeur de la statistique  $F(9,115) = 1.36$ , avec une probabilité de dépassement de .21 supérieur à .05, nous amène à tolérer l'hypothèse de la nullité du coefficient de détermination dans la population. Le modèle

explicatif n'est donc pas pertinent. Cela signifie qu'ensemble, le genre, l'âge, la profession, l'ancienneté, le nombre de lits dans la maison de repos, le type de maison de repos, la présence moyenne des éléments attractifs, l'absence moyenne des éléments repoussants et le fait d'avoir suivi au moins une formation ou conférence de Monsieur Adam n'ont pas un effet significatif sur la probabilité de quitter son emploi dans les 6 mois.

Tableau 8. *Régression multiple : effet des variables socio-démographiques, de la présence moyenne des éléments attractifs, de l'absence moyenne des éléments repoussants et de la formation ou conférence de Monsieur Adam suivie sur la probabilité de quitter son emploi dans les 6 mois.*

Source	dl	SC	CM	F	p
Modèle	9	1.93	0.21	1.36	0.21
Erreur	115	18.07	0.16		
Total corrigé	124	20.00			

Note. dl, degrés de liberté ; SC, somme des carrés ; CM, carré moyen ; F, statistique F ; p, probabilité de dépassement. \*  $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$  ; \*\*\*  $p < .001$

Nous voyons également que le coefficient de détermination dans l'échantillon des 125 sujets est de .10 (tableau 9). Cela signifie que les variables indépendantes expliquent 10% de la variance de la probabilité de quitter son emploi dans les 6 mois. Dans la population, le coefficient de détermination est estimé à .03.

Tableau 9. *Coefficients de détermination dans l'échantillon et dans la population du modèle précédent sur la probabilité de quitter son emploi dans les 6 mois.*

Indices	Valeur
$R^2$	0.10
$R^2$ ajusté	0.03

Note.  $R^2$ , coefficient de détermination ;  $R^2$  ajusté, coefficient de détermination ajusté.

Et logiquement, au niveau de l'impact individuel de chaque explicateur, nous ne pouvons pas non plus rejeter l'hypothèse de nullité de l'effet de chacun sur la variable dépendante (tableau 10). Cela signifie que pris séparément, le genre, l'âge, la profession, l'ancienneté, le nombre de lits dans la maison de repos, le type de maison de repos, la présence moyenne des éléments attractifs, l'absence moyenne des éléments repoussants et le fait d'avoir suivi au moins une formation ou conférence de Monsieur Adam n'ont pas un impact significatif sur la probabilité de quitter son emploi dans les 6 mois.

Prises toutes ensemble ou prises individuellement, aucune de ces variables ne constitue donc un explicateur significatif de la probabilité de quitter son emploi dans les 6 mois.

Tableau 10. *L'effet individuel de chaque explicateur sur la probabilité de quitter son emploi dans les 6 mois.*

Explicateurs	b	t	p
Genre	-0.18	-1.53	0.13
Âge	-0.0004	-0.07	0.94
Profession	0.002	0.12	0.91
Ancienneté	0.007	-1.21	0.23
Nombre de lits	0.02	0.90	0.37
Type de maison de repos	-0.08	-1.47	0.14
Présence moyenne des éléments attractifs	-0.02	-1.12	0.26
Absence moyenne des éléments repoussants	-0.008	-0.48	0.63
Formation ou conférence de Monsieur Adam	-0.09	-1.13	0.26

Note. b, coefficient de la régression dans l'échantillon ; t, statistique t ; p, probabilité de dépassement. \*  $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$  ; \*\*\*  $p < .001$

#### 4.2. Analyse exploratoire liée à la probabilité de recommander sa structure

Ensuite, nous souhaitons également savoir si la probabilité de recommander à son proche d'intégrer la maison de repos dans laquelle on travaille pouvait être expliquée par les mêmes variables explicatives que dans l'analyse précédente. Étant donné qu'aucun effet de colinéarité n'a été relevé plus haut (tableau 7), nous pouvons réaliser une seconde régression multiple avec les mêmes explicateurs pour la probabilité de recommander sa structure.

Mais, avant de réaliser cette nouvelle régression, nous avons transformé les données de cette variable comme nous l'avons fait pour la probabilité de quitter son emploi. De telle manière, la probabilité de recommander sa structure est devenue une variable dichotomique et nous avons pu utiliser la régression multiple.

Dans le tableau 11, nous voyons que la statistique  $F(9, 115)$  est égale à 6.05, avec une probabilité de dépassement  $< .0001$  inférieure à .05, ce qui nous amène à rejeter l'hypothèse de nullité du coefficient de détermination dans la population. Le modèle explicatif est pertinent : il prédit donc une part significative de la variance de la probabilité de recommander sa structure. Cela signifie qu'ensemble, le genre, l'âge, la profession, l'ancienneté, le nombre de lits dans la maison de repos, le type de maison de repos, la présence moyenne des éléments attractifs, l'absence moyenne des éléments repoussants et le fait d'avoir suivi au moins une formation ou conférence de Monsieur Adam expliquent significativement la probabilité de recommander sa structure.

Tableau 11. *Régression multiple : effet des variables socio-démographiques, de la présence moyenne des éléments attractifs, de l'absence moyenne des éléments repoussants et de la formation ou conférence de Monsieur Adam suivie sur la probabilité de recommander sa structure.*

Source	dl	SC	CM	F	p
Modèle	9	6.61	0.73	6.05	< .0001***
Erreur	115	13.98	0.12		
Total corrigé	124	20.59			

Note. dl, degrés de liberté ; SC, somme des carrés ; CM, carré moyen ; F, statistique F ; p, probabilité de dépassement. \*  $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$  ; \*\*\*  $p < .001$

Le coefficient de détermination dans l'échantillon de 125 sujets est de .32 (tableau 12). Cela signifie que les différentes variables citées au-dessus expliquent 32% de la variance de la probabilité de recommander la maison de repos dans laquelle les professionnels travaillent. Dans, la population, le coefficient de détermination est estimé à .27.

Tableau 12. *Coefficients de détermination dans l'échantillon et dans la population du modèle précédent sur la probabilité de recommander sa maison de repos.*

Indice	Valeur
$R^2$	0.32
$R^2$ ajusté	0.27

Note.  $R^2$ , coefficient de détermination ;  $R^2$  ajusté, coefficient de détermination ajusté.

Regardons l'effet individuel de chaque explicateur (tableau 13). Les analyses ont montré que la variable *genre* ( $b = 0.21$ ,  $t(124) = 2.00$ ,  $p = .048$ ) et la variable *présence moyenne des éléments attractifs* ( $b = 0.11$ ,  $t(124) = 5.81$ ,  $p < .0001$ ) sont des prédicteurs significatifs de la probabilité de recommander sa structure à un proche. Il semble qu'une plus haute présence moyenne des éléments attractifs et le fait d'être un homme prédisent chacun une plus grande probabilité de recommander sa structure à un proche.

En ce qui concernant les autres explicateurs, nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse de nullité de leur effet sur la variable dépendante. Cela signifie que pris séparément, l'âge, la profession, l'ancienneté, le nombre de lits dans la maison de repos, le type de maison de repos, l'absence moyenne des éléments repoussants et le fait d'avoir suivi au moins une formation ou conférence de Monsieur Adam ne constituent pas des explicateurs significatifs de la probabilité de recommander sa structure à un proche.



Tableau 13. *L'effet individuel de chaque explicateur sur la probabilité de recommander la maison de repos dans laquelle on travaille à son proche.*

Explicateurs	b	t	p
Genre	0.21	2.00	0.048*
Âge	0.003	0.62	0.54
Profession	0.01	0.83	0.41
Ancienneté	0.0004	0.07	0.94
Nombre de lits	-0.006	-0.29	0.77
Type de maison de repos	0.00003	0.00	0.9995
Présence moyenne des éléments attractifs	0.11	5.81	< .0001***
Absence moyenne des éléments repoussants	0.02	1.50	0.14
Formation ou conférence de Monsieur Adam	0.07	0.92	0.36

Note. b, coefficient de la régression dans l'échantillon ; t, statistique t ; p, probabilité de dépassement. \*  $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$  ; \*\*\*  $p < .001$

#### 4.3. Analyse exploratoire liée à toutes les variables

Afin de faire ressortir de potentiels liens auxquels nous n'aurions pas pensé, nous avons décidé de réaliser des corrélations avec toutes les variables à notre disposition. Nous avons alors réalisé des corrélations de Spearman (tableau 14). En effet, nous avons vu que les données au sein des différentes probabilités et de deux des trois variables liées aux attentes rencontrées ne sont pas normalement distribuées (tableau 5). Il en est certainement de même pour les données au sein des variables *genre*, *profession*, *type de maison de repos* et *formation/conférence de Monsieur Adam*, étant donné que ces variables sont catégorielles. Pour réaliser cette analyse statistique, nous avons pu utiliser directement les scores bruts sans avoir à les transformer.

Ici, nous n'aborderons que les corrélations significatives que nous n'avons pas encore mis en évidence dans les points précédents.

D'abord, nous pouvons voir qu'il existe un lien significatif entre la probabilité de quitter son emploi et la probabilité de recommander sa structure,  $r_s(123) = -.26, p = .003$ . Cela signifie qu'une grande probabilité de quitter son emploi est lié à une faible probabilité de recommander sa structure, et inversement.

Ensuite, les différentes attentes rencontrées sont également significativement et positivement liées entre elles. La corrélation entre la présence moyenne des éléments attractifs et l'absence moyenne des éléments repoussants est de .44, avec une probabilité de dépassement

< .0001 inférieure à .05. La corrélation entre la présence moyenne des éléments attractifs et les attentes globales rencontrées est de .78, avec une probabilité de dépassement < .0001 inférieure à .05. La corrélation entre l'absence moyenne des éléments repoussants et les attentes globales rencontrées est, quant à elle, de .89, avec une probabilité de dépassement < .0001 inférieure à .05.

Intéressons-nous maintenant aux corrélations entre une variable socio-démographique et une probabilité ou un type d'attentes. Il apparaît que la profession est significativement liée à la présence moyenne des éléments attractifs ( $r_s(123) = -.23, p = .009$ ), à l'absence moyenne des éléments repoussants ( $r_s(123) = -.20, p = .03$ ) et aux attentes globales rencontrées ( $r_s(123) = -.25, p = .006$ ). Les corrélations sont négatives. Cela signifie que les différentes attentes sont plus rencontrées chez les participants exerçant une profession codée par un petit nombre. Pour rappel, il existe 8 catégories professionnelles. La profession d'infirmière est codée 1 et celle d'aide-soignante est codée 2. La direction s'est vu attribuer le code 6 et le personnel paramédical le code 7. Les professions ne se retrouvant pas dans notre liste ont été cotées 8. Les attentes en maison de repos en tant que potentiel futur résident semblent donc plus rencontrées pour les infirmières et aides-soignantes que pour les professionnels paramédicaux et la direction.

De plus, la probabilité de quitter son emploi est significativement et inversement liée à l'âge ( $r_s(123) = -.20, p = .03$ ) et à l'ancienneté ( $r_s(123) = -.24, p = .007$ ). Plus le professionnel est âgé et a de l'ancienneté, moins il est probable qu'il quitte son emploi.

Par ailleurs, nous pouvons voir un lien significatif entre le nombre de lits en maison de repos et la présence moyenne des éléments attractifs ( $r_s(123) = -.19, p = .03$ ). Moins il y a de lits en maison de repos, plus les éléments attractifs y sont présents.

Au niveau de la formation ou de la conférence de Monsieur Adam suivie, nous pouvons repérer différentes corrélations significatives négatives. D'abord, le fait d'avoir suivi au moins une de ses formations ou conférences est inversement liée à l'âge ( $r_s(123) = -.25, p = .006$ ) et à l'ancienneté ( $r_s(123) = -.22, p = .01$ ). La variable *formation* est également significativement corrélée avec le type de maison de repos ( $r_s(123) = -.20, p = .02$ ). Enfin, elle est corrélée à la présence moyenne des éléments attractifs ( $r_s(123) = -.18, p = .04$ ) et aux attentes globales rencontrées ( $r_s(123) = -.19, p = .04$ ). Le fait d'avoir suivi au moins une formation ou conférence de Monsieur Adam semble donc être lié au fait d'être plus jeune, d'avoir moins d'ancienneté, de travailler dans une maison de repos de type public (voire privé) et au fait que les attentes

globales et les attentes concernant les éléments attractifs soient moins rencontrées, et inversement.

Enfin, si nous nous concentrons uniquement sur les variables socio-démographiques, nous voyons trois corrélations significatives. D'abord, l'ancienneté et l'âge semblent liés ( $r_s(123) = .71, p < .0001$ ). Plus les professionnels sont âgés, plus ils ont de l'ancienneté, et inversement.

Il existe également un lien significatif entre la profession et l'âge ( $r_s = -.22, p = .01$ ). C'est également le cas entre la profession et l'ancienneté ( $r_s = -.22, p = .01$ ). Cela signifie que les professionnels en maison de repos dont la profession est codée avec un petit chiffre (infirmier/infirmière, aide-soignant(e), ...) ont tendance à être plus âgés et avoir plus d'ancienneté, que les professionnels dont la profession est codée avec un plus grand chiffre (personnel paramédical, direction, ...).

Tableau 14. Coefficients de corrélation de Spearman entre toutes les variables.

		Genre	Âge	Prof.	Anc.	N. lits	Type MR	Présence é.+	Absence é.-	Attentes globales	Proba. quitter	Proba. recom.	Formation
<b>Genre</b>	r <sub>s</sub>	1.00	-0.11	-0.03	-0.07	0.12	-0.001	-0.07	0.03	-0.03	-0.03	-0.08	-0.03
	p		0.90	0.78	0.44	0.19	0.99	0.44	0.71	0.71	0.75	0.40	0.75
<b>Âge</b>	r <sub>s</sub>	-0.01	1.00	-0.22	0.71	-0.12	0.15	0.08	0.03	0.05	-0.20	0.09	-0.25
	p	0.90		0.01**	<.0001***	0.17	0.10	0.37	0.77	0.54	0.03*	0.35	0.006**
<b>Prof.</b>	r <sub>s</sub>	-0.03	-0.22	1.00	-0.22	0.09	-0.09	-0.23	-0.20	-0.25	0.01	-0.17	-0.04
	p	0.78	0.01*		0.01*	0.33	0.31	0.009**	0.03*	0.006**	0.87	0.05	0.69
<b>Anc.</b>	r <sub>s</sub>	-0.07	0.71	-0.22	1.00	-0.04	0.17	0.10	0.03	0.06	-0.24	0.13	-0.22
	p	0.44	<.0001***	0.01*		0.63	0.06	0.25	0.71	0.50	0.007**	0.14	0.01*
<b>N. lits</b>	r <sub>s</sub>	0.12	-0.12	0.09	-0.04	1.00	0.07	-0.19	-0.05	-0.14	-0.09	-0.01	0.10
	p	0.19	0.17	0.33	0.64		0.42	0.03*	0.58	0.11	0.24	0.88	0.24
<b>Type MR</b>	r <sub>s</sub>	-0.001	0.15	-0.09	0.17	0.07	1.00	0.09	0.17	0.17	-0.13	0.14	-0.20
	p	0.99	0.10	0.31	0.06	0.42		0.30	0.05	0.07	0.15	0.12	0.02*
<b>Présence é. +</b>	r <sub>s</sub>	-0.07	0.08	-0.23	0.10	-0.19	0.09	1.00	0.44	0.78	-0.08	0.56	-0.18
	p	0.44	0.37	0.009**	0.25	0.03*	0.30		<.0001***	<.0001***	0.40	<.0001***	0.04*
<b>Absence é. -</b>	r <sub>s</sub>	0.03	0.03	-0.20	0.03	-0.05	0.17	0.44	1.00	0.89	-0.02	0.41	-0.17
	p	0.71	0.77	0.03*	0.71	0.58	0.05	<.0001***		<.0001***	0.80	<.0001***	0.07
<b>Attentes globales</b>	r <sub>s</sub>	-0.03	0.06	-0.25	0.06	-0.14	0.17	0.78	0.89	1.00	-0.09	0.55	-0.19
	p	0.75	0.54	0.006**	0.50	0.11	0.07	<.0001***	<.0001***		0.35	<.0001***	0.04*
<b>Proba. quitter</b>	r <sub>s</sub>	-0.03	-0.20	0.01	-0.24	-0.09	-0.13	-0.08	-0.02	-0.09	1.00	-0.26	-0.04
	p	0.72	0.03*	0.87	0.007**	0.34	0.15	0.40	0.80	0.35		0.003**	0.68
<b>Proba. recom.</b>	r <sub>s</sub>	0.08	0.09	-0.17	0.13	-0.01	0.14	0.56	0.41	0.55	-0.26	1.00	-0.17
	p	0.40	0.35	0.05	0.14	0.88	0.12	<.0001***	<.0001***	<.0001***	0.003**		0.06
<b>Formation</b>	r <sub>s</sub>	-0.03	-0.25	-0.04	-0.22	0.10	-0.20	-0.18	-0.17	-0.19	-0.04	-0.17	1.00
	p	0.75	0.006**	0.69	0.01*	0.24	0.02*	0.04*	0.07	0.04*	0.68	0.06	

Note. Prof., profession ; Anc., ancienneté ; N. lits, nombre de lits dans la maison de repos ; Type MR, type de maison de repos ; Présence é.+, présence moyenne des éléments attractifs ; Absence é.-, absence moyenne des éléments repoussants ; Proba. quitter, probabilité de quitter son emploi dans les 6 mois ; Proba. recom., probabilité de recommander sa structure à un proche ; r<sub>s</sub>, coefficient de corrélation de Spearman ; p, probabilité de dépassement. \*  $p < .05$  ; \*\*  $p < .01$  ; \*\*\*  $p < .001$

## **VI. Discussion**

### **1. Rappel de l'étude réalisée**

Cette étude est née de différents constats. D'abord, la maison de repos continue d'être la seule option possible sur le long-terme pour les personnes âgées dépendantes. Ce secteur va connaître des demandes de plus en plus importantes (*e.g.* Cour des comptes, 2021), alors qu'il connaît déjà une pénurie de personnel (*e.g.* Miller & Mor, 2006) et qu'il n'attire pas les personnes âgées (*e.g.* Ennuyer, 2009). De plus, le modèle initial des maisons de repos, c'est-à-dire le modèle médical, est dépassé mais reste d'actualité (Charlot et al., 2019). Un modèle des États-Unis, le changement culturel, semble avoir des effets positifs surtout sur les résidents, mais aussi sur les professionnels et même sur la structure (*e.g.* Hill et al., 2011 ; Fédération Roi Baudouin, 2019 ; Elliot, 2010). Par ailleurs, l'adhésion des professionnels est essentielle pour le succès de l'implémentation de ce modèle (Seaton & Edwards, 2011). Une piste est de s'assurer de la congruence entre leurs valeurs et celle de la maison de repos dans laquelle ils travaillent (Chapman et al., 2003), facteur déterminant pour la qualité de vie au travail (Siegall & McDonald, 2004). Enfin, très peu d'études abordent les besoins des professionnels en maison de repos ainsi que leur opinion quant au changement culturel. Et aucune étude ne s'est encore intéressée à la congruence entre les valeurs des professionnels et celles du changement culturel, ni à la congruence entre les valeurs des professionnels et celles du modèle médical. Il est donc urgent d'étudier le changement culturel, en le comparant au modèle médical, à partir du point de vue de futurs résidents et de professionnels.

L'objectif principal de cette étude était de savoir si les principes du modèle du changement culturel correspondent aux valeurs attendues en maison de repos par les résidents, et si ces principes permettent d'assurer la qualité de vie au travail des professionnels. Plus précisément, nous souhaitions connaître les valeurs en maison de repos qui génèrent le plus d'envie et le moins d'envie d'y résider chez des potentiels futurs résidents. Nous pensions que les éléments souhaités correspondent plutôt aux valeurs du changement culturel et que les éléments repoussants correspondent plutôt aux valeurs du modèle médical. Nous voulions également savoir dans quelle mesure chaque élément souhaité par ces personnes correspond aux valeurs actuelles en maison de repos. Nous nous attendions à ce que les éléments souhaités soient peu présents actuellement en maison de repos. Cette étude avait aussi pour objectif de questionner le lien entre le fait de quitter son emploi, le fait de recommander la maison de repos dans laquelle on travaille, et l'écart entre les éléments souhaités et les valeurs réelles dans cette

maison de repos. Selon nous, un écart important entre les éléments souhaités et les valeurs actuelles en maison de repos génère, chez les professionnels, une plus grande probabilité de quitter leur emploi et une moindre propension à recommander leur maison de repos à leur proche, si cela était nécessaire.

Pour tester ces hypothèses, nous avons donc réalisé une enquête en ligne à destination des professionnels de maison de repos. Nous leur avons notamment demandé quels seraient les éléments importants en maison de repos qui leur donneraient envie d'intégrer une maison de repos si cela était nécessaire, et dans quelle mesure ces éléments sont présents dans la maison de repos dans laquelle ils travaillent. Les participants ont également donné la probabilité qu'ils quittent leur emploi dans les 6 mois, ainsi que la probabilité qu'ils proposent à leur proche d'intégrer leur maison de repos si cela était nécessaire. Cette méthodologie a deux avantages majeurs. D'abord, le design de l'étude nous a permis d'avoir un échantillon relativement important et d'écouter les commentaires de dix participants durant la passation du questionnaire. Cette méthodologie innovante nous a également permis de questionner de manière réaliste les valeurs en maison de repos attendues par de potentiels futurs résidents, tout en questionnant la présence actuelle de ces valeurs en maison de repos, la congruence entre les valeurs de la structure et celle des professionnels, ainsi que leur qualité de vie au travail.

Dans les parties suivantes, nous allons résumer les principaux résultats obtenus. Nous les expliquerons et les mettrons en lien avec nos hypothèses ainsi qu'avec la littérature. Ensuite, nous discuterons des perspectives et des limites de cette étude.

## 2. Retour sur les hypothèses

### 2.1. *Les éléments attractifs et repoussants en lien avec les deux modèles*

Cette première analyse a mis en évidence que la majorité des éléments attractifs en maison de repos constituent des valeurs du changement culturel. La proportion de valeurs de ce modèle est encore plus grande si on se concentre uniquement sur les éléments attractifs les plus cités.

Concernant les éléments repoussants en maison de repos, la plupart ont été jugés neutres, ne correspondant pas plus au modèle médical qu'au modèle du changement culturel. Plus de valeurs du modèle médical ont été citées en tant qu'éléments repoussants que de valeurs du changement culturel. Parmi les éléments repoussants les plus cités, les quatre premiers ont été

jugés comme appartenant au modèle médical et les autres ne constituent pas des valeurs du changement culturel.

Nous avons rejeté l'hypothèse selon laquelle le type d'éléments donnés (attractif ou repoussant) et la catégorie de valeurs (du modèle médical, neutre ou du changement culturel) sont des variables indépendantes l'une de l'autre. Il existe une association statistiquement forte entre ces deux variables. Il semble que davantage de valeurs neutres et de valeurs du modèle médical soient citées en tant qu'éléments repoussants en maison de repos, et que davantage de valeurs du changement culturel soient citées en tant qu'éléments attractifs.

Notre première hypothèse semble donc vérifiée. En effet, les éléments repoussants convergent plus vers les valeurs du modèle médical que vers celles du changement culturel. De plus, les éléments attractifs correspondent pour la plupart aux valeurs du changement culturel.

Ces résultats sont cohérents avec la littérature. Le modèle médical a été le premier modèle organisationnel en maison de repos (Eijkelenboom et al., 2017). Aujourd'hui, ce modèle est toujours d'application dans la plupart des maisons de repos, alors que les résidents sont plus nombreux et plus dépendants et que les valeurs sociétales sont devenues la liberté et l'épanouissement personnel (Femarbel, 2020 ; Vandemeulebroucke, 2019). Ces éléments ne se retrouvent pas dans les maisons de repos traditionnelles basées principalement sur les soins à fournir aux résidents (van Dijck-Heinen, 2014 ; Kullak et al., 2020). Le modèle médical est donc considéré comme largement dépassé (Charlot et al., 2019). Certaines de ses caractéristiques (comme le fait de ne pas s'y sentir chez soi, le manque d'autonomie ou encore l'isolement social) vont à l'encontre des besoins des résidents, au point que des logements alternatifs et d'autres modèles de maisons de repos ont été pensés à partir de ces défauts-là (Argoud, 2008 ; Miller & Mor, 2006).

En ce qui concerne le modèle du changement culturel, il s'est donc développé sur base des principales critiques émises à l'encontre des maisons de repos traditionnelles issues du modèle médical (Miller & Mor, 2006). Cela laisse supposer que l'opposé des points négatifs des maisons de repos traditionnelles (par exemple : « *respect du rythme* » à la place de « *rythme imposé* ») représentent les éléments souhaités par les (futurs) résidents. Par ailleurs, les objectifs du changement culturel sont d'augmenter la qualité de vie et de soins des résidents (Koren, 2010 ; Shier et al., 2014), et ses principes centraux remplissent les besoins des résidents (Bollig et al., 2016). Nous pouvons alors supposer que les (futurs) résidents trouvent attractives les caractéristiques de ce modèle. Aujourd'hui, dans notre société individualiste, il semble assez

cohérent que nous préférions, en tant que futurs résidents, avoir un pouvoir de décision, être considérés dans notre singularité et être au centre de l'organisation de notre maison de repos (*Pioneer Network*, 2010 ; Argoud, 2008 ; Miller & Mor, 2006).

Enfin, les résultats de plusieurs études vont également dans le sens de ces résultats. D'abord, le fait que les éléments attractifs en maison de repos correspondent plutôt aux valeurs du changement culturel est cohérent avec l'expérience de Monsieur Adam lors de ses formations sur le changement culturel (S. Adam, communication personnelle, 24 février 2021). En effet, en introduction à celles-ci, lorsqu'il demande aux professionnels de se mettre dans la peau d'un futur résident et de dire ce qu'ils trouveraient important pour une maison de repos, ils citent généralement des principes du changement culturel. Ensuite, Remy a réalisé une étude sur 72 personnes âgées en s'intéressant notamment à leur préférence entre deux maisons de repos fictives, l'une étant traditionnelle et l'autre étant basée sur le changement culturel (Remy, 2020). Il en est ressorti que 82% des participants ont préféré la seconde structure. Par ailleurs, lors d'une enquête réalisée entre 1999 et 2000 auprès de 54 résidents de 6 maisons de repos différentes, Paulus s'était intéressé à leurs critères concernant le bien-être en maison de repos (Pasquier, 2002). L'atmosphère familiale, la gentillesse du personnel et la liberté étaient les priorités les plus citées par les participants. Enfin, Mietikiewicz et ses collaborateurs ont mené une étude assez similaire sur 151 résidents venant de 8 maisons de repos de Bordeaux (Mietikiewicz et al., 2000, cité par Pasquier, 2002). Les auteurs leur ont demandé quels facteurs étaient importants pour leur qualité de vie en maison de repos. Les éléments suivants ont été cités par les résidents : le fait de s'y sentir chez soi, le fait de pouvoir garder des effets personnels, le respect de leurs choix, ainsi que les bonnes relations avec les professionnels et les résidents. Dans ces quatre études, comme dans la nôtre, les participants ont cité des valeurs du changement culturel en tant qu'éléments attractifs en maison de repos. Nous pouvons donc affirmer que le changement culturel est souhaité par les résidents et que le modèle médical est plutôt repoussant.

## 2.2. La présence des valeurs souhaitées en maison de repos

Nous n'avons pas pu tester à l'aide d'une statistique inférentielle l'hypothèse selon laquelle il existe un écart important entre les valeurs souhaitées par les professionnels (que nous supposons correspondre aux valeurs du changement culturel) et les valeurs actuelles en maison de repos. Nous pensions que l'écart était plus faible entre ces dernières et les valeurs du modèle



médical. Néanmoins, nous avons pu analyser de manière descriptive les moyennes de présence des différents groupes d'éléments cités.

Dans notre échantillon, la présence moyenne des éléments attractifs était plus élevée que la présence moyenne des éléments repoussants. De plus, les valeurs du changement culturel étaient globalement plus présentes en maison de repos que les valeurs du modèle médical.

Bien que nous ne connaissions pas le caractère significatif ou non de ces différences, nous pouvons affirmer que ces résultats vont à l'encontre de notre seconde hypothèse. En effet, les éléments repoussants ne sont pas plus présents en maison de repos que les éléments attractifs. De plus, les valeurs du modèle médical semblent en général ne pas être plus présentes que les valeurs du changement culturel.

Ces résultats sont surprenants au vu de la littérature. Bien que le nombre de maisons de repos appliquant le changement culturel augmente, elles restent clairement minoritaires comparées aux maisons de repos traditionnelles et les changements profonds sont rares (Fédération Roi Baudouin, 2019 ; Tessier, 2021 ; Tobin, 2008 ; Doty et al., 2008). De plus, étant donné que les maisons de repos n'attirent pas les résidents ni les professionnels (Ennuyer, 2009 ; Libault, 2019), nous supposons que les éléments attractifs étaient moins présents que les éléments repoussants.

Néanmoins, ces résultats sont rassurants à deux titres. D'une part, les maisons de repos semblent être moins médicalisées et plus centrées sur les résidents que nous le pensions. La présence plus importante des principes du changement culturel en maison de repos pourrait par exemple s'expliquer par l'augmentation des maisons de repos appliquant la méthodologie Humanitude® (Libault, 2019 ; Ferey, 2019 ; S. Hochstenbach, communication personnelle, 26 janvier 2022). Des formations sur cette démarche (axée notamment sur le regard et les paroles) sont fournies aux professionnels et un label est donné aux structures suivant scrupuleusement cette démarche. Étant donné que le changement de type de prise en charge est difficilement remarquable pour un observateur externe, que l'architecture ne semble pas évoluer, et que la maison de repos ne sait se détacher de sa mauvaise image (Pollard, 2021 ; Schoenberg & Coward, 1997), l'implémentation du changement culturel semble sous-estimée. Une autre explication de ce résultat pourrait être un biais d'échantillonnage. La majorité des participants proviennent sûrement de la dizaine de maisons de repos de notre région. Nous pouvons faire l'hypothèse que les maisons de repos dans lesquels les participants travaillent ont un niveau de changement culturel plus élevé que la moyenne.

D'autre part, les résidents sont probablement plus satisfaits de leur maison de repos que nous le pensions. Nous pouvons également supposer que les professionnels en maison de repos soient plutôt satisfaits au travail. En effet, les éléments attractifs en maison de repos cités par les professionnels en se mettant à la place de futurs résidents semblent être plus présents que les éléments repoussants. De plus, le fait de recommander sa structure en tant que lieu de travail est positivement lié à la satisfaction professionnelle (Tepeci, 2001). Nous pouvons supposer que la probabilité de recommander sa structure en tant que lieu de travail soit fortement liée à la probabilité de recommander sa structure en tant que lieu de vie. Si cette supposition s'avère vraie, cela signifierait que la satisfaction professionnelle augmente lorsque les professionnels traitent les résidents de la manière dont ils aimeraient être traités.

### 2.3. Associations et explications relatives aux probabilités de quitter son emploi et de recommander sa structure

Tout d'abord, il est intéressant de relever le fait que les professionnels estiment en moyenne qu'il est plutôt probable qu'ils recommandent à leur proche d'intégrer leur structure et qu'il est très peu probable qu'ils la quittent. Cela est rassurant et plutôt étonnant au vu du manque d'attractivité du secteur auprès des personnes âgées et des professionnels (*e.g.* Brulocalis, 2020 ; Libault, 2019), des taux élevés de *turnover* en maison de repos (*e.g.* Miller & Mor, 2006, 2019), et de la difficulté du secteur à recruter du personnel (*e.g.* Bazin & Muller, 2018).

Dans notre étude, nous avons également mis en évidence que la probabilité qu'un professionnel recommande à son proche d'intégrer la maison de repos dans laquelle il travaille est significativement liée à la présence des éléments qu'il trouve attractifs, à l'absence des éléments qu'il trouve repoussants, ainsi qu'à ses attentes globales rencontrées. Plus les éléments que les professionnels trouvent attractifs sont présents et plus les éléments qu'ils trouvent repoussants sont absents, plus il est probable qu'ils recommandent leur structure à leur proche. Par contre, la probabilité de quitter son emploi dans les 6 mois n'est pas significativement liée à ces 3 variables, mais bien à l'âge et l'ancienneté.

Après nous être intéressés aux associations entre les différentes attentes et les probabilités de quitter son emploi et de recommander sa structure, nous nous sommes demandés si chaque probabilité pouvait être expliquée par les différentes attentes, les variables socio-démographiques et l'autre probabilité. La régression présente un avantage et un inconvénient par rapport à la corrélation. D'une part, la corrélation nous a permis d'utiliser directement les

scores obtenus. Ces scores n'ont pas dû subir de transformation comme cela a dû être le cas pour réaliser les régressions. Par conséquent, les scores utilisés pour les corrélations sont plus nuancés et représentent de manière plus fidèle les réponses des participants, que ceux utilisés pour les régressions. D'un autre côté, la régression multiple permet de mettre en évidence l'effet de différentes variables sur une autre variable, alors que la corrélation permet seulement de montrer un lien significatif entre deux variables.

Revenons à nos résultats. En ce qui concerne la probabilité de quitter son emploi, elle n'est pas expliquée par les variables socio-démographiques, la présence des éléments attractifs, l'absence des éléments repoussants, ou le fait d'avoir suivi au moins une formation ou conférence de Monsieur Adam. La probabilité de recommander sa structure à son proche, quant à elle, est significativement influencée par le genre du professionnel et la présence des éléments qu'il juge attractifs. Il apparaît que le fait d'être un homme et la présence des éléments attractifs augmente la probabilité de recommander sa structure. Néanmoins, l'impact du genre est à nuancer. En effet, bien que la proportion d'hommes dans l'échantillon semble cohérente avec la distribution du genre au sein du personnel en maison de repos (Miller & Mor, 2006 ; Statbel, 2020a), le nombre d'hommes dans l'échantillon est assez faible. Ce résultat concernant le genre nous semble donc peu fiable. De plus, la corrélation (qui utilise les données brutes) entre le genre et la probabilité de recommander sa structure est très faible, est négative (c'est-à-dire que le fait d'être une femme serait lié à une plus grande probabilité de recommander sa structure) et n'est pas significative. Pour pouvoir vérifier ce résultat, il faudrait augmenter la taille de l'échantillon pour que le nombre de participants masculins soit suffisamment grand (au moins 30), tout en gardant cette proportion très importante de femmes.

En mettant en lien ces deux analyses, il apparaît que l'absence des éléments repoussants et les attentes globales rencontrées sont liées à la probabilité de recommander sa structure, mais n'ont pas une influence significative sur cette dernière. Néanmoins, nous ne savons pas si cette différence est due aux relations distinctes mises en évidence (c'est-à-dire un lien ou une cause à effet) ou à la différence des données utilisées entre ces deux analyses (c'est-à-dire les données brutes ou transformées). Si la première explication est juste, il semble, qu'au niveau de la probabilité de recommander sa structure à son proche, la présence des éléments attractifs soit plus importante que l'absence des éléments repoussants.

Par ailleurs, grâce au fait que nous avons assisté à la passation du questionnaire pour les dix premiers participants, nous pouvons également évoquer d'autres explicateurs potentiels pour la probabilité de recommander sa structure à un proche. Pendant qu'ils remplissaient le

questionnaire et à la fin de celui-ci, les premiers participants ont émis différents commentaires. Certains nous ont expliqué qu'ils recommanderaient à leur proche d'intégrer leur structure parce qu'ils ont envie de savoir qui s'occupe de lui et quel est le fonctionnement de la structure qu'il va intégrer. Ils ont également estimé que leurs collègues seraient plus attentionnés envers leur proche et que ce dernier serait donc mieux pris en charge grâce à la relation qu'ils ont avec leurs collègues. D'autres participants ont, quant à eux, exprimé le souhait que leurs proches n'intègrent pas leur structure. Ils n'ont pas envie de s'occuper de leur proche, ni que leurs collègues s'en occupent. Deux participantes ont pensé qu'il leur serait difficile d'entendre leurs collègues parler de leur proche, surtout quand ce dernier commencera à perdre la tête ou les énervera. Une autre participante a également déclaré que les conflits entre collègues se répercuteraient sur la relation entre leur proche et ces collègues. À travers leurs commentaires, nous pouvons entendre que le fait de recommander sa structure à un proche peut être lié à d'autres facteurs que la satisfaction professionnelle et la convergence des valeurs, comme la conciliation vie privée – vie professionnelle.

Notre hypothèse en lien avec la probabilité de quitter son emploi et la probabilité de recommander sa structure est donc partiellement validée.

D'abord, le fait que la probabilité de quitter son emploi dans les 6 mois ne soit pas liée à la présence des éléments que le professionnel estime attractifs ou repoussants nous a étonné. En effet, des nombreuses études ont montré que la congruence entre les valeurs du professionnel et celles de son organisation prédit l'intention de quitter son emploi (*e.g.* Bao et al., 2013 ; O'Reilly et al., 1991). Néanmoins, ces études portent sur les valeurs en maison de repos du point de vue du professionnel, alors que dans notre étude, nous nous sommes intéressés aux valeurs du point de vue du (potentiel futur) résident. Nous pourrions alors faire l'hypothèse que le fait que les attentes du professionnel en se mettant à la place d'un résident ne soient pas remplies ne l'amène pas à avoir envie de quitter son organisation, pour autant que ses attentes en tant que professionnel de l'organisation soient remplies.

Ensuite, il est également surprenant que l'âge et l'ancienneté n'expliquent pas la probabilité de quitter son emploi, qu'ils y soient seulement liés. Plusieurs études montrent des effets très significatifs de l'âge et de l'ancienneté sur l'intention de quitter son emploi (Zhang & Feng, 2011 ; Fang et al., 2014). Bien que les commentaires des dix premiers participants ne soient pas assez nombreux que pour en tirer une conclusion, ils semblent aller dans le sens de la littérature. Deux participantes d'une vingtaine d'années m'ont déclaré qu'elles doutaient réaliser leur carrière entière dans leur maison de repos. Et deux autres participantes m'ont affirmé ne pas

voir l'intérêt de quitter la structure dans laquelle elles travaillent depuis des dizaines d'années, pour travailler seulement quelques années dans une nouvelle structure.

Par ailleurs, concernant la probabilité de recommander sa structure, notre hypothèse semble plutôt validée. La probabilité de recommander sa structure est expliquée par la présence des éléments attractifs et est liée à l'absence des éléments repoussants. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ici, contrairement à la probabilité de quitter sa structure, nous nous focalisons uniquement sur la perspective d'un futur résident. Mais, ces résultats sont difficiles à relier avec la littérature. En effet, peu d'études se sont intéressées à la probabilité de recommander sa structure à un proche. De plus, dans ces études, cette recommandation s'adressait à un potentiel futur collègue, alors que dans notre étude, elle s'adresse à un potentiel futur résident. Néanmoins, on peut tout de même établir une comparaison : des études ont montré que la propension à recommander sa structure pouvait être prédite par la congruence des valeurs (Cable & Judge, 1996 ; Tepeci, 2001), et non uniquement par la présence des valeurs attractives comme c'est le cas dans notre étude.

Reprenons le schéma récapitulatif des impacts de la congruence de valeurs sur les indices de qualité de vie au travail (cf. figure 1, page 32). Dans notre étude, la flèche allant du *manque de congruence des valeurs* à *l'intention de quitter* n'est donc pas vérifié, contrairement au lien allant du *manque de congruence des valeurs* à la *faible tendance à recommander sa structure*.

En conclusion, étant donné que la majorité des éléments attractifs représentent des valeurs du changement culturel, nous pouvons supposer qu'implémenter le changement culturel ne permette pas de diminuer l'intention de quitter son emploi auprès des personnels de maison de repos. Par contre, il est possible que cela donne davantage envie aux professionnels de recommander leur structure à un proche. Nous pouvons alors faire l'hypothèse que les futurs résidents auraient plus envie d'intégrer la maison de repos recommandée par leur proche. Appliquer en maison de repos les principes du changement culturel pourrait être une solution pour attirer les personnes âgées (donc augmenter le taux d'occupation des lits et la liste d'attente), mais pas pour diminuer le *turnover*.

#### 2.4. Les liens entre toutes les variables

Dans cette dernière partie concernant la discussion des résultats, nous reviendrons sur les résultats qui n'ont pas encore été abordés et qui nous paraissent intéressants pour notre étude.

D'abord, le fait qu'une faible probabilité de quitter son emploi soit liée à une probabilité élevée de recommander sa structure est assez logique selon la littérature. En effet, comme le montre la figure 1 (cf. page 32), le manque de congruence de valeurs impacte (directement et indirectement) ces deux variables (*e.g.* Cable & Judge, 1996), que nous considérons comme des indicateurs de qualité de vie au travail.

Ensuite, il semblerait que les attentes en maison de repos des infirmières et des aides-soignantes (en tant que potentiels futurs résidents) soient mieux remplies que celles des professionnels paramédicaux et de la direction. De plus, le premier groupe de professionnels serait en moyenne plus âgé et aurait plus d'ancienneté que le second. Nous pouvons faire un lien avec l'étude réalisée en 2018 par ING portant sur environ 550 maisons de repos belges. Celle-ci a notamment montré que l'ancienneté du personnel infirmier, du personnel aide-soignant et du personnel paramédical étaient respectivement de 17, 12 et 11 ans. Bien que notre étude ne l'ait pas mis en évidence, la littérature montre que le fait de quitter son emploi (soit l'inverse d'une longue ancienneté) est inversement lié à la convergence des valeurs (*e.g.* Chatman, 1991). Néanmoins, il est important de rester critiques face à ce résultat. D'une part, nous n'avons pas suffisamment de participants de chaque profession pour pouvoir s'assurer de la généralisation de ce résultat au personnel en maison de repos. D'autre part, une corrélation avec les catégories de professions a peu de sens, car le code attribué à chacune est aléatoire et ne suit pas une quelconque logique (par exemple : de la profession la moins à la plus médicale, ou de la profession qui a le moins de contacts avec les résidents à celle qui en a le plus). À la place d'une corrélation, une différence de moyennes entre les différents groupes de professions aurait été plus appropriée.

De plus, il nous semble important de relever le lien significatif entre le nombre de lits en maison de repos et la présence des éléments attractifs. Le fait qu'un nombre de lits en maison de repos plus élevé soit associé à une présence moyenne des éléments attractifs plus faible est plutôt cohérent avec nos résultats et la littérature. En effet, nous avons supposé puis mis en évidence que la majorité des éléments attractifs sont des valeurs du changement culturel. De plus, le découpage en petites unités de vie est un des éléments de fonctionnement préconisés par le changement culturel (*e.g.* Koren, 2010). Mais, nous savons que les changements culturels complets constituent des exceptions : ils se concentrent souvent sur certains principes (Doty et al., 2008 ; Tobin, 2008). Comme la modification architecturale représente probablement un des principes qui engendre le plus de coûts, on peut s'attendre à ce que les petites unités de vie soit un des principes rarement appliqués. Néanmoins, nous pouvons supposer qu'une ambiance

familiale (un des éléments les plus attractifs) soit davantage présente au sein d'un établissement d'une soixantaine de résidents, par rapport à une structure de 150 résidents. Nous pourrions faire l'hypothèse que l'association aurait été plus forte entre la présence des éléments attractifs et le nombre de lits au sein de l'unité dans laquelle travaille le professionnel (c'est-à-dire le nombre total de lits si la structure n'est pas découpée en unités de vie et le nombre de lits de l'unité de vie du professionnel si la structure est découpée).

Par ailleurs, il est étonnant que le type de maison de repos ne soit pas lié aux différentes attentes rencontrées. En effet, comme les décisions des maisons de repos de types associatif et public sont bien plus guidées par des aspects non financiers (par exemple : la qualité des services) que les maisons de repos privées (ING, 2018), nous supposons que les attentes des potentiels futurs résidents étaient mieux remplies au sein des deux premiers types de maisons de repos. L'étude réalisée en 2018 par ING a mis en évidence que les maisons de repos de type privé investissaient clairement moins d'argent dans l'encadrement des soins, comparés aux autres maisons de repos. Cette absence de lien significatif entre le type de maison de repos et les attentes rencontrées peut s'expliquer par le fait que le code pour les types de maisons de repos a été attribué de manière arbitraire comme pour les professions, et non en fonction du caractère lucratif.

Enfin, il ressort également de notre étude que le fait d'avoir suivi au moins une formation ou une conférence de Monsieur Adam est inversement lié aux différentes attentes. Cela signifierait que les attentes en maison de repos des professionnels ayant suivi au moins une de ses formations ou conférences auraient tendance à être moins remplies que celles des autres professionnels. Nous pouvons supposer qu'en général ses formations/conférences permettent aux professionnels de prendre du recul par rapport au fonctionnement de leur établissement, et d'apprendre une approche différente de la personne âgée et sa prise en charge : une approche démedicalisée, humaniste et non âgiste. Plus spécifiquement, les formations/conférences abordant le changement culturel incitent les professionnels à se mettre à la place d'un futur résident, à prendre conscience de la manière dont ils aimeraient être traités en institution, et souvent à se rendre compte que ce fonctionnement correspond au changement culturel. On peut supposer que cette métaréflexion et cette potentielle connaissance de ce nouveau modèle rendent les professionnels moins satisfaits du fonctionnement de leur maison de repos. On peut supposer que, même pour les professionnels ayant assisté à une formation/conférence sur une autre thématique, leur vision des valeurs importantes pour une maison de repos ait changé.

### 3. Implications pratiques et perspectives futures

Dans cette étude, nous avons notamment mis en évidence que les valeurs souhaitées semblent correspondre pour la plupart aux valeurs du changement culturel. Il nous semble important de rappeler que les questions sur les valeurs attractives et repoussantes (à savoir : « *Pouvez-vous me donner jusqu'à cinq éléments importants pour une maison de repos et qui (ne) vous donneraient (pas) envie d'y vivre ?* ») sont celles que Monsieur Adam pose aux professionnels de maison de repos en introduction à sa formation sur le changement culturel. Ces questions visent à leur faire prendre conscience que ce que les professionnels aimeraient en maison de repos se retrouve dans les principes du changement culturel. La présente étude pourrait donc servir dans le cadre de formations. Les nuages de mots et les diagrammes représentant les termes attractifs et repoussants en fonction de leur catégorie de valeurs (du modèle médical, neutre ou du changement culturel) pourraient être présentés aux professionnels après leur avoir posé les deux questions ci-dessus. Ces supports, basés sur une étude réalisée sur un échantillon représentatif et suffisamment grand, viendraient enrichir l'introduction des formations au sujet du changement culturel en appuyant les dires du formateur. Ces images pourraient marquer les esprits des professionnels et potentiellement donner davantage envie aux professionnels dubitatifs de travailler selon ce modèle.

Ensuite, grâce au nuage de mots des éléments attractifs, nous connaissons les valeurs du changement culturel les plus importantes selon les professionnels en tant que futurs résidents. D'après White et ses collaborateurs (2012), il est essentiel de connaître les principes du changement culturel auxquels les professionnels adhèrent le plus pour favoriser le succès de l'implémentation de ce nouveau modèle. En se focalisant sur les valeurs du changement culturel les plus attractives, le changement sera probablement mieux accepté par les professionnels. Les maisons de repos pourraient donc commencer avec les principes suivants : respecter la singularité des résidents, instaurer un esprit familial et écouter les résidents. Concrètement, ces principes pourraient notamment se traduire par le fait d'adapter l'horaire des soins en fonction de l'horaire habituel des résidents, par de petites unités de vie, ainsi que par le fait de prendre plus de temps pour discuter avec les résidents de leur histoire de vie.

Enfin, étant donné qu'il semble plus important d'introduire des éléments attractifs du changement culturel que de supprimer des éléments repoussants du modèle médical, nous pourrions établir les priorités au niveau des principes de changement culturel à appliquer. Si notre hypothèse est juste, en reprenant les nuages de mots, nous déduirions notamment qu'il est



plus important d'introduire le « *respect de la singularité* » des résidents (soit le deuxième élément du changement culturel le plus attractif) que le « *respect du rythme* » (soit le 13<sup>ème</sup> élément le plus attractif, alors que le « *rythme imposé* » est l'élément le plus repoussant). Cet ordre de priorités nous permettrait d'augmenter la qualité de vie des résidents et la satisfaction des professionnels, comme nous supposons que le fait de recommander sa structure en tant que lieu de vie est lié à la satisfaction au travail.

#### 4. Limites

D'abord, le recrutement et la passation du questionnaire n'ont pas été semblables pour tous les participants. En effet, au début de la récolte de données, nous avons contacté des connaissances et des connaissances de connaissances pour leur demander personnellement de répondre à l'enquête et d'assister à la passation de celui-ci. Le fait que nous observons ces dix premières personnes répondre à l'enquête a peut-être impacté leurs réponses. Les conditions d'anonymat n'étaient pas similaires à celles des autres participants ayant répondu à distance.

Ensuite, l'accord inter-juges est moyen et non élevé. Les juges ont rarement donné le même score aux éléments cités par les participants. Parfois, la discordance était importante (par exemple : une différence de 5 points entre le score attribué par deux juges pour le même terme). Ne pas avoir obtenu un accord inter-juges élevé (c'est-à-dire supérieur à .80) est regrettable car la majorité de nos analyses se sont basées sur l'évaluation par les juges externes. Cet accord moyen pourrait s'expliquer par le manque de connaissance, la connaissance différente ou encore l'opinion différente des juges concernant le milieu hospitalier, le milieu des maisons de repos et le changement culturel. En effet, les juges externes ont pris connaissance du changement culturel une dizaine de minutes avant d'évaluer les termes donnés par les participants. Un juge a une opinion très positive de l'hôpital et y a vécu des expériences plus nombreuses et plus positives que les deux autres juges. Les trois juges ont une connaissance limitée des maisons de repos. Par ailleurs, la divergence des scores attribués par les juges pourrait également s'expliquer par le fait que les valeurs du changement culturel et celles du modèle médical ne sont pas toujours opposées. En effet, sur les 270 différents éléments cités par les professionnels, 123 (soit 46%) ont été catégorisés comme « neutres » par les juges externes. Par exemple, « *la proximité* », « *le manque de personnel qualifié* », « *du personnel francophone* » ou encore « *la vie en collectivité* » ont obtenu un score moyen d'environ 5 sur une échelle de niveau de changement culturel allant de 0 à 10. Ces éléments concernent plus le

secteur général des maisons de repos (soit des éléments non modifiables), plutôt que leur fonctionnement spécifique (soit leur philosophie organisationnelle).

De plus, l'accord inter-juges a été calculé sur base de l'évaluation de 3 juges. Ces juges sont tous des hommes et deux d'entre eux ont environ le même âge (20 et 22 ans). Pour d'autres études dans lesquelles des juges externes ont été sollicités afin d'évaluer les termes donnés par les participants (Remy, 2020 ; Schroyen et al., 2015 ; Marquet et al., *in press*), le nombre de juges était plus important (respectivement de 12, 10 et 6). Il aurait été probablement intéressant d'ajouter non pas une juge comme cela a été tenté, mais au moins 3 juges (de préférence des femmes). De cette manière, le score moyen attribué par les juges à chaque élément aurait été plus valide. Aussi, il aurait été plus facile de savoir si la divergence des scores attribués par les juges provient de la difficulté à évaluer les termes ou de la manière de penser différente de plusieurs des juges. Par ailleurs, cet ajout de juges aurait peut-être augmenté l'accord inter-juges.

Une autre limite de cette étude est l'impossibilité de tester la seconde hypothèse de manière inférentielle. En effet, les scores ne remplissaient les conditions d'aucun test statistique permettant de comparer les moyennes (ou les médianes) de présence des termes en fonction du type d'élément donné et de la catégorie de valeurs. Une façon de régler ce problème aurait été de demander aux participants d'estimer la probabilité de recommander leur structure et la probabilité de quitter leur emploi sur une échelle de 0 à 100, et non pas de 0 à 10. De cette manière, le nombre d'ex-aequo aurait probablement été réduit et nous aurions peut-être pu utiliser le test de Kruskal-Wallis.

De plus, les participants ont répondu au questionnaire entre janvier 2022 et mars 2022, soit durant la crise sanitaire liée au Covid-19. Pour lutter contre la pandémie, le comité ministériel avait conclu un accord sur l'obligation vaccinale du personnel soignant en novembre 2021 (RTBF, 2021). À partir de 1<sup>er</sup> janvier 2022, les soignants en maison de repos qui n'étaient pas vaccinés n'ont donc plus pu travailler et se sont retrouvés au « *chômage temporaire corona* », à moins de réaliser deux à trois tests PCR par semaine (Le Guide Social, 2021). Nous avons également appris en décembre dernier que les professionnels de la santé non-vaccinés seraient licenciés le 1<sup>er</sup> avril 2022. Après cette annonce, des soignants ont manifesté pour montrer leur mécontentement. Certains envisageaient déjà une reconversion professionnelle. Les résultats de notre étude ont donc sûrement été impactés par la situation sanitaire et politique au moment de la passation du questionnaire. En effet, la probabilité de quitter son emploi dans les 6 mois a certainement été augmentée à cause de cette obligation vaccinale. On peut également supposer

que les soignants non vaccinés ont eu moins tendance à recommander leur structure à un proche. En effet, leur structure les obligeait à agir en désaccord avec leurs valeurs (Vaidis & Halimi-Falkowicz, 2007), alors qu'ils étaient convaincus de leur choix de ne pas se faire vacciner (Coppieters, 2022). Pour eux, quitter la structure devenait alors une meilleure solution que d'y travailler en allant à l'encontre de leurs valeurs.

Enfin, il est probable que la situation sanitaire au moment de l'enquête a également impacté la satisfaction professionnelle des soignants vaccinés et donc indirectement leur envie de quitter leur structure et leur tendance à la recommander (Westerman & Cyr, 2004). En effet, le secteur des maisons de repos qui peinait déjà à trouver du personnel s'est retrouvé en plus grande difficulté lorsque les soignants non vaccinés ont préféré quitter le secteur (Coppieters, 2022). La charge de travail a augmenté, contrairement aux effectifs qui ont encore diminué.

## VII. Conclusion

L'objectif général de notre étude était de savoir si le changement culturel en maison de repos est un modèle souhaitable pour les résidents et les professionnels, et donc s'il constitue une solution face à l'occupation décroissante des lits en maison de repos, à la difficulté de recruter du personnel et de le garder et au vieillissement de la population (*e.g.* ING, 2018 ; Libault, 2019 ; Kullak et al., 2020). Nous souhaitions savoir si les éléments attractifs en maison de repos du point de vue du futur résident correspondaient aux principes du changement culturel, et si les éléments repoussants correspondaient à ceux du modèle médical originel et encore largement répandu actuellement (*e.g.* Vandemeulebroucke, 2019).

Nous avons mis en évidence que les éléments souhaités en maison de repos par de potentiels futurs résidents constituent pour la plupart des valeurs du changement culturel. Les valeurs du modèle médical, quant à elles, se retrouvent davantage parmi les éléments jugés repoussants. Ces résultats sont cohérents avec la littérature. Le modèle médical se concentre principalement sur sa fonction de soins en oubliant sa fonction de foyer (van Dijk-Heinen, 2014), alors que les valeurs du changement culturel (liberté, autonomie, pouvoir de décision) correspondent bien plus aux valeurs de notre société actuelle (Femarbel, 2020 ; Vandemeulebroucke, 2019 ; Kullak et al., 2020).

Par contre, nous avons été surpris par le fait que les valeurs du modèle médical ne semblent pas être plus présentes actuellement en maison de repos que celles du changement culturel, tout comme les éléments repoussants qui semblent en général moins présents que les éléments attractifs. En effet, plusieurs auteurs affirment qu'actuellement, le modèle médical originel est toujours d'application alors que ces principes sont dépassés (Charlot et al., 2019 ; Kullak et al., 2020 ; Vandemeulebroucke, 2019). Le manque d'attractivité des maisons de repos et leur médicalisation seraient peut-être moins prégnants que nous le pensions. Cela pourrait notamment s'expliquer par les nombreuses images négatives qui y sont associées (Pollard, 2021) et par l'application croissante de la méthodologie Humanitude® dans les maisons de repos (*e.g.* Ferey, 2019).

Enfin, la probabilité qu'un professionnel recommande à un proche d'intégrer la maison de repos dans laquelle il travaille s'explique par la présence des éléments qu'il juge attractifs en se mettant dans la peau d'un futur résident. Par contre, la probabilité qu'il quitte son emploi dans les 6 mois ne s'explique pas par le fait que ses attentes en maison de repos en tant que futur résident soient remplies. Ce second résultat va à l'encontre de la littérature : de nombreux

auteurs ont montré que l'intention de quitter son emploi et la probabilité de recommander sa structure à un potentiel futur collègue peut s'expliquer par la congruence de valeurs entre le professionnel et sa structure (*e.g.* Cable & Judge, 1996). Cette discordance peut être en lien avec la différence de positions. Dans notre étude, nous nous sommes intéressés à la congruence entre les valeurs de potentiels futurs résidents et celles des maisons de repos. La probabilité de recommander à un proche de vivre dans sa structure concerne également la place de résident, ce qui n'est pas le cas pour la probabilité de quitter son emploi.

De notre étude, nous pouvons donc retenir que le changement culturel semble un modèle prometteur en maison de repos. Il paraît correspondre globalement aux attentes des résidents, plus que le modèle médical (*e.g.* Bollig et al., 2016). Il impacte positivement les résidents, les professionnels et même la structure (*e.g.* Hill et al., 2011 ; Fondation Roi Baudouin, 2019 ; Elliot, 2010). Étant donné que les professionnels semblent avoir davantage tendance à recommander les structures présentant les valeurs du changement culturel, ce modèle pourrait être une solution face à l'augmentation de la population et la diminution de l'occupation des lits en maison de repos (*e.g.* ING, 2018 ; Kullak et al., 2020).

Il serait donc intéressant de réaliser d'autres études sur le changement culturel. D'une part, elles permettraient probablement encore de démontrer les effets positifs de ce modèle, ce qui incite les structures à l'appliquer selon Rahman et Schnelle (2008), ainsi que Miller et ses collaborateurs (2010). D'autre part, il est nécessaire d'étudier l'adhésion au modèle par les professionnels, car elle est essentielle pour mener à bien son implémentation (Seaton & Edwards, 2011), ainsi que pour attirer du personnel et le garder (Schneider, 1987 ; Vaidis & Halimi-Falkowicz, 2007). À l'heure actuelle, cela est encore plus important parce que le secteur peine déjà à recruter et à garder son personnel (Libault, 2019). Et sans solution efficace, ces difficultés s'accroîtront avec le vieillissement de la population. De futures études devraient donc s'intéresser à la congruence des valeurs entre les structures appliquant le changement culturel et les professionnels, et non les potentiels futurs résidents comme dans cette étude. Bien que notre étude en donne un aperçu, d'autres études pourraient également déterminer l'ordre des principes du changement culturel à appliquer pour augmenter la congruence des valeurs entre les professionnels et leur structure tout en limitant leur résistance au changement. De cette manière, les professionnels auraient probablement plus envie d'être embauchés dans ces structures, moins envie de les quitter et plus envie de les recommander auprès de leurs proches.

## VIII. Bibliographie

Adam, S. (2020, 7 décembre). *Rapport RW et AViQ « Crise COVID et institutions pour personnes âgées et handicap » : Temps 1* [Présentation PowerPoint]. MyULiège. [https://my.uliege.be/portail/MU/es\\_download.do?ai\\_idEs=441390&ai\\_idFile=545689](https://my.uliege.be/portail/MU/es_download.do?ai_idEs=441390&ai_idFile=545689)

Adam, S. (2020, 17 décembre). *Rapport RW et AViQ « Crise COVID et institutions pour personnes âgées et handicap » : Temps 3* [Présentation PowerPoint]. MyULiège. [https://my.uliege.be/portail/MU/es\\_download.do?ai\\_idEs=443480&ai\\_idFile=548635](https://my.uliege.be/portail/MU/es_download.do?ai_idEs=443480&ai_idFile=548635)

American Association of Retired Persons (2005). *Beyond 50.05 survey*. Author. [https://assets.aarp.org/rgcenter/il/beyond\\_50\\_05\\_survey.pdf](https://assets.aarp.org/rgcenter/il/beyond_50_05_survey.pdf)

Argoud, D. (2008), *L'habitat et la gérontologie : Deux cultures en voie de rapprochement ?* Université Paris-Est Créteil, Sciences de l'éducation. <http://www.urbanisme-puca.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-habitat-pour-les-personnes-agees2008.pdf>

Bazin, M., & Muller, M. (2018, 14 juin). *Le personnel et les difficultés de recrutement en EHPAD*. Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er\\_1067.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1067.pdf)

Billé, M. (2005). L'entrée en institution dernière mise en demeure ? *Gérontologie et Société*, 1(1), 63-72. <https://doi.org/10.3917/gs.112.0063> <https://doi.org/10.3917/gs.112.0063>

Bao, Y., Vedina, R., Moodie, S., & Dolan, S. (2013). The relationship between value incongruence and individual and organizational well-being outcomes: An exploratory study among Catalan nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 631-641. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06045.x>

Bollig, G., Gjengedal, E., & Rosland, J. (2016). Nothing to complain about? Residents' and relatives' views on a "good life" and ethical challenges in nursing homes. *Nursing Ethics*, 23(2), 142-153. <https://doi.org/10.1177/0969733014557719>

Bontout, O., Colin, C., & Kerjosse, R. (2002, 1 février). *Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : Une projection à l'horizon*. Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er160.pdf>

Bradshaw, A., Playford, E., & Riazi, A. (2012). Living well in care homes: A systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing*, 41(4), 429-440. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs069>

Bretz, R., & Judge, T. (1994). Person-organization fit and the theory of work adjustment: Implications for satisfaction, tenure, and career success. *Journal of Vocational Behavior*, 44(1), 32-54. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1994.1003>

Bretz, R., Rynes, S., & Gerhart, B. (1993). Recruiter perceptions of applicant fit: Implications for individual career preparation and job search behavior. *Journal of Vocational Behavior*, 43(3), 310-327. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1993.1050>

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*, 8, 1-10. <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>

Brulocalis (2020). *Les maisons de repos doivent-elles disparaître ? La désinstitutionnalisation des aînés est-elle souhaitable ?* [https://www.uvcw.be/no\\_index/files/2944-fed.cpas-uvcw-bxl-etude-desinstitutionnalisation-072020.pdf](https://www.uvcw.be/no_index/files/2944-fed.cpas-uvcw-bxl-etude-desinstitutionnalisation-072020.pdf)

Burgio, L., Fisher, S., Fairchild, J., Scilley, K., & Hardin, J. (2004). Quality of care in the nursing home: Effects of staff assignment and work shift. *The Gerontologist*, 44(3), 368-377. <https://doi.org/10.1093/geront/44.3.368>

Cable, D., & Edwards, J. (2004). Complementary and Supplementary Fit : A Theoretical and Empirical Integration. *Journal of Applied Psychology*, 89(5), 822-834. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.89.5.822>

Cable, D., & Judge, T. (1996). Person–Organization Fit, Job Choice Decisions, and Organizational Entry. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 67(3), 294-311. <https://doi.org/10.1006/obhd.1996.0081>

Carson, J., Brown, S., d’Avernas, J., & Dunn, H. (2015). *Working together to put living first: A guidebook to change the culture of aging in long-term care*. Research Institute for Aging. <https://the-ria.ca/wp-content/uploads/2018/08/Culture-Change-Guidebook-FINAL-Accessible.pdf>

Cavalli, S. (2008). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse : Rester chez soi ou s'installer en établissement médico-social ?* [Thèse de doctorat, Université de Genève]. Archive ouverte UNIGE. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:638/THESIS>

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (2011). *Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : Projections 2011 – 2025*. KCE. [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_167B\\_soins\\_residentiels\\_en\\_Belgique.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_167B_soins_residentiels_en_Belgique.pdf)

Charlot, V., Guffens, C., Defeyt, P., Legros, A., & Pincé, J. (2019, 28 juin). L'accueil des seniors au XXI<sup>e</sup> siècle. *Le Soir*. <https://www.lesoir.be/233562/article/2019-06-28/laccueil-des-seniors-au-xxie-siecle>

Chapman, S., Keating, N., & Eales, J. (2003). Client-centred, community-based care for frail seniors. *Health & Social Care in the Community*, 11(3), 253-261. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2003.00420.x>

Chatman, J. (1989). Improving interactional organizational research : A model of person-organization fit. *The Academy of Management Review*, 14(3), 333-349. <https://doi.org/10.2307/258171>

Chatman, J. (1991). Matching people and organizations : Selection and socialization in public accounting firms. *Administrative Science Quarterly*, 36(3), 459-484. <https://doi.org/10.2307/2393204>

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>

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>

Clarke, A., Hanson, E., & Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: Enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 697-706. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00784.x>

Coppieters, Y. (2022, 4 mai). *L'obligation vaccinale pour le personnel soignant risque de déstructurer notre système de soins de santé*. La Libre. <https://www.lalibre.be/debats/opinions/2022/05/04/lobligation-vaccinale-pour-le-personnel->



[soignant-risque-de-destructurer-notre-systeme-de-soins-de-sante-M6MLOHAI7FF6DMPMKL2LHTTUPA/](#)

Cordes, C., & Dougherty, T. (1993). A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *The Academy of Management Review*, 18(4), 621-656. <https://doi.org/10.2307/258593>

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)

Crutzen, C., Missotten, P., Adam, S., & Schroyen, S. (2022). Does caring lead to stigmatisation? The perception of older people among healthcare professionals and the general population: A cross-sectional study. *International Journal of Older People Nursing*, e12457. <https://doi.org/10.1111/opn.12457>

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454-464. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x>

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *The Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>

Doll, G., & Bolender, B. (2010). Age to age: Resident outcomes from a kindergarten classroom in the nursing home. *Journal of Intergenerational Relationships*, 8(4), 327-337. <https://doi.org/10.1080/15350770.2010.520614>

Donoghue, C., & Castle, N. (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., Koren, M., & Sturla, E. (2008). *Culture change in nursing homes: How far have we come? Findings from the Commonwealth Fund 2007 National Survey of Nursing Homes*. Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2008/may/culture-change-nursing-homes-how-far-have-we-come-findings>

Duée, M., & Rebillard, C. (2006). La dépendance des personnes âgées : Une projection en 2040. Dans Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Ed.), *Données*

*sociales* : *La Société française* (pp. 613-619).  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1371933/donsoc06zp.pdf>

Dutton, J., & Dukerich, J. (1991). Keeping an eye on the mirror : Image and identity in organizational adaptation. *Academy of Management Journal*, 34(3), 517-554.  
<https://doi.org/10.5465/256405>

Ebrahimi, Z., Patel, H., Wijk, H., Ekman, I., & Olaya-Contreras, P. (2020). A systematic review on implementation of person-centered care interventions for older people in out-of-hospital settings. *Geriatric Nursing*, 42(1), 213-224.  
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.08.004>

Edwards, J., & Cable, D. (2009). The value of value congruence. *The Journal of Applied Psychology*, 94(3), 654-677. <https://doi.org/10.1037/a0014891>

Eenschooten, M. (2003). L'animation dans les établissements d'hébergement de personnes âgées. *Dossiers solidarité et santé*, 1, 57-68. <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Ministere/Drees/DossiersSolidariteSante/2003/1/1.pdf>

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>

Elliot, A. (2010). Occupancy and revenues gains from culture change in nursing homes: A win-win innovation for a new age of long-term care. *Seniors Housing & Care Journal*, 18(1), 61-76.  
[https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media\\_files\\_publications\\_in\\_the\\_literature\\_2010\\_nov\\_1455\\_elliott\\_occupancy\\_revenue\\_gains\\_culture\\_change\\_seniors\\_housing\\_2010\\_itl.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media_files_publications_in_the_literature_2010_nov_1455_elliott_occupancy_revenue_gains_culture_change_seniors_housing_2010_itl.pdf)

Engle, R., Tyler, D., Gormley, K., Afable, M., Curyto, K., Adjognon, O., Parker, V., & Sullivan, J. (2017). Identifying barriers to culture change: A qualitative analysis of the obstacles to delivering resident-centered care. *Psychological Services*, 14(3), 316-326.  
<https://doi.org/10.1037/ser0000169>

Ennuyer B. (2007). 1962-2007 : Regards sur les politiques du « maintien à domicile » et sur la notion de libre choix de son mode de vie. *Gérontologie et Société*, 30(123), 153-167.  
<https://doi.org/10.3917/gs.123.0153>

Ennuyer, B. (2009). Quelles marges de choix au quotidien : Quand on a choisi de rester dans son domicile ? *Gérontologie et société*, 4(4), 63-79. <https://doi.org/10.3917/gs.131.0063>

Enz, C. (1988). The role of value congruity in intraorganizational power. *Administrative Science Quarterly*, 33(2), 284-304. <https://doi/10.2307/2393060>

Eritz, H., Hadjistavropoulos, T., Williams, J., Kroeker, K., Martin, R., Lix, L., & Hunter, P. (2016). A life history intervention for individuals with dementia: A randomised controlled trial examining nursing staff empathy, perceived patient personhood and aggressive behaviours. *Ageing & Society*, 36(10), 2061-2089. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15000902>

Espace Seniors (2015). *L'autodétermination, une valeur forte pour la maison de repos de demain ?* [https://www.brudoc.be/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=1588](https://www.brudoc.be/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1588)

Fang, P., Liu, X., Huang, L., Zhang, X., & Fang, Z. (2014). Factors that influence the turnover intention of Chinese village doctors based on the investigation results of Xiangyang City in Hubei Province. *International Journal for Equity in Health*, 13(84), 1058-1066. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0084-4>

Farrell, D., & Elliot, A. (2008). Investing in culture change. *Provider*, 34(8), 18-30.

Faure, J. (2015). *Comportements de choix et influence sur le bien-être : Le cas de personnes âgées résidant en EHPAD* [Thèse de doctorat, Université de Tours]. Theses.fr. <http://www.theses.fr/2015TOUR2014>

Feller, E. (2005). L'hospice des vieux (1900-1970) : De la construction à l'écroulement d'un idéal de prise en charge de la vieillesse. Dans C. Cribier, & E. Feller (Eds.), *Regards croisés sur la sociale protection de la vieillesse* (pp. 43-82). Cahier d'histoire de la sécurité sociale.

Femarbel (2020, 10 janvier). 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> âges : Une opportunité de créer 125 000 emplois en 30 ans. [https://femarbel.be/wp-content/uploads/2020/01/10\\_Analysedelaprise\\_bassedev-1.pdf](https://femarbel.be/wp-content/uploads/2020/01/10_Analysedelaprise_bassedev-1.pdf)

Ferey, M.-P. (2019, 5 mai). Des Ehpad chamboulent leurs habitudes pour privilégier la bientraitance. La Libre. <https://www.lalibre.be/dernieres-depeches/afp/2019/05/05/des-ehpad-chamboulent-leurs-habitudes-pour-privilegier-la-bientraitance-JRPFEQ5FEBFLLJXEEN4TWNH4CI/>

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.

Finegan, J. (2000). The impact of person and organizational values on organizational commitment. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73(2), 149-169. <https://doi.org/10.1348/096317900166958>

Fizzala, A. (2016). *Dépendance des personnes âgées : Qui paie quoi ?* Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/ddd1.pdf>

Foldes, S. (1990). Life in an institution: A sociological and anthropological view. In R., Kane & R. Caplan (Eds.), *Everyday ethics: Resolving dilemmas in nursing home life* (pp. 21-36). Springer Publishing.

Fondation Roi Baudouin (2019). Vers un nouveau modèle de cogestion basé sur le relationnel en maison de repos et de soins : Rapport d'évaluation - Projets pilotes du modèle Tubbe. <https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2019/20191810avc>

Fossey, J., Ballard, C., Juszczak, E., James, I., Alder, N., Jacoby, R., & Howard, R. (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: Cluster randomised trial. *BMJ*, 332(7544), 756-761. <https://doi.org/10.1136/bmj.38782.575868.7C>

Franco, A. (2010, juin). *Rapport de la mission « Vivre chez soi »*. Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. [https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Vivre\\_chez\\_soi.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Vivre_chez_soi.pdf)

Fry, P. (2000). Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell US about IT? *The International Journal of Aging and Human Development*, 50(4), 361-383. <https://doi.org/10.2190/DD41-W8F4-W6LK-FY8Q>

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books.

Goodman, S., & Svyantek, D. (1999). Person–Organization Fit and Contextual Performance: Do Shared Values Matter. *Journal of Vocational Behavior*, 55(2), 254-275. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1998.1682>

Grant, L. (2008, 1 février). *Culture change in a for-profit-nursing home chain: An evaluation*. The Commonwealth Fund.

<https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2008/feb/culture-change-profit-nursing-home-chain-evaluation>

Groger, L. (1995). A nursing home can be a home. *Journal of Aging Studies*, 9(2), 137-153. [https://doi.org/10.1016/0890-4065\(95\)90008-X](https://doi.org/10.1016/0890-4065(95)90008-X)

Gzil, F., Lefevre, C., Cammelli, M., Pachoud, B., Ravaud, J.-F., & Lepage, A. (2007). Why is rehabilitation not yet fully person-centred and should it be more person-centred? *Disability and Rehabilitation*, 29(20-21), 1616-1624. <https://doi.org/10.1080/09638280701618620>

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

Haugan, G., Hanssen, B., & Mosksnes, U. (2013). Self-transcendence, nurse-patient interaction and the outcome of multidimensional well-being in cognitively intact nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 882-893. <https://doi.org/10.1111/scs.12000>

Haugan, G., Innstrand, S., & Moksnes, U. (2013). The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2192-2205. <https://doi.org/10.1111/jocn.12072>

Heggestad, A., & Slettebo, A. (2015). How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling: A case study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(14-15), 2323-2330. <https://doi.org/10.1111/jocn.12837>

Heller, G. (1994). *Historique des maisons de retraite dans le canton de Vaud : Rapport de recherche*. Éditions d'En bas.

Hill, N., Kolanowski, A., 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. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01379.x>

ING (2018). *Maisons de repos : Tendances et indicateurs (2018)*. [https://www.ing.be/Assets/nuid/documents/714429\\_studie\\_design\\_ouderenzorg\\_FR\\_pages.pdf](https://www.ing.be/Assets/nuid/documents/714429_studie_design_ouderenzorg_FR_pages.pdf)

Iwasiw, C., Goldenberg, D., MacMaster, E., McCutcheon, S., & Bol, N. (1996). Residents' perspectives of their first 2 weeks in a long-term care facility. *Journal of Clinical Nursing*, 5(6), 381-388. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1996.tb00271.x>

Jackson, S., Schwab, R., & Schuler, R. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. *The Journal of Applied Psychology*, 71(4), 630-640. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.4.630>

Jones, G., & George, J. (1998). The experience and evolution of trust: Implications for cooperation and teamwork. *The Academy of Management Review*, 23(3), 531-546. <https://doi.org/10.2307/259293>

Judge, T., & Watanabe, S. (1993). Another Look at the Job Satisfaction-Life Satisfaction Relationship. *Journal of Applied Psychology*, 78(6), 939-948. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.6.939>

Kane, R., Lum, T., Cutler, L., Degenholtz, H., & Yu, T.-C. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the initial Green House program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(6), 832-839. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01169.x>

Kelly, M. (1989). The Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987: A policy analysis. *The Nursing Clinics of North America*, 24(3), 791-794. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2671955/#:~:text=The%20Omnibus%20Reconciliation%20Act%20of,in%20the%20nursing%20home%20setting.&text=Without%20appropriate%20implementation%2C%20some%20of,the%20risk%20to%20the%20public>

Kiljunen, O., Kankkunen, P., Partanen, P., & Välimäki, T. (2017). Family members' expectations regarding nurses' competence in care homes: A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1018-1026. <https://doi.org/10.1111/scs.12544>

Kitzinger, J., Markova, I., & Kalampalikis, N. (2003). Qu'est-ce que les focus groups ? (B. Orfali, Trad.). *Bulletin de psychologie*, 57(3), 237-243. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00533472/document>

Kline, C., & Peters, L. (1991). Behavioral Commitment and Tenure of New Employees : A Replication and Extension. *The Academy of Management Journal*, 34(1), 194-204. <https://doi.org/10.2307/256307>

Koren, M. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health affairs*, 29(2), 312-317. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0966>

Kristof, A. (1996). Person-organization fit: An integrative review of its conceptualizations, measurement, and implications. *Personnel Psychology*, 49(1), 1-49. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1996.tb01790.x>

Kristof-Brown, A., Zimmerman, R., & Johnson, E. (2005). Consequences of individuals' fit at work: A meta-analysis of person-job, person-organization, person-group, and person-supervisor fit. *Personnel Psychology*, 58(2), 281-342. <https://doi.org/10.1111/J.1744-6570.2005.00672.X>

Kullak, A., Denys, F., Herbaux, V., & Christophe, C., Riga, V., & de Salle, C. (2020). *Réformer nos maisons de repos & développer une authentique politique d'accompagnement des seniors*. Centre Jean Gol. <https://www.cjg.be/wp-content/uploads/2021/03/CJG-ETUDE-Maisons-de-repos-ppp.pdf>

Labit, A., & Chaland, K. (2010). L'habitat groupé autogéré en France et en Allemagne : Perspectives d'avenir dans le contexte du vieillissement démographique. *Espace Populations Sociétés*, 1, 131-142. <https://doi.org/10.4000/eps.3982>

Laguardia, J., & Ryan, R. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : Théorie de l'autodétermination et applications (A. Drouin, Trad.). *Revue Québécoise de Psychologie*, 21(2), 281-304. [http://elearning.ileps.org/courses/GLPSY11OCTOBRE2011/document/Laguardia\\_et\\_ryan.pdf](http://elearning.ileps.org/courses/GLPSY11OCTOBRE2011/document/Laguardia_et_ryan.pdf)

Le guide social (2021, 16 novembre). *Les soignants, qui refusent la vaccination, seront mis au chômage puis licenciés*. <https://pro.guidesocial.be/articles/dossiers-a-la-une/article/les-soignants-qui-refusent-la-vaccination-seront-mis-au-chomage-puis-licencies>

Lee, D., Woo, J., & Mackenzie, A. (2002). A review of older people's experiences with residential care placement. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 19-27. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02060.x>

Lee, M., Choi, J.-S., Lim, J., & Kim, Y. (2012). Relationship between staff-reported culture change and occupancy rate and organizational commitment among nursing homes in South Korea. *The Gerontologist*, 53(2), 235-245. <https://doi.org/10.1093/geront/gns106>



Lee, R., & Ashforth, B. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.81.2.123>

Lepore, M., Lima, J., & Miller, S. (2020). Nursing home culture change practices and survey deficiencies: A national longitudinal panel study. *The Gerontologist*, 60(8), 1411-1423. <https://doi:10.1093/geront/gnaa063>

Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. Harper & Row. <https://ia802905.us.archive.org/4/items/in.ernet.dli.2015.138989/2015.138989.Field-Theory-In-Social-Science-Selected-Theoretical-Oaoers.pdf>

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)

March, J., & Simon, H. (1958). *Organizations*. Wiley.

Marquet, M., Vallet, G., Adam, S., & Missotten, P. (in press). Ageism among psychology students: A comparative analysis between Belgium and Quebec (Canada). *Année Psychologique*. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/262259>

Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Malor Books. [https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=Pigg1p-hJhgC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Maslach,+C.+\(1982\).+Burnout:+The+cost+of+caring.&ots=Ds\\_gdW7mJ&sig=liA0eyjjWO7aNU\\_EpnOjHN1M-34#v=onepage&q=depersonaliation&f=false](https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=Pigg1p-hJhgC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Maslach,+C.+(1982).+Burnout:+The+cost+of+caring.&ots=Ds_gdW7mJ&sig=liA0eyjjWO7aNU_EpnOjHN1M-34#v=onepage&q=depersonaliation&f=false)

McAuley, W., & Travis, S. (1997). Positions of influence in the nursing home admission decision. *Research on Aging*, 19(1), 26-45. <https://doi.org/10.1177/0164027597191002>

McAuley, W., & Usita, P. (1998). A conceptual model for the mobility patterns of nursing home admissions. *The Gerontologist*, 38(6), 726-734. <https://doi.org/10.1093/geront/38.6.726>

McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 148-158. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x>



Mietkiewics, M.-C., Blique, S., George, M.-Y., & Tognoli, E. (2000). Le bien-être en maison de retraite : Auto-conception des résidents. *Pratiques psychologiques*, 3, 19-28.

Miller, S., Miller, E., 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. <https://doi.org/10.1177/1077558710366862>

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/nasuad/files/hcbs/files/101/5007/LTCReport.pdf>

Mitchell, J., & Kemp, B. (2000). Quality of life in assisted living homes: A multidimensional analysis. *The Journals of Gerontology: Series B*, 55(2), 117-127. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.2.P117>

Morehart, K. (2001). *How to create an employee referral program that really works*. *HRFocus*, 78(1), 3-5.

Morelle, J. (Journaliste présentatrice). (2021, 22 février). *Regards sur nos aînés : Débat sur « Mon vieux »*. [Documentaire]. RTBF. [https://www.rtbf.be/auvio/detail\\_regard-sur-debat?id=2738820](https://www.rtbf.be/auvio/detail_regard-sur-debat?id=2738820)

Newton, M., & Chaney, J. (1996). Professional image: enhanced or inhibited by attire? *Journal of Professional Nursing*, 12(4), 240-244. [https://doi.org/10.1016/S8755-7223\(96\)80099-8](https://doi.org/10.1016/S8755-7223(96)80099-8)

Noulet, J.-F. (2021, 7 décembre). Pénurie de personnel soignant : Quelle ampleur et comment l'expliquer ? RTBF info. [https://www.rtbf.be/info/belgique/detail\\_penurie-de-personnel-soignant-quelle-ampleur-et-comment-l-expliquer?id=10893214](https://www.rtbf.be/info/belgique/detail_penurie-de-personnel-soignant-quelle-ampleur-et-comment-l-expliquer?id=10893214)

O'Neill, M., Ryan, A., Tracey, A., & Laird, L. (2020). “ You’re at their mercy ”: Older peoples’ experiences of moving from home to a care home: A grounded theory study. *International Journal of Older People Nursing*, 15(2). <https://doi:10.1111/opn.12305>

O'Reilly, C., & Caldwell, D. (1981). The Commitment and Job Tenure of New Employees : Some Evidence of Postdecisional Justification. *Administrative Science Quarterly*, 26(4), 597-616. <https://doi.org/10.2307/2392342>

O'Reilly, C., & Chatman, J. (1986). Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 492-499. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.492>

O'Reilly, C., Chatman, J., & Caldwell, D. (1991). People and organizational culture : A profile comparison approach to assessing person-organization fit. *Academy of Management Journal*, 34(3), 487-516. <https://doi.org/10.5465/256404>

Pasquier, S. *L'évaluation de la satisfaction des résidents en EHPAD : Pour une meilleure prise en compte de leurs attentes* [Mémoire, École des hautes études en santé publique de Rennes]. Documentation.ehesp.fr <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2002/dess/pasquier.pdf>

Paulus, D. (2000). Quelles priorités pour les personnes âgées vivant en institution ? *Soins Gérontologie*, 24, 29-32.

Pioneer Network (2010). *What is culture change?* Consulté le 22 mai 2021 sur <https://www.pioneernetwork.net/culture-change/what-is-culture-change/>

Piquemal-Vieu, L. (1999). *Vieillir chez soi ou en maison de retraite : Impact du lieu de vie sur la dynamique socio-personnelle* [Thèse de doctorat, Université Jean-Jaurès de Toulouse].

Pollard, A. (2021, 3 août). Le choix de vieillir accompagné, à domicile. *L'avenir*, 8. <https://www.lavenir.net/actu/societe/2021/08/02/le-choix-de-vieillir-accompagne-a-domicile-2HJCQHPWABDSBN742UF562IHTU/>

Prévo, J. (2011). La satisfaction des personnes âgées vivant en EHPAD et en maison de retraite en 2007. In J. Chazal & S. Scheidegger (Eds.), *La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leur proches* (pp. 28-36). Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dss18.pdf>

Rahman, A., & Schnelle, J. (2008). The nursing home culture-change movement: Recent past, present, and future directions for research. *The Gerontologist*, 48(2), 142-148. <https://doi.org/10.1093/geront/48.2.142>

Reinardy, J. (1992). Decisional Control in Moving to a Nursing Home : Postadmission Adjustment and Well-Being. *The Gerontologist*, 32(1), 96-103. <https://doi.org/10.1093/geront/32.1.96>

Reinardy, J., & Kane, R. (1999). Choosing an adult foster home or a nursing home: Residents' perceptions about decision making and control. *Social Work*, 44(6), 571-585. <https://doi.org/10.1093/sw/44.6.571>

Remy, A. (2020). *Accompagnement en milieu institutionnel : De quoi les personnes âgées ont-elles envie ?* [Mémoire, Université de Liège]. Matheo. [https://matheo.uliege.be/bitstream/2268.2/10396/5/200817\\_AREMY-s152648\\_M%c3%a9moire.pdf](https://matheo.uliege.be/bitstream/2268.2/10396/5/200817_AREMY-s152648_M%c3%a9moire.pdf)

Ren, T. (2013). Sectoral Differences in Value Congruence and Job Attitudes: The Case of Nursing Home Employees. *Journal of Business Ethics*, 112(2), 213-224. <https://doi.org/10.1007/s10551-012-1242-5>

Robert, C., Probst, T., Martocchio, J., Drasgow, F., & Lawler, J. (2000). Empowerment and continuous improvement in the United States, Mexico, Poland, and India: Predicting fit on the basis of the dimensions of power distance and individualism. *Journal of Applied Psychology*, 85(5), 643-658. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.85.5.643>

Roberts, E., & Pulay, A. (2018). Examining the nursing home physical environment through policy-driven culture change. *Journal of Housing for the Elderly*, 32(2), 241-262. <https://doi.org/10.1080/02763893.2018.1431586>

Rogers, C. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*, 1(10), 415-422. <https://doi.org/10.1037/h0060866>

Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. Free Press.

Rousseau, D. (1998). Why workers still identify with organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 19(3), 217-233. [https://doi/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(199805\)19:3%3C217::AID-JOB931%3E3.0.CO;2-N](https://doi/10.1002/(SICI)1099-1379(199805)19:3%3C217::AID-JOB931%3E3.0.CO;2-N)

RTBF (2021, 17 novembre). *Coronavirus en Belgique : L'accord sur l'obligation vaccinale des soignants est confirmé, indique Frank Vandenbroucke*. <https://www.rtbf.be/article/coronavirus-en-belgique-laccord-sur-lobligation-vaccinale-des-soignants-est-confirme-indique-frank-vandenbroucke-10880712>

Santé Wallonie (s. d.). *Les dispositifs : Maison de repos et de soins*. Consulté le 15 février 2022 sur <http://sante.wallonie.be/?q=aines/dispositifs/maison-de-repos-et-de-soins>

Scales, K., Lepore, M., Anderson, R., McConnell, E., Song, Y., Kang, B., Porter, K., Thach, T. & Corazzini, K. (2019). Person-directed care planning in nursing homes: Resident, family, and staff perspectives. *Journal of Applied Gerontology*, 38(2), 183-206. <https://doi.org/10.1177/0733464817732519>

Schoenberg, N., & Coward, R. (1997). Attitudes about entering a nursing home: Comparisons of older rural and urban African-American women. *Journal of Aging Studies*, 11(1), 27-47. [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(97\)90010-4](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(97)90010-4)

Schneider, B. (1987). The people make the place. *Personnel Psychology*, 40(3), 437-453. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1987.tb00609.x>

Seaton, D., & Edwards, C. (2011). *Culture change in long-term care: Its history and development, principles, implementation and legislation*. <https://digital.library.txstate.edu/handle/10877/4133>

Sheldon, K., & Elliot, A. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), 482-497. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.3.482>

Sheridan, J. (1992). Organizational Culture and Employee Retention. *The Academy of Management Journal*, 35(5), 1036-1056. <https://doi.org/10.2307/256539>

Shier, V., Khodyakov, D., Cohen, L., Zimmerman, S., & Saliba, D. (2014). What does the evidence really say about culture change in nursing homes? *The Gerontologist*, 54(Suppl\_1), S6-S16. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt147>

Siegall, M., & McDonald, T. (2004). Person-organization value congruence, burnout and diversion of resources. *Personnel Review*, 33(3), 291-301. <https://doi.org/10.1108/00483480410528832>

Sion, K., Verbeek, H., de Boer, B., Zwakhalen, S., Odekerken-Schröder, G., Schols, J., & Hamers, J. (2020). How to assess experienced quality of care in nursing homes from the client's perspective: Results of a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1466-7>

Sliman, G., David, M., & Billmann (2008, janvier). *Suivi barométrique de l'opinion des français à l'égard de la santé, de la protection sociale, de la précarité, de la famille et de la solidarité : Synthèse des principaux enseignements de l'étude*. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/principaux\\_enseignements\\_barometre\\_2007.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/principaux_enseignements_barometre_2007.pdf)

Somme, D. (2003). Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. *Dossiers solidarité et santé*, 1, 35-47 <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Ministere/Drees/DossiersSolidariteSante/2003/1/1.pdf>

Statbel (2020a). Les professions en Belgique : Chiffres. Consulté le 12 janvier 2022 sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/marche-du-travail/les-professions-en-belgique#figures>

Statbel (2020b, 20 juin). Population par lieu de résidence, nationalité (Belge/non-Belge), état civil, âge et sexe : Population par sexe et groupe d'âges pour la Belgique, 2010-2020. Consulté le 3 décembre 2020 sur <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=c1649c18-ea66-4286-9310-2413e74134f8>

Sturdevant, D. (2018). Commentary on bridging the science-practice gap in aging, dementia, and mental health: Nursing home culture change as an exemplar. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(1), 36-39. <https://doi.org/10.1111/jgs.15344>

Schwartz, S., & Bilsky, W. (1987). Toward A Universal Psychological Structure of Human Values, *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), 550-562. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.3.550>

Tepeci, M. (2001). *The effect of personal values, organizational culture, and person-organization fit on individual outcomes in the restaurant industry* [Thèse de doctorat, The Pennsylvania State University]. Research Gate. [https://www.researchgate.net/publication/232582036\\_The\\_effect\\_of\\_personal\\_values\\_organizational\\_culture\\_and\\_person-organization\\_fit\\_on\\_individual\\_outcomes\\_in\\_the\\_restaurant\\_industry](https://www.researchgate.net/publication/232582036_The_effect_of_personal_values_organizational_culture_and_person-organization_fit_on_individual_outcomes_in_the_restaurant_industry)

Tessier, L. (2021, 23 décembre). Pourquoi les maisons de repos peinent à se relever de la crise sanitaire. *Moustique*. <https://www.moustique.be/actu/famille/2021/12/23/pourquoi-les-maisons-de-repos-peinent-a-se-relever-de-la-crise-sanitaire-221148>

Thomas, H., & Saint-Jean, O. (2003). Autonomie sociale et citoyenneté dans la vie quotidienne des personnes âgées vivant en institution. *Dossiers solidarité et santé*, 1, 57-68. <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Ministere/Drees/DossiersSolidariteSante/2003/1/1.pdf>

Tobin, S. (2008). The historical context of “humanistic” culture change in long-term care. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2(1-2), 53-64. [https://doi.org/10.1300/J181v02n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J181v02n01_04)

Trépiéd, V. (2016). Solitude en EHPAD : L’expérience vécue de la relation soignante par les personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et Société*, 1(1), 91-104. <https://doi.org/10.3917/gsl.149.0091>

Tziner, A. (1987). Congruency issue retested using Fineman’s achievement climate notion. *Journal of Social Behavior & Personality*, 2(1), 63-78. <https://psycnet.apa.org/record/1988-18737-001>

Vaidis, D., & Halimi-Falkowicz, S. (2007). La théorie de la dissonance cognitive : Une théorie âgée d’un demi-siècle. *Revue Electronique de Psychologie Sociale*, 1, 9-18. [http://vaidis.online.fr/ressources/publications/Vaidis%20&%20Halimi-Falkowicz%20\(2007\).%20la%20dissonance%20cognitive.pdf](http://vaidis.online.fr/ressources/publications/Vaidis%20&%20Halimi-Falkowicz%20(2007).%20la%20dissonance%20cognitive.pdf)

van Dijk-Heinen, C., Wouters, E., Janssen, B., & van Hoof, J. (2014). The environmental design of residential care facilities: A sense of home through the eyes of nursing home residents. *International Journal for Innovative Research in Science & Technology*, 1(4), 57-6. [https://www.academia.edu/9967570/The\\_environmental\\_design\\_of\\_residential\\_care\\_facilities\\_A\\_sense\\_of\\_home\\_through\\_the\\_eyes\\_of\\_nursing\\_home\\_residents](https://www.academia.edu/9967570/The_environmental_design_of_residential_care_facilities_A_sense_of_home_through_the_eyes_of_nursing_home_residents)

van Leeuwen, K., van Loon, M., van Nes, F., Bosmans, J., de Vet, H., Ket, J., Widdershoven, G., & Ostelo, R. (2019). What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PloS One*, 14(3), 1-39. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213263>

Vandemeulebroucke, M. (2019, 16 octobre). Tirer le vieux du lit. *Alter Échos*.  
<https://www.alterechos.be/tirer-les-vieux-du-lit/>

Verplanken, B. (2004). Value congruence and job satisfaction among nurses : A human relations perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 41(6), 599-605.  
<https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2003.12.011>

Verplanken, B., & Holland, R. (2002). Motivated decision making: Effects of activation and self-centrality of values on choices and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(3), 434-447. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.3.434>

Verquer, M., Beehr, T., & Wagner, S. (2003). A meta-analysis of relations between person–organization fit and work attitudes. [https://doi.org/10.1016/S0001-8791\(02\)00036-2](https://doi.org/10.1016/S0001-8791(02)00036-2)

Villeneuve, H. (2019). Qualité de vie des personnes âgées : étude de la transition entre domicile et institution [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux]. HAL theses.  
<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03173744/document>

Vladeck, B. (2003). Unloving care revisited: The persistence of culture. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2(1-2), 1-9. [https://doi.org/10.1300/J181v02n01\\_01](https://doi.org/10.1300/J181v02n01_01)

Westerman, J., & Cyr, L. (2004). An integrative analysis of person–organization fit theories. *International Journal of Selection and Assessment*, 12(3), 252-261.  
[https://doi.org/10.1111/j.0965-075X.2004.279\\_1.x](https://doi.org/10.1111/j.0965-075X.2004.279_1.x)

White, H., Corazzini, K., Twersky, J., Buhr, G., McConnell, E., Weiner, M., & Colón-Emeric, C. (2012). Prioritizing culture change in nursing homes: Perspectives of residents, staff, and family members. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(3), 525-531.  
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03840.x>

White-Chu, E., Graves, W., Godfrey, S., 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>

Whitler, J. (1996). Ethics of Assisted Autonomy in the Nursing Home: Types of Assisting Among Long-Term Care Nurses. *Nursing Ethics*, 3(3), 224-235.  
<https://doi.org/10.1177/096973309600300305>



Wolpin, J., Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (1991). Is Job Satisfaction an Antecedent or a Consequence of Psychological Burnout? *Human Relations*, 44(2), 193-209. <https://doi.org/10.1177/001872679104400205>

World Health Organization and Milbank Memorial Fund. (2000). *Toward and international consensus on policy for long-term care of the ageing*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66339>

Wright, T. A., & Bonett, D. G. (1997). The Contribution of Burnout to Work Performance. *Journal of Organizational Behavior*, 18(5), 491-499. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(199709\)18:5%3C491::AID-JOB804%3E3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(199709)18:5%3C491::AID-JOB804%3E3.0.CO;2-I)

Yeatts, D., & Cready, C. (2007). Consequences of empowered CNA teams in nursing home settings: A longitudinal assessment. *The Gerontologist*, 47(3), 323-339. <https://doi.org/10.1093/geront/47.3.323>

Zhang, Y., & Feng, X. (2011). The relationship between job satisfaction, burnout, and turnover intention among physicians from urban state-owned medical institutions in Hubei, China: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 11(235), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-235>

Zimmermann-Sloutskis, D., Moreau-Gruet, F., & Zimmermann, E. (2012, 10 octobre). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution*. Observation suisse de la santé. [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-08/obsan\\_54\\_rapport.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-08/obsan_54_rapport.pdf)



## Annexes

**Annexe 1** : Formulaire d'information

**Annexe 2** : Formulaire de consentement écrit

**Annexe 3** : Message de recrutement sur les réseaux sociaux

**Annexe 4** : Lettre de demande de recrutement pour la direction des maisons de repos

**Annexe 5** : Prospectus de recrutement en maison de repos

**Annexe 6** : Grille d'inscription en maison de repos

**Annexe 7** : Affiche en maison de repos

**Annexe 8** : Formulaire d'information et de consentement par internet

**Annexe 9** : Enquête en ligne à l'intention des professionnels

## Annexe 1 : Formulaire d'information



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

**Comité d'éthique**

PRESIDENTE : Fabienne COLLETTE

SECRETAIRE : Annick COMBLAIN

### **Formulaire d'information au volontaire**

#### TITRE DE LA RECHERCHE

Quels sont les éléments importants d'une maison de repos pour les résidents selon des professionnels travaillant dans ce secteur ?

#### CHERCHEUR / ETUDIANT RESPONSABLE

DELHEZ Chloé ; étudiante mémorante ; +32.486/71.14.34 ; Chloe.Delhez@student.uliege.be

#### PROMOTEUR

ADAM Stéphane

Université de Liège

Psychologie de la Sénescence

Traverse des Architectes, B63c

B-4000 LIEGE (Belgique)

## DESCRIPTION DE L'ETUDE

L'étude vise à connaître les facteurs que vous, professionnels en maison de repos, estimez importants pour les personnes âgées dans le fonctionnement des maisons de repos. Cette recherche implique de répondre à un questionnaire en ligne pendant une durée d'environ dix minutes à votre domicile. Je serai à côté de vous et noterai de façon anonyme la façon dont vous abordez les questions (par exemple : si vous avez des incompréhensions).

Vos données personnelles (c'est-à-dire les données qui permettent de vous identifier comme votre nom ou vos coordonnées) seront conservées durant la réalisation de l'étude dans un endroit sûr pour un maximum d'un an, après quoi elles seront détruites.

### **Avant de participer à l'étude, nous attirons votre attention sur un certain nombre de points.**

Votre participation est conditionnée à une série de droits pour lesquels vous êtes couverts en cas de préjudices. Vos droits sont explicités ci-dessous.

- Votre participation est libre. Vous pouvez l'interrompre sans justification.
- Aucune divulgation de vos informations personnelles n'est possible même de façon non intentionnelle. En cas d'accord pour un enregistrement (audio/vidéo), vos données seront d'autant plus sécurisées. Seules les données codées pourront être transmises à la communauté des chercheurs. Ces données codées ne permettent plus de vous identifier et il sera impossible de les mettre en lien avec votre participation.
- Le temps de conservation de vos données personnelles est réduit à son minimum. Par contre, les données codées peuvent être conservées *ad vitam aeternam*.
- Les résultats issus de cette étude seront toujours communiqués dans une perspective scientifique et/ou d'enseignement.
- Conserver les deux points suivants uniquement si l'étude a reçu l'accord pour la transmission des données. Par défaut, la position du comité d'éthique est que la transmission individuelle des résultats n'est pas autorisée. Cette transmission doit être justifiée par le promoteur dans le formulaire de demande d'avis
- En cas de préjudice, sachez qu'une assurance vous couvre.
- Si vous souhaitez formuler une plainte concernant le traitement de vos données ou votre participation à l'étude, contactez le responsable de l'étude et/ou le DPO et/ou le Comité d'éthique (cf. adresses à la fin du document).

**Tous ces points sont détaillés aux pages suivantes.** Pour toute autre question, veuillez vous adresser au chercheur ou au responsable de l'étude. Si ces informations sont claires et que vous souhaitez participer à l'étude, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement. Conservez bien une copie de chaque document transmis afin de pouvoir nous recontacter si nécessaire.

## INFORMATIONS DETAILLEES

Toutes les informations récoltées au cours de cette étude seront utilisées dans la plus stricte confidentialité et seuls les expérimentateurs, responsables de l'étude, auront accès aux données récoltées. Vos informations seront codées. Seul le responsable de l'étude ainsi que la personne en charge de votre suivi auront accès au fichier crypté permettant d'associer le code du participant à son nom et prénom, ses coordonnées de contact et aux données de recherche. Ces personnes seront tenues de ne JAMAIS divulguer ces informations.

Les données codées issues de votre participation peuvent être transmises dans le cadre d'une autre recherche en lien avec cette étude-ci. Elles pourront être compilées dans des bases de données accessibles uniquement à la communauté scientifique. Seules les informations codées seront partagées. En l'état actuel des choses, aucune identification ne sera possible. Si un rapport ou un article est publié à l'issue de cette étude, rien ne permettra votre identification. Vos données à caractère personnel conservées dans la base de données sécurisée sont soumises aux droits suivants : droits d'accès, de rectification et d'effacement de cette base de données, ainsi que du droit de limiter ou de s'opposer au traitement des données. Pour exercer ces droits, vous devez vous adresser au chercheur responsable de l'étude ou, à défaut, au délégué à la protection des données de l'Université de Liège, dont les coordonnées se trouvent au bas du formulaire d'information. Le temps de conservation de vos données à caractère personnel sera le plus court possible, avec une durée de maximum d'un an. Les données issues de votre participation à cette recherche (données codées) seront quant à elles conservées tant qu'elles seront utiles à la recherche dans le domaine.

Si vous changez d'avis et décidez de ne plus participer à cette étude, nous ne recueillerons plus de données supplémentaires vous concernant et vos données d'identification seront détruites. Seules les données rendues anonymes pourront être conservées et traitées.

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. Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est l'Université de Liège (Place du XX-Août, 7 à 4000 Liège), représentée par son Recteur. 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. 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)).

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).

Vous signerez un consentement éclairé avant de prendre part à l'expérience. Vous conserverez une copie de ce consentement ainsi que les feuilles d'informations relatives à l'étude.

Cette étude a reçu un avis favorable de la part du comité d'éthique de la faculté de psychologie, logopédie et des sciences de l'éducation de l'Université de Liège. En aucun cas, vous ne devez considérer cet avis favorable comme une incitation à participer à cette étude.

### **Personnes à contacter**

Vous avez le droit de poser toutes les questions que vous souhaitez sur cette recherche et d'en recevoir les réponses.

Si vous avez des questions ou en cas de complication liée à l'étude, vous pouvez contacter les personnes suivantes :

DELHEZ Chloé

[Chloe.Delhez@student.uliege.be](mailto:Chloe.Delhez@student.uliege.be)

+32.486/71.14.34

ou l'investigateur principal du projet :

ADAM Stéphane

[Stephane.Adam@uliege.be](mailto:Stephane.Adam@uliege.be)

+32.4.366.28.46

Traverse des Architectes B63c, 4000 LIEGE (Belgique)

Secrétariat de l'Unité de Psychologie de la Sénescence : +32.4.366.20.81

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](mailto: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)).

## Annexe 2 : Formulaire de consentement écrit



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

Comité d'éthique

PRESIDENTE : Fabienne COLLETTE

SECRETAIRE : Annick COMBLAIN

### **CONSENTEMENT ECLAIRE POUR DES RECHERCHES IMPLIQUANT DES PARTICIPANTS HUMAINS**

Titre de la recherche	Quels sont les éléments importants d'une maison de repos pour les résidents selon des professionnels travaillant dans ce secteur ?
Mémorante responsable	DELHEZ Chloé
Promoteur	ADAM Stéphane
Service et numéro de téléphone de contact	Service de Psychologie de la Sénescence Téléphone du secrétariat du service : +32.4.366.20.81 Téléphone de la mémorante responsable : +32.486.71.14.34

- Je, soussigné(e)..... déclare :
- avoir reçu, lu et compris une présentation écrite de la recherche dont le titre et le chercheur responsable figurent ci-dessus ;
- avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.
- avoir reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

J'ai compris que :

- je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit. Les données codées acquises resteront disponibles pour traitements statistiques.
- je peux demander à recevoir les résultats globaux de la recherche mais je n'aurai aucun retour concernant mes performances personnelles.
- la présente étude ne constitue pas un bilan psychologique ou logopédique à caractère diagnostic.
- je peux contacter le chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche.

- des données me concernant seront récoltées pendant ma participation à cette étude et que la mémorante responsable et le promoteur de l'étude se portent garants de la confidentialité de ces données. Je conserve le droit de regard et de rectification sur mes données personnelles (données démographiques). Je dispose d'une série de droits (accès, rectification, suppression, opposition) concernant mes données personnelles, droits que je peux exercer en prenant contact avec le Délégué à la protection des données de l'institution dont les coordonnées se trouvent sur la feuille d'information qui m'a été remise. Je peux également lui adresser toute doléance concernant le traitement de mes données à caractère personnel. Je dispose 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)).
- les données à caractère personnel ne seront conservées que le temps utile à la réalisation de l'étude visée, c'est-à-dire pour un maximum d'un an.

Je consens à ce que :

- les données anonymes recueillies dans le cadre de cette étude soient également utilisées dans le cadre d'autres études futures similaires, y compris éventuellement dans d'autres pays que la Belgique.
- les données anonymes recueillies soient, le cas échéant, transmises à des collègues d'autres institutions pour des analyses similaires à celles du présent projet ou qu'elles soient mises en dépôt sur des répertoires scientifiques accessibles à la communauté scientifique uniquement.
- mes données personnelles soient traitées selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité du formulaire d'information.

**En conséquence, je donne mon consentement libre et éclairé pour être participant à cette recherche.**

Lu et approuvé,

Date et signature

### **Chercheur responsable**

- Je soussigné, DELHEZ Chloé, mémorante responsable, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information et de consentement au participant.
- Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que la personne accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.
- Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la dernière version de la « Déclaration d'Helsinki », des « Bonnes pratiques Cliniques » et de la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine, ainsi que dans le respect des pratiques éthiques et déontologiques de ma profession.

Nom, prénom de la mémorante responsable

Date et signature

### Annexe 3 : Message de recrutement sur les réseaux sociaux

Bonjour à tous,

Dans le cadre de mon mémoire en psychologie clinique à l'Université de Liège, je suis à la recherche d'une centaine de professionnels de maison de repos. Je souhaite déterminer les facteurs qu'ils estiment prioritaires pour les personnes âgées dans le fonctionnement d'une maison de repos.

Mon étude consiste en un questionnaire en ligne. Il ne dure que 10 minutes. Vous êtes d'accord de participer ? N'hésitez pas à commenter cette publication ou à m'envoyer un message privé pour que je vous envoie le lien de l'enquête.

Déjà un grand merci à tous ceux qui m'aideront dans ma recherche !

N'hésitez pas à partager.



## Vous travaillez en maison de repos ?

Dans le cadre de mon mémoire en psychologie, je cherche une centaine de professionnels pour réaliser une enquête en ligne.



10 minutes



Sur internet



Connaitre les éléments que vous estimez importants pour les personnes âgées dans le fonctionnement des maisons de repos



Vous êtes d'accord de participer ?  
N'hésitez pas à commenter cette publication ou m'envoyer un message privé pour obtenir le lien de l'enquête.

D'avance un grand merci à ceux qui m'aideront dans ma recherche !



**Annexe 4 : Lettre de demande de recrutement pour la direction des maisons de repos**



**Demande de recrutement de participants à une étude**

Bonjour, je m'appelle Chloé Delhez. Dans le cadre de mon mémoire en psychologie clinique à l'Université de Liège, je souhaite déterminer les facteurs que les professionnels estiment importants pour les personnes âgées dans le fonctionnement d'une maison de repos.

Pour ce faire, je souhaite proposer au personnel de votre maison de repos de compléter un questionnaire en ligne. Vous pouvez également répondre au questionnaire. Les réponses sont anonymes et ne durent pas plus de 10 minutes.

Si vous êtes d'accord, lors d'une pause, j'aimerais distribuer des flyers aux professionnels de votre établissement et leur présenter l'enquête pour leur proposer d'y participer. J'aimerais également coller une affiche pendant plusieurs jours. Je laisserais une feuille pour que les personnes qui sont d'accord de participer puissent me laisser leur adresse mail. Je leur enverrai alors un mail avec le lien de l'enquête en ligne.

**D'avance merci** pour votre aide dans la réalisation de mon travail.

## Annexe 5 : Prospectus de recrutement en maison de repos



### Recherche de participants

Je m'appelle Chloé Delhez. Dans le cadre de mon mémoire en psychologie, je cherche une centaine de professionnels de maison de repos pour réaliser une enquête en ligne.



10 minutes



Sur internet



Connaître les éléments que vous estimez importants pour les personnes âgées dans le fonctionnement des maisons de repos

Vous êtes d'accord de participer ? N'hésitez pas à me laisser votre adresse mail pour que je puisse vous envoyer le lien de l'étude.

D'avance un grand merci à tous ceux qui m'aideront dans ma recherche !



Chloe Delhez  
Chloe.Delhez@student.uliege.be

## Annexe 6 : Grille d'inscription en maison de repos



### Participation à une enquête en ligne

Vous êtes d'accord de participer à l'étude ? Vous pouvez inscrire votre adresse mail ici. Je vous enverrai le lien de l'enquête en ligne. Si vous voulez m'aider davantage, vous pouvez transférer le mail que je vous enverrai à d'autres professionnels de maison de repos.

**Merci d'avance !**

Chloé Delhez (Chloe.Delhez@student.uliege.be)


## Annexe 7 : Affiche en maison de repos



LIÈGE université

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

### Recherche de participants

Je m'appelle Chloé Delhez. Dans le cadre de mon mémoire en psychologie, je cherche une centaine de professionnels de maison de repos pour réaliser une enquête en ligne.



10 minutes



Sur internet



Connaître les éléments que vous estimez importants pour les personnes âgées dans le fonctionnement des maisons de repos

Vous êtes d'accord de participer ? N'hésitez pas à me laisser votre adresse mail dans la liste qui se trouve en dessous, pour que je puisse vous envoyer le lien de l'étude.



D'avance un grand merci à ceux qui m'aideront dans ma recherche !

Chloé Delhez



(Chloe.Delhez@student.uliege.be)

## **Annexe 8 : Formulaire d'information et de consentement par internet**



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

**Comité d'éthique**

PRESIDENTE : Fabienne COLLETTE

SECRETAIRE : Annick COMBLAIN

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

L'objectif de la recherche pour laquelle nous sollicitons votre participation est de connaître les facteurs que vous estimez importants pour les personnes âgées dans le fonctionnement d'une maison de repos. Cette recherche est menée par Chloé DELHEZ, 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.

Cette recherche implique de répondre à différentes questions pendant une durée d'environ dix 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 permet 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 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 identifiables 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 minimale 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 Chloé DELHEZ, (Chloe.Delhez@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.

Je participe
--------------

## **Annexe 9 : Enquête en ligne à l'intention des professionnels**

1. Quel est votre genre ?
  - ☐ Féminin
  - ☐ Masculin
  - ☐ Autre
2. Quel est votre âge ? \_\_\_\_\_
3. Quel est votre métier ? (Si vous êtes étudiant ou stagiaire, veuillez répondre comme si vous étiez déjà un professionnel.)
  - ☐ Infirmier/infirmière
  - ☐ Aide-soignant(e)
  - ☐ Personnel d'entretien
  - ☐ Personnel de cuisine
  - ☐ Personnel administratif (comptable, secrétaire, ...)
  - ☐ Directeur/directrice
  - ☐ Personnel paramédical (kinésithérapeute, ergothérapeute, logopède, psychologue)
  - ☐ Autre : \_\_\_\_\_
4. Depuis combien d'année travaillez-vous dans cet établissement ?
  - ☐ Moins d'un an
  - ☐ 1
  - ☐ 2
  - ...
  - ☐ 51
  - ☐ 52
  - ☐ Plus de 52 ans
5. Quel est le nombre de lits dans votre établissement ?

<input type="radio"/> Entre 0 et 25	<input type="radio"/> Entre 126 et 150
<input type="radio"/> Entre 26 et 50	<input type="radio"/> Entre 151 et 175
<input type="radio"/> Entre 51 et 75	<input type="radio"/> Entre 176 et 200
<input type="radio"/> Entre 76 et 100	<input type="radio"/> Plus de 200
<input type="radio"/> Entre 101 et 125	
6. Dans quel type de maison de repos travaillez-vous ?
  - ☐ Privé
  - ☐ Public
  - ☐ Associatif
  - ☐ Je ne sais pas

7. Avant de continuer, je vous invite à réaliser un exemple afin de comprendre la façon dont il faudra répondre aux questions suivantes.

Voici l'exemple. Un élément important de l'enseignement à l'université est, selon moi, la liberté. À la place de noter "liberté" dans la ligne de texte ci-dessous, vous pouvez noter "x" afin de pouvoir passer à la page suivante.

---

- 7.1. Vous travaillez en maison de repos. Nous souhaitons que vous vous positionniez dans la situation suivante. **Imaginez que vous deviez**, pour des raisons de santé, **quitter votre domicile pour aller vivre en maison de repos.**

Pouvez-vous me donner un premier **élément important pour une maison de repos** (une de ses valeurs, un élément qui fixe ses lignes de conduites) **et qui vous donneraient envie d'y vivre ?**

Si vous n'avez plus d'idées, veuillez noter "x" dans la zone de texte.

---

- 7.2. Pouvez-vous me donner un deuxième élément important, pour vous, pour une maison de repos qui vous donnerait envie d'y vivre ?
- 

- 7.3. Pouvez-vous me donner un troisième élément important, pour vous, pour une maison de repos qui vous donnerait envie d'y vivre ?
- 

- 7.4. Pouvez-vous me donner un quatrième élément important, pour vous, pour une maison de repos qui vous donnerait envie d'y vivre ?
- 

- 7.5. Pouvez-vous me donner un dernier élément important, pour vous, pour une maison de repos qui vous donnerait envie d'y vivre ?
-



8. Abordons maintenant **les éléments en maison de repos qui génèrent chez vous le moins d'envie que vous l'intégriez** en tant que futur résident, si cela était nécessaire.

- 8.1. Pouvez-vous me donner un premier **élément important** qui fixe les lignes de conduites **en maison de repos et qui ne vous donne pas envie que vous y résidiez ?**

Si vous n'avez plus d'idées, veuillez noter "x" dans la zone de texte.

---

- 8.2. Pouvez-vous me donner un deuxième élément pour une maison de repos qui ne vous donnerait pas envie d'y résider ?

---

- 8.3. Pouvez-vous me donner un troisième élément pour une maison de repos qui ne vous donnerait pas envie d'y résider ?

---

- 8.4. Pouvez-vous me donner un quatrième élément pour une maison de repos qui ne vous donnerait pas envie d'y résider ?

---

- 8.5. Pouvez-vous me donner un dernier élément pour une maison de repos qui ne vous donnerait pas envie d'y résider ?

---

9. Reprenons l'exemple donné à la page précédente.

Selon moi, la liberté dans l'enseignement à l'université signifie que les étudiants sont libres de ne pas venir aux cours. Vous pouvez noter "x" dans la ligne de texte à côté pour pouvoir passer à la page suivante.

---

9.1. Pouvez-vous **préciser** ce que vous entendez par les différents éléments que vous venez de citer ? Veuillez préciser ce que vous entendez par "@7.1@".<sup>1</sup>

Si vous jugez qu'il n'est pas nécessaire de préciser, veuillez écrire "x" dans la zone de texte. Si vous n'avez pas donné 10 éléments de réponse aux pages précédentes, veuillez noter "x" quand le système informatique vous demande de préciser votre réponse "x".

---

9.2. Veuillez préciser "@7.2@".

---

9.3. Veuillez préciser "@7.3@".

---

9.4. Veuillez préciser "@7.4@".

---

9.5. Veuillez préciser "@7.5@".

---

10. Passons maintenant aux **éléments repoussants** selon vous en maison de repos.

10.1. Veuillez préciser "@8.1@".

---

10.2. Veuillez préciser "@8.2@".

---

10.3. Veuillez préciser "@8.3@".

---

10.4. Veuillez préciser "@8.4@".

---

10.5. Veuillez préciser "@8.5@".

---

---

<sup>1</sup>Le logiciel reprend la réponse donnée au numéro de la question compris entre les arobases.

11. Revenons une dernière fois à l'exemple.

Nous nous intéressons à la mesure dans laquelle la liberté se retrouve dans l'enseignement du dernier établissement que vous avez fréquenté. Imaginons que ce ne soit pas du tout le cas. Veuillez déplacer le curseur tout à gauche (à 0/10) pour indiquer que la liberté ne se retrouve pas du tout dans votre dernier établissement scolaire.

**Attention**, pour pouvoir passer à la page suivante, vous devez répondre à toutes les questions. Si vous voulez répondre par un score moyen (5 sur 10), vous devez déplacer le curseur puis le ramener au milieu, pour que le système sache que vous n'avez pas oublié de répondre à la question.

Si vous n'avez pas donné 10 éléments de réponse, veuillez déplacer le curseur vers "pas du tout", soit au score de 0/10, quand le système vous demande dans quelle mesure l'élément "x" se retrouve dans votre maison de repos.



11.1. Dans quelle mesure le premier **élément attractif** ("@7.1@") se retrouve-t-il dans l'établissement dans lequel vous travaillez ?



11.2. Dans quelle mesure le deuxième élément attractif ("@7.2@") se retrouve-t-il dans l'établissement dans lequel vous travaillez ?



11.3. Dans quelle mesure le troisième élément attractif ("@7.3@") se retrouve-t-il dans l'établissement dans lequel vous travaillez ?



11.4. Dans quelle mesure le quatrième élément attractif ("@7.4@") se retrouve-t-il dans l'établissement dans lequel vous travaillez ?



11.5. Dans quelle mesure le dernier élément attractif ("@7.5@") se retrouve-t-il dans l'établissement dans lequel vous travaillez ?



12. Passons maintenant aux **éléments repoussants** selon vous en maison de repos.

12.1. Dans quelle mesure le premier élément repoussant ("@8.1@") se retrouve-t-il dans l'établissement dans lequel vous travaillez ?

Plus cet élément repoussant est présent dans votre établissement, plus le curseur devra se placer à droite, vers « Totalelement ».

Moins cet élément repoussant est présent dans votre établissement, plus le curseur devra se placer à gauche, vers « Pas du tout ».



12.2. Dans quelle mesure le deuxième élément repoussant ("@8.2@") se retrouve-t-il dans l'établissement dans lequel vous travaillez ?



12.3. Dans quelle mesure le troisième élément repoussant ("@8.3@") se retrouve-t-il dans l'établissement dans lequel vous travaillez ?



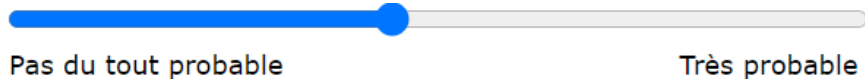
12.4. Dans quelle mesure le quatrième élément repoussant ("@8.4@") se retrouve-t-il dans l'établissement dans lequel vous travaillez ?



12.5. Dans quelle mesure le dernier élément repoussant ("@8.5@") se retrouve-t-il dans l'établissement dans lequel vous travaillez ?



13. Quelle est la probabilité que vous quittiez votre emploi dans les 6 mois ?



14. Si cela était nécessaire (pour des raisons de santé), seriez-vous enclin à proposer à votre proche d'intégrer la maison de repos dans laquelle vous travaillez ?



15. Avez-vous déjà suivi une formation ou assisté à une conférence de Monsieur Stéphane Adam, professeur en psychologie du vieillissement ?

Si oui, pourriez-vous préciser quelle formation ou conférence de Monsieur Adam vous avez suivie ? Si vous ne savez plus, vous pouvez noter "x".

- ☐ Oui : \_\_\_\_\_
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

**Merci pour votre participation à cette enquête !**

Si vous avez des questions ou si vous voulez un résumé des résultats principaux en septembre 2022, vous pouvez m'envoyer un mail (Chloe.Delhez@student.uliege.be).

Ce questionnaire peut avoir généré chez vous beaucoup de questionnements quant à votre emploi. Si vous en ressentez le besoin, n'hésitez pas à en parler avec un professionnel. Vous pouvez prendre rendez-vous chez un psychologue de la Clinique Psychologie Logopédie Universitaire au Sart-Tilman (04/366.92.96). Vous pouvez également appeler Télé-accueil, un service d'écoute gratuit (107).

Comme vous l'avez sûrement remarqué, l'objectif principal de cette recherche est de connaître les éléments prioritaires en maison de repos qui génèrent chez les professionnels, s'ils devaient quitter leur domicile pour des raisons de santé, le plus d'envie d'y résider et ceux qui génèrent le moins d'envie d'y résider. Nous souhaitons également savoir si ces éléments correspondent à la réalité de leur établissement. Vous avez aussi remarqué qu'on avait mesuré votre satisfaction professionnelle. Nous avons fait l'hypothèse qu'un écart important entre les attentes des professionnels et la réalité en maison de repos génère chez eux une plus grande envie de quitter leur emploi et une moins grande envie de placer leur proche dans l'établissement dans lequel ils travaillent.

**Prenant connaissance de ces informations êtes-vous toujours d'accord que vos réponses soient collectées ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

## Résumé

À l'origine, la maison de repos s'est développée sur base du modèle hospitalier (Eijkelenboom et al., 2017). Ses principes, encore d'application aujourd'hui, sont considérés comme largement dépassés (*e.g.* Charlot et al., 2019). Le secteur n'attire donc pas les résidents, ni les professionnels (Ennuyer, 2009 ; Libault, 2019). Il existe un autre modèle, le changement culturel, qui s'est développé sur les critiques émises à l'encontre du modèle médical (*e.g.* Miller & Mor, 2006). Le changement culturel semble satisfaire les attentes des résidents (*e.g.* Bollig et al., 2016). Par contre, l'adhésion des professionnels a très peu été étudiée, alors qu'elle est essentielle pour réussir l'implémentation du modèle et pour garantir leur qualité de vie travail.

L'objectif de notre étude était de savoir si les valeurs du changement culturel correspondent aux éléments souhaités en maison de repos par les résidents, tout en assurant la qualité de vie au travail des professionnels. Nous avons interrogé 130 professionnels de maison de repos via une enquête en ligne. Nous leur avons demandé quels sont les éléments attractifs et repoussants en maison de repos en se mettant à la place d'un futur résident, et dans quelle mesure ces éléments sont présents dans leur structure. Ils nous ont également donné la probabilité qu'ils quittent leur emploi dans les 6 mois et la probabilité qu'ils recommandent leur structure.

Nous avons mis en évidence que les principes du changement culturel correspondent pour la plupart aux éléments attractifs en maison de repos pour de potentiels futurs résidents. Ensuite, les éléments repoussants ne sont pas plus présents en maison de repos que les éléments attractifs. De même, les valeurs du modèle médical ne sont pas plus présentes que les valeurs du changement culturel. Enfin, la probabilité de recommander sa structure est liée à la présence des éléments jugés attractifs en tant que potentiel résident, ce qui n'est pas le cas de la probabilité de quitter son emploi.

En conclusion, le changement culturel semble un modèle prometteur, car il remplit les attentes des résidents et pourrait probablement davantage attirer les personnes âgées. Par contre, notre hypothèse concernant l'impact du changement culturel sur la qualité de vie au travail des professionnels a partiellement été validée. Cela pourrait s'expliquer par le fait que nous avons étudié la congruence des valeurs entre la structure et des (potentiels futurs) résidents, et non des professionnels. D'autres études pourraient donc s'intéresser à la congruence des valeurs en lien avec le changement culturel, à partir de la perspective des professionnels.