

Faculté de santé publique

Impact du modèle Tubbe sur l'organisation des soins en maisons de repos et de soins

Mémoire réalisé par
Hanan Abbib

Promotrice
Marie de Saint-Hubert

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Impact du modèle Tubbe sur l'organisation des soins en maisons de repos et de soins

Mémoire réalisé par
Hanan Abbib

Promotrice
Marie de Saint-Hubert

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je souhaite, tout d'abord, remercier très sincèrement ma promotrice, Professeure de Saint-Hubert pour son accompagnement, ses précieux conseils, ses entretiens constructifs mais aussi sa disponibilité tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens également à remercier les infirmier.ère.s en chef interviewé.e.s qui ont accepté de répondre à mes invitations et de partager leur expertise.

J'aimerais également remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la relecture de ce travail.

Sans oublier une attention particulière à ma famille, mes amis ainsi que mes collègues et camarades pour leur soutien, leurs encouragements, leur patience durant ces années de Master en sciences de la santé publique.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

En outre, j'ai utilisé divers outils dans le cadre de la réalisation de ce mémoire tels que Deepl afin de faciliter et garantir la bonne compréhension de certains articles issus de la littérature scientifique rédigés en anglais, uniquement dans le but de traduire les documents identifiés comme étant pertinents pour ma recherche. J'ai également eu recours à l'application Canva pour la création de plusieurs figures. Enfin, j'ai également utilisé ChatGPT, l'intelligence artificielle dans l'unique but de reformuler certains passages et de vérifier l'orthographe.

Table des matières

INTRODUCTION	10
CADRE CONCEPTUEL	13
1. HISTORIQUE DES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS.....	13
2. RÉGLEMENTATIONS EN VIGUEUR ET DROIT DES AÎNÉS	13
3. DONNÉES DANS LE CADRE DES MAISONS DE REPOS ET MAISONS DE REPOS ET DE SOINS EN BELGIQUE..	15
4. PERSPECTIVE EN MAISONS DE REPOS ET MAISONS DE REPOS ET DE SOINS	16
5. LE MODÈLE TUBBE.....	18
5.1. ORIGINE DU MODÈLE	18
5.2. QU'EST-CE QUE LE MODÈLE TUBBE ?.....	19
5.3. TUBBE EN BELGIQUE	20
5.3.1. Au niveau des résidents	21
5.3.2. Au niveau du personnel	22
5.3.3. Au niveau de l'établissement.....	22
6. ORGANISATION DES SOINS.....	25
6.1. ANALYSE SELON LES TROIS NIVEAUX DE L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ	25
6.2. FACTEURS INFLUENÇANT L'ORGANISATION DES SOINS.....	27
6.2.1. Les compétences du personnel	27
6.2.2. L'organisation du travail.....	28
6.2.3. La communication des informations.....	28
6.2.4. La quantité de personnel	29
6.2.5. La stabilité du personnel.....	29
6.3. LE RÔLE DE L'INFIRMIER.ÈRE EN CHEF	30
6.4. LA DÉMARCHE DE SOINS.....	31
7. PROBLÉMATISATION	34
7.1. QUESTION DE RECHERCHE	34
7.2. HYPOTHÈSES	34
7.3. OBJECTIFS.....	35
CADRE PRATIQUE.....	36
1. MÉTHODOLOGIE	36
1.1. CHOIX DE L'APPROCHE QUALITATIVE.....	36
1.2. GUIDE D'ENTRETIEN.....	36
1.2.1. Construction du guide d'entretien	36
1.2.2. Validation du guide d'entretien et entretien test	37
1.3. STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE	39
1.4. ANALYSE ET TRAITEMENT DES DONNÉES	40
2. RÉSULTATS	41
2.1. ÉCHANTILLON.....	41
2.2. ANALYSE DES DONNÉES	42
2.2.1. Le modèle Tubbe.....	42
2.2.2. Le rôle de l'infirmier.ère en chef	45
2.2.3. L'organisation du travail.....	49
2.2.4. La communication	51
2.2.5. La démarche de soins.....	53
3. DISCUSSION	60
3.1. LE MODÈLE TUBBE.....	60
3.2. LE RÔLE DE L'INFIRMIER.ÈRE EN CHEF	62

3.3.	L'ORGANISATION DU TRAVAIL	64
3.4.	LA DÉMARCHE DE SOINS.....	65
3.5.	LIMITES DE L'ÉTUDE	68
CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....		70
BIBLIOGRAPHIE.....		71
ANNEXE I		76
ANNEXE II		79

Abréviations

AVIQ : Agence wallonne pour une vie de qualité

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

MRS : Maison de repos et de soins

MRPA : Maison de repos pour personnes âgées

Femarbel : Fédération des maisons de repos

IFIC : Institut de classification des fonctions

Liste des tableaux, graphiques, figures, cartes mentales

Tableau 1	Nombre de lits en MRS et MRPA de 2011 à 2022
Tableau 2	Nombre de lits en MRS et MRPA 2021/2022 par région
Graphique 1	Projection des besoins en capacité par région
Tableau 3	Les 10 principes du modèle Tubbe
Tableau 4	Aperçu des méthodes de collectes de données
Figure 1	Modèle traditionnel et modèle Tubbe
Figure 2	Niveaux micro, méso et macro à l'échelle d'une maison de repos et de soins
Carte mentale 1	Synthèse du cadre conceptuel
Tableau 5	Échantillon des personnes interviewées
Figure 3	Synthèse des objectifs du modèle Tubbe selon les infirmier.ère.s en chef interviewé.e.s
Figure 4	Nuage de mots sur l'organisation des soins selon les infirmier.ère.s en chef interviewé.e.s
Tableau 6	Rôle de l'infirmier.ère en chef et les changements suite à l'implémentation du modèle Tubbe
Tableau 7	Changements au niveau des routines de travail suite à l'implémentation du modèle Tubbe
Tableau 8	Changements au niveau de la communication suite à l'implémentation du modèle Tubbe
Tableau 9	Démarche de soins et améliorations apportées par le modèle Tubbe
Carte mentale 2	Synthèse des résultats suite aux entretiens menés auprès des infirmier.ère.s en chef

INTRODUCTION

L'hébergement des personnes âgées est un sujet d'actualité qui suscite une préoccupation constante et alimente régulièrement les débats. Plus récemment, durant la pandémie Covid-19, cette question a pris une ampleur particulière. Que ce soit en raison du nombre élevé de cas de contagion et de décès au début de la crise sanitaire, de l'isolement imposé aux résidents avec l'interdiction de visites ou encore de la dénonciation des conditions de vie déplorables et des pratiques déshumanisantes dans certains établissements (en France, mais aussi en Belgique), le grand public a pris conscience de la réalité de ceux-ci, des difficultés auxquelles ils font face ainsi que du vécu des résidents et de leurs proches. Cette situation a ouvert le débat sur la nécessité de repenser la conception même de ces établissements, en tenant compte à la fois des besoins en soins des résidents et de leur qualité de vie. En d'autres termes, il s'agit de réfléchir à la manière d'assurer un accompagnement respectueux de la dignité et des droits des personnes âgées dans des structures au sein desquelles les résidents se sentent chez eux (milieu de vie), tout en garantissant une sécurité et une qualité des soins optimales (milieu de soins).

D'après les prévisions du Bureau fédéral du Plan (2019), le nombre de personnes âgées au sein de la population ne cessera d'augmenter d'ici 2070 pour atteindre 23 % de personnes âgées de 67 ans et plus au sein de la population belge contre 16 % en 2018 (Bureau fédéral du Plan & Statbel, 2019).

Par conséquent, les établissements d'hébergement pour aînés seront confrontés à une demande croissante de services de soins, dans un contexte où le manque de personnel de soins constitue un enjeu majeur.

Dans ce contexte, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) tire la sonnette d'alarme dans son rapport « Le vieillissement et la santé » (2016) et souligne la nécessité d'une transformation des systèmes de santé. Le rapport met en évidence qu'il est impératif pour nos systèmes de santé de privilégier les prestations de soins intégrés et centrés sur les besoins des personnes âgées. Ainsi, la conjonction de la croissance démographique des personnes âgées et des défis actuels dans les établissements pour personnes âgées renforce l'appel à mener une profonde réflexion sur la manière dont la société aborde l'accompagnement des aînés (Organisation mondiale de la santé, 2016).

En tant qu'infirmière et contrôleuse qualité depuis de nombreuses années auprès d'Iriscare, mon rôle est de contrôler, entre autres, le respect des normes d'agrément au sein des établissements pour aînés.

Bien qu'il existe diverses structures d'hébergement pour personnes âgées telles que les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, les centres d'accueil de nuit, les résidences-services, les habitations pour personnes âgées, etc., je souhaite me concentrer sur les maisons de repos et de soins dans ce mémoire.

L'arrêté royal du 21 septembre 2004 définit la maison de repos et de soins comme étant : « destinée aux personnes nécessitant des soins et dont l'autonomie est réduite en raison d'une maladie de longue durée (...) sans qu'une surveillance médicale journalière et un traitement médical spécialisé permanent ne s'imposent (...) et pour autant que l'état de santé général de ces personnes exige, outre les soins du médecin généraliste et les soins infirmiers, des soins paramédicaux et/ou kinésithérapeutiques ainsi qu'une aide dans les activités de la vie quotidienne » (Moniteur belge, 2004).

À travers mes expériences, j'ai constaté que les personnes âgées au sein des maisons de repos et de soins devaient sans cesse s'adapter à l'organisation de l'établissement. Le fait que les résidents ne puissent pas décider pour eux-mêmes de l'horaire du repas, des heures de sommeil, du menu, des vêtements qu'ils souhaitent porter ... m'a toujours questionnée.

L'entrée en maison de repos et de soins représente pour la majorité des personnes âgées qui quittent leur milieu de vie habituel, une expérience bouleversante. L'adaptation à un nouvel environnement peut s'avérer difficile d'autant plus lorsque ce changement de cadre de vie résulte d'une décision contrainte. Néanmoins, certains directeurs de maisons de repos et de soins font preuve d'innovation pour rendre leur établissement plus dynamique et vivant.

Depuis quelques années, un modèle suédois connu sous le nom Tubbe a fait son apparition en Belgique, notamment en Wallonie et en Flandre. Mon intérêt pour ce modèle découle de son objectif principal qui vise la création de lieux de vie où la personne âgée détient une place unique. Dans ce modèle, les résidents participent activement à la gestion de la maison de repos et de soins marquant ainsi un changement significatif dans lequel la maison de repos et de soins s'adapte à la personne âgée et non plus l'inverse.

Ce changement significatif m'a poussée à me questionner sur l'impact de l'implémentation du modèle Tubbe au sein de ces établissements, plus particulièrement au niveau de l'organisation des soins. L'implémentation de ce modèle est guidée par l'application de différents principes que nous allons explorer tout au long de ce travail.

Dans un premier temps, j'aborderai le contexte historique des maisons de repos et de soins ainsi que la réglementation en vigueur et le droit des aînés. Par la suite, nous explorerons le modèle Tubbe en détail et son application dans le contexte belge. Nous terminerons cette partie en abordant l'organisation des soins dans les MRS.

À l'issue de cette partie théorique, nous arriverons à la problématique qui conduira à la formulation de la question de recherche. Ensuite, nous examinerons différentes hypothèses et énoncerons les objectifs de ce mémoire avant d'aboutir à la partie pratique qui consistera à rencontrer les infirmier.ère.s en chef dans des maisons de repos et de soins ayant implémenté le modèle Tubbe. Nous terminerons en confrontant la partie théorique avec les données recueillies au cours des entretiens afin de répondre à la question de recherche.

CADRE CONCEPTUEL

1. Historique des maisons de repos et de soins

Afin de mieux comprendre le mode de fonctionnement actuel dans les maisons de repos et de soins, il est indispensable d'explorer l'origine de ces structures.

Le concept de « maison de repos et de soins » trouve son origine dans la loi du 27 juin 1978 et résulte de deux sources principales : la requalification de lits de maisons de repos ou la reconversion de lits d'hôpitaux et ce en raison de la détérioration de l'état de santé et de l'augmentation de la dépendance chez la personne âgée. Ce n'est qu'avec l'adoption de la loi du 2 décembre 1982 que les normes d'agrément liées à ces établissements ont été définies (Denys et al., 2021).

La migration de lits hospitaliers vers les maisons de repos et de soins a introduit le modèle hospitalier, entraînant ainsi une médicalisation du vieillissement dans les établissements pour personnes âgées. Cette médicalisation s'est manifestée par une prédominance des soins et actes techniques laissant peu de place au relationnel, ce qui, souvent, peut conduire à une déshumanisation. De plus, durant de nombreuses années, l'architecture des maisons de repos et de soins nous rappelait souvent celle des hôpitaux où tout est pensé pour faciliter le travail des professionnels de la santé (Stéphane et al., 2022).

Bien que de nombreuses structures aient abandonné cette apparence hospitalière, la mentalité et la culture qui y sont associées ont peu évolué. Cela se manifeste notamment à travers le maintien du port de la blouse blanche ou encore de l'organisation des horaires en trois « shift » reflétant ainsi cette difficulté à s'éloigner du modèle hospitalier.

2. Réglementations en vigueur et droit des aînés

Comme énoncé dans l'introduction, l'OMS préconise une approche plus centrée sur les personnes et leurs besoins. Des réglementations soutenant cette orientation existent tant au niveau européen qu'en Belgique (Organisation mondiale de la santé, 2016).

À l'échelle européenne, la charte européenne des droits et responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée a été créée afin d'établir un cadre de référence commun pour l'Union européenne. Elle vise à compléter et à renforcer les mesures déjà mises en œuvre dans les pays membres.

Dans cette charte, plusieurs éléments sont énoncés tels que le droit à la dignité, au bien-être psychique et mental, à la liberté et à la sécurité (art.1), le droit à l'autodétermination (art. 2), garantissant ainsi le maintien du droit à faire ses propres choix et le respect de ses propres volontés (Age Platform Europe, 2010).

Cependant, il est crucial de reconnaître que, malgré ces avancées, un chemin important reste à parcourir, nécessitant un changement de culture significatif. Ce changement de paradigme est essentiel pour garantir un accompagnement de nos aînés et des soins de qualité.

Pour y parvenir, il est nécessaire de développer de nouveaux modèles de gestion et d'organisation au sein des maisons de repos et de soins.

En Belgique, suite à la dernière réforme de l'État, l'essentiel des compétences dans le domaine des soins aux personnes âgées est assuré par les autorités régionales et les entités fédérées : Iriscare pour la Région de Bruxelles-Capitale, l'Agence pour une vie de qualité (AVIQ) pour la Région wallonne et het Departement Zorg pour la Région flamande. Chacune des régions élabore ses propres normes et politiques en matière d'hébergement et de soins aux personnes âgées, ajoutant ainsi une complexité au défi majeur que représente le vieillissement de la population dans notre pays.

Les deux prochains chapitres donneront un aperçu de l'offre en termes de lits ainsi qu'une projection des besoins en maison de repos et de soins.

3. Données dans le cadre des maisons de repos et maisons de repos et de soins en Belgique

Afin de mieux comprendre les enjeux du vieillissement de la population en Belgique, intéressons-nous à l'évolution du nombre de lits en MRS à travers les années.

Tableau 1

Nombre de lits en MRS et MRPA de 2011 à 2022

Année	MRS et lits coma	%	MRPA	%	Total lits	Lits/1000 personnes ≥65 ans
2011	65 477	50 %	64 255	50 %	129 732	69
2012	68 417	52 %	62 775	48 %	131 192	68
2013	69 372	52 %	63 092	48 %	132 464	68
2014	70 335	52 %	64 117	48 %	134 452	67
2015	72 053	53 %	64 923	47 %	136 976	67
2016	71 999	52 %	67 450	48 %	139 449	68
2017	73 173	51 %	69 352	49 %	142 525	68
2018	74 585	52 %	69 814	48 %	144 399	68
2021/2022	85 569	58 %	62 886	42 %	148 455	65

Source : Gerkens et al., (2024). *Performance of the Belgian health system*. Rapport KCE 376S3, p. 136

Le Tableau 1 indique que le nombre total de lits a augmenté de manière constante sur la période de 2011 à 2018. Depuis 2018, cette tendance à la hausse s'est poursuivie, passant de 144 399 à 148 455 lits en 2021/2022, soit une augmentation de 2,8%. Cependant, le nombre de lits pour 1000 personnes âgées de 65 ans et plus a diminué, passant de 68 à 65 au cours de cette période, ce qui signifie que la population âgée de 65 ans et plus a augmenté proportionnellement plus rapidement que le nombre de lits. Par ailleurs, bien que la proportion de lits MRS ait augmenté passant de 50 % en 2011 à 58 % en 2021/2022, une diminution du nombre de lits MRPA est observée, et ce en raison de la requalification des lits MRPA en lits MRS.

Le Tableau 2 illustre le nombre de lits en MRS et en MRPA en 2021 (pour Bruxelles) et en 2022 (Flandre et Wallonie) ventilé par région.

Tableau 2

Nombre de lits en MRS et MRPA 2021/2022 par région

Région	MRS	MRPA	Total	Lits/1000 personnes ≥65 ans
Flandre 2022	52 966	29 673	82 639	58,9
Wallonie 2022	25 911	23 264	49 175	69,6
Bruxelles 2021	6 692	9 949	16 641	103,9
Total Belgique	85 569	62 886	148 455	65,4

Source : Gerkens et al., (2024). *Performance of the Belgian health system*. Rapport KCE 376S3, p. 137

Ces données, issues du rapport "Performance of the Belgian health system" du KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé), permettent de comparer la répartition des lits MRS et MRPA entre les différentes régions de Belgique, ainsi que d'évaluer la densité de lits parmi les personnes âgées de 65 ans et plus dans chaque région. Il est à noter que le nombre de lits disponibles dans les MRS et MRPA par tranche de 1000 personnes âgées de 65 ans et plus est plus élevé à Bruxelles (103,9) comparativement aux deux autres régions. (Gerkens et al., 2024)

4. Perspective en maisons de repos et maisons de repos et de soins

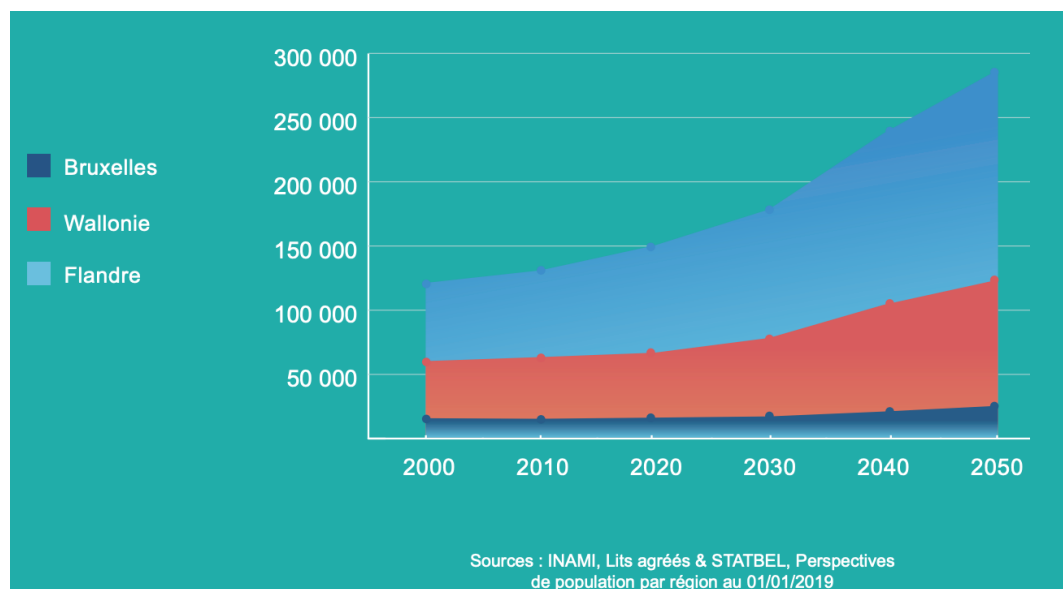
Comme indiqué dans l'introduction, le nombre de personnes âgées au sein de la population ne cessera d'augmenter jusqu'en 2070. De plus, selon le rapport de la fédération des maisons de repos (Femarbel) intitulé : « 3^{ème} et 4^{ème} âges, une opportunité de créer 125000 emplois en 30 ans », les personnes âgées entrent en MRS à un âge plus avancé et nécessitent une prise en charge plus importante en raison de leurs pathologies, auxquelles s'ajoutent parfois une désorientation spatio-temporelle et/ou des troubles cognitifs. Cela entraîne, par conséquent, une augmentation de la dépendance liée à l'âge. Dans ce rapport, Femarbel a réalisé une projection du taux de dépendance en 2050 sur base de données disponibles entre 1998 et 2018. Selon cette projection, le pourcentage de personnes âgées ou « cas lourds » dans le langage des MRS passerait de 58 % en 1998 à 88 % en 2050, soit une augmentation de 30 % (Fédération des maisons de repos, 2020).

Par ailleurs, Femarbel estime que 178 500 lits seront nécessaires en 2030 et 287 000 en 2050, soit une augmentation de plus de 138 500 lits par rapport à 2022.

Comme illustré sur le Graphique 1, l'offre est répartie de manière inégale entre les différentes régions, mais elle ne sera pas suffisante pour faire face au vieillissement et à la demande croissante en matière de soins (Fédération des maisons de repos, 2020).

Graphique 1

Projection des besoins en capacité par région



Source : 3^{ème} et 4^{ème} âges, une opportunité de créer 125000 emplois en 30 ans (Fédération des maisons de repos, 2020), p.16

Ces différentes projections confirment que le vieillissement de la population ainsi que l'évolution de la dépendance sont incontestables. Par conséquent, il est important de repenser les maisons de repos et de soins.

Des approches novatrices en matière d'accompagnement des personnes âgées ont vu le jour ces dernières années telles que la *pédagogie Montessori*, dont l'objectif est de créer des conditions favorables permettant aux aînés de continuer à se développer en s'appuyant sur les capacités préservées (Favre, 2017), ou l'*Humanitude*, une approche qui privilégie le bien-être et la dignité dans le respect de la singularité de la personne (Gineste et al., 2008). Parmi ces nouvelles approches, un modèle en particulier semble se démarquer. Ce modèle rencontre à la fois les besoins des résidents ainsi que ceux de l'équipe d'encadrement et de soins entraînant un réel changement organisationnel. Il s'agit du *modèle Tubbe* que nous étudierons de manière approfondie dans le chapitre suivant.

5. Le modèle Tubbe

La rédaction de ce chapitre repose principalement sur deux sources étant donné qu’aucune autre source sur le modèle n’a été trouvée dans la littérature. D’une part, le site internet de la Fondation Roi Baudouin, où des brochures sur le modèle ont été publiées, offrant ainsi une vue détaillée du modèle et de ses principes directeurs (Fondation Roi Baudouin, 2024). D’autre part, un rapport d’évaluation rédigé en 2019 par la Thomas More Hogeschool et la Haute École Robert Schuman à la demande de la Fondation Roi Baudouin dans le cadre d’un appel à projets au sein de six maisons de repos et de soins. Ce rapport d’évaluation fait référence à une étude menée par Hakansson K. en 2016 intitulée « *The Relational Model (“Tubbe”) on Tjörn. Evaluation of possible effects on quality in elderly care – a “mini-research”*. » Cette étude a été réalisée sur une période de six ans (Heylen et al., 2019).

Pour enrichir la compréhension et l’analyse du modèle Tubbe, des courriels ont été envoyés à la directrice du projet de la Fondation Roi Baudouin et son adjointe, ainsi qu’aux auteurs attachés à la Thomas More Hogeschool à l’origine du rapport d’évaluation dans le but d’obtenir une copie ou des informations concernant l’étude menée par Hakansson K. Malheureusement, les courriels adressés à la Fondation Roi Baudouin sont restés sans réponse. L’un des auteurs de la Thomas More Hogeschool a transféré notre courriel aux personnes concernées par cette étude, mais celui-ci est resté sans suite.

5.1. Origine du modèle

Le concept Tubbe est inspiré de l’infirmière Thyra Frank, ancienne ministre du Troisième âge au Danemark, qui a créé une nouvelle approche en ce qui concerne l’hébergement pour les personnes âgées, avec pour devise : « Aussi longtemps qu’on est vivant, il faut vivre pleinement. Toute personne est unique et doit le rester jusqu’à son décès... » (Dispa, 2019).

En 2010, cette approche, fondée sur le relationnel, a été implémentée dans une maison de repos et de soins suédoise nommée Tubberödshus située à Tjörn, d’où l’appellation Tubbe puise son origine (Heylen et al., 2019).

L’appel à projets « Social Innovation for Healthy and Active Ageing », initié en 2014 par la Fondation Roi Baudouin et visant à promouvoir une initiative prometteuse à l’égard des personnes âgées, a mis en lumière le modèle Tubbe suscitant ainsi l’intérêt de la Fondation qui a décidé de l’examiner de plus près. C’est ainsi qu’en 2018 une visite d’étude belge a été organisée en Suède, avec des directions de maisons de repos et de soins et d’autres acteurs clés (Tubbe, s. d.).

5.2. Qu'est-ce que le modèle Tubbe ?

Pour en savoir davantage à propos de ce modèle, j'ai interviewé M. Créviaux, consultant en management organisationnel et humain et ancien coach auprès de la Fondation Roi Baudouin, dans le cadre de l'implémentation du modèle Tubbe dans les maisons de repos et de soins.

Selon la Fondation Roi Baudouin, le modèle Tubbe n'est pas un modèle figé, mais plutôt une philosophie de vie qui consiste à placer le résident au centre des préoccupations, lui donnant ainsi la possibilité de conserver un pouvoir de décision sur son existence et son lieu de vie. Cette approche nécessite une co-construction (direction, personnel, résidents/familles), pour aboutir à une vision commune qui sera traduite dans la pratique. Le modèle peut prendre de multiples formes et est amené à changer, à évoluer en fonction du sens que les résidents, le personnel et la direction souhaitent lui donner. Dans ce modèle, chaque établissement est libre de choisir les actions concrètes à mettre en place pour cheminer vers un changement de mentalité (Dispa, 2019).

Le modèle Tubbe repose sur *dix principes* repris dans le Tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3

Les 10 principes du modèle Tubbe

Principe	Description
Autonomie	Le respect de l'autodétermination c'est-à-dire la capacité à faire ses propres choix et à gérer sa vie.
Coaching	La direction assume le rôle de coach et participe à la création d'un cadre favorisant, chez le personnel et les résidents, une réflexion continue. Elle a pour mission également d'encourager les équipes.
Codécision	L'implication des résidents se joue dans les décisions relatives à l'organisation de leur vie quotidienne jusqu'à l'engagement et l'évaluation du personnel, la concertation avec le personnel via des groupes de travail par thématique.
Communication	La communication est ouverte, claire, transparente avec les résidents et le personnel.
Ouverture	La création d'un lieu de rencontre ouvert vers l'extérieur encourage les échanges avec les commerçants, les riverains, les familles, etc.
Potentiel	La valorisation des ressources, des capacités et des compétences des résidents permet à chacun de montrer son potentiel.
Relation	Le modèle de soins est centré sur les relations et basé sur des interactions authentiques entre les résidents et le personnel, qui reconnaissent qu'ils travaillent dans le domicile de la personne.
Respect	Le respect de l'autre, de ses besoins, de ses attentes, de son intimité et de sa vie privée est privilégié.
Unicité	La reconnaissance du caractère unique de chaque personne se marque en adaptant les soins et en offrant une réponse ciblée aux besoins et aux envies des résidents.
Utilité	L'accent est mis sur le sentiment d'utilité qui revêt une importance particulière tant pour les personnes âgées que pour le personnel.

Source : (Dispa, 2019), *Des maisons où il fait bon vivre et travailler*, Fondation Roi Baudouin

5.3. Tubbe en Belgique

En Belgique, dès 2017, 6 maisons de repos et de soins (3 en Wallonie – 3 en Flandre) intègrent le projet pilote lancé par la Fondation Roi Baudouin et implémentent le modèle Tubbe dans leur établissement.

Une première évaluation de ce projet a été menée en 2019 par la Thomas More Hogeschool et la Haute École Robert Schuman, soit un an après la mise en œuvre du modèle dans les six maisons de repos et de soins. Cette évaluation a été réalisée en deux phases. Une première collecte de données à travers des questionnaires a été réalisée au début de la mise en œuvre du projet (de juin à septembre 2017) et une deuxième collecte, un an après la mise en place du modèle (de juin à septembre 2018). Selon ce rapport d'évaluation, les auteurs ont opté pour une approche combinant des méthodes quantitatives et qualitatives pour la collecte des données. Ils se sont appuyés sur des indicateurs, des questionnaires, des entretiens individuels approfondis avec les résidents ainsi que des focus groups avec les directions et les membres du personnel des différents établissements.

Il est important de souligner que l'intégralité de ce chapitre repose sur ce rapport d'évaluation de la Fondation Roi Baudouin, étant donné qu'il n'existe actuellement aucune autre source dans la littérature sur ce sujet.

Le Tableau 4 présente un aperçu des méthodes de collectes de données utilisées dans le rapport d'évaluation (Heylen et al., 2019).

Tableau 4
Aperçu des méthodes de collectes de données

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

Source : Heylen et al., (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*, Fondation Roi Baudouin

Ce rapport ne permet pas d'évaluer l'impact à long terme du modèle au sein des maisons de repos et de soins en Belgique puisque le projet pilote n'a été lancé qu'en 2017, mais d'après ce rapport, les perspectives sont prometteuses.

À l'heure actuelle, 197 maisons de repos et de soins ont implémenté le modèle sur un total de 1555 MRPA/MRS en Belgique (Fondation Roi Baudouin, 2024).

L'objectif principal de cette évaluation est de déterminer dans quelle mesure la mise en place du modèle Tubbe contribue à améliorer les soins aux personnes âgées dans les MRPA et MRS belges, ainsi que les modalités de cette amélioration.

Les objectifs du modèle Tubbe sont multiples et se situent à trois niveaux distincts :

- *Au niveau des résidents* : un lieu attrayant et agréable leur permettant de s'épanouir ;
- *Au niveau du personnel* : un lieu de travail motivant et convivial ;
- *Au niveau de l'établissement dans son ensemble* : une offre de services et de soins à la fois efficaces et axés sur le relationnel.

5.3.1. Au niveau des résidents

L'objectif principal est d'offrir un cadre agréable et attrayant propice à l'épanouissement des résidents, ce qui leur permet de profiter pleinement de la vie. Une enquête de satisfaction dans différents domaines a été complétée par les résidents des 6 établissements lors de la phase 1 et 2.

Le rapport d'évaluation révèle que la satisfaction moyenne et le sentiment d'utilité des résidents sont nettement plus élevés après un an et demi d'implémentation du modèle. En effet, lors de la deuxième phase, 60 % des résidents ont attribué un score de 5 (très satisfait) pour la satisfaction générale contre 47,9 % des résidents dans la première phase. Toutefois, l'étude souligne que la satisfaction était déjà élevée au début du projet. Selon les auteurs, ceci est probablement dû au fait que les directions de ces établissements étaient engagées dans des démarches d'amélioration de la qualité de vie des résidents et des professionnels bien avant l'implémentation du modèle Tubbe.

Par rapport au sentiment d'utilité, l'étude révèle que, lors de la première phase, 19,9 % des résidents sont entièrement d'accord avec l'affirmation suivante : « Je me sens utile ». Dans la deuxième phase, ce pourcentage augmente pour atteindre 39,4 %, soit près de 20 % supplémentaires. Il est important de souligner que seuls les résidents considérés comme cognitivement capables par le personnel à remplir le questionnaire ont été inclus dans l'étude.

5.3.2. Au niveau du personnel

Pour le personnel, le but est de développer un environnement de travail valorisant, motivant et convivial. Cet item a été évalué par le biais de questionnaires portant sur leur expérience, la manière dont ils vivent leur relation avec les résidents et leur ressenti par rapport à l'organisation des soins. Selon le rapport d'évaluation, 53 % des membres du personnel estiment que la qualité des soins s'est (considérablement) améliorée depuis la mise en place du modèle. Cependant, il est important de souligner que 46 % du personnel n'ont remarqué ni amélioration ni détérioration.

Concernant la situation de travail des membres du personnel, l'étude révèle que, dans la seconde phase de l'enquête, 53 % du personnel estime que leur situation de travail s'est améliorée contre 27 % dans la première. Dans ce même questionnaire, divers éléments spécifiques à la perception du travail ont été utilisés. Les résultats montrent que 67,5 % du personnel déclare avoir une influence sur la manière dont le département fonctionne alors qu'ils n'étaient que 50,6 % au début du processus.

Il est néanmoins essentiel de souligner que l'étude a mis en lumière l'écart, créé depuis l'implémentation du modèle Tubbe, entre les différentes manières de concevoir l'accompagnement et les soins aux résidents. Cet écart se marque entre ceux qui pensent leur travail en termes de tâches à effectuer et ceux qui placent au centre la personne qu'ils accompagnent.

L'implémentation du modèle a eu pour conséquence que certains membres du personnel n'adhèrent plus à cette nouvelle vision et cette manière de travailler, ce qui les a conduits à quitter l'établissement entre les deux phases de l'étude. Le taux de départ le plus élevé concerne les établissements qui ont changé significativement leur façon de travailler. À titre d'exemple, dans l'un des établissements, 6 membres du personnel avaient quitté l'établissement lors de la phase 1 contre 11 en phase 2. En effet, selon les auteurs, lorsque la vision du personnel diffère de celle du modèle, la collaboration devient plus compliquée.

5.3.3. Au niveau de l'établissement

En ce qui concerne l'établissement, l'objectif est d'évaluer si l'implémentation du modèle entraîne une approche plus efficace et efficiente des soins dispensés aux résidents. Il s'agit, entre autres, de déterminer si cette mise en œuvre génère une surcharge de travail.

Les auteurs se sont référés aux normes de qualité de soins en vigueur en Flandre et en Wallonie afin d'évaluer plusieurs indicateurs de la qualité des soins tels que l'utilisation des médicaments, les chutes et le nombre d'alarmes. Ce dernier indicateur a été évalué au sein d'un seul établissement sur les six.

Ces indicateurs sont proposés par les auteurs à titre indicatif étant donné que l'évaluation porte sur six établissements, ce qui est insuffisant pour obtenir des résultats statistiques fiables.

Toutefois, l'étude montre que l'impact de la mise en œuvre du modèle sur les chutes et la consommation de médicaments est quasiment nul. Concernant le nombre d'alarmes, une comparaison a été effectuée entre un établissement participant au projet avec un autre établissement similaire (même taille et même nombre de résidents) durant une période de 14 jours en novembre 2018. Un écart important a été observé entre les deux établissements. En effet, l'établissement ayant implémenté le modèle enregistre une moyenne nettement inférieure de 89 alarmes, contre 316 alarmes en moyenne dans l'autre établissement.

Parallèlement, au niveau organisationnel, des aspects tels que le nombre de collaborateurs, la rotation du personnel et l'absentéisme ont été évalués à l'aide d'un questionnaire pour les phases 1 et 2, le but étant d'obtenir des informations sur la qualité au niveau organisationnel. Les résultats montrent que le pourcentage de collaborateurs ayant l'intention de quitter l'établissement est passé de 2,1% au début du projet à 5,2% lors de la phase 2. Les établissements qui ont changé leur manière de travailler enregistrent un taux de départ plus élevé que les autres, car le modèle ne convient pas à tous les professionnels.

Bien qu'une partie des professionnels se retrouve parfaitement dans le modèle, le taux de roulement est plus élevé. Selon l'étude, ces résultats sont dus aux changements induits par l'adoption d'un tel modèle au sein d'un environnement de travail dans lequel les membres du personnel ont leurs habitudes et exercent depuis longtemps.

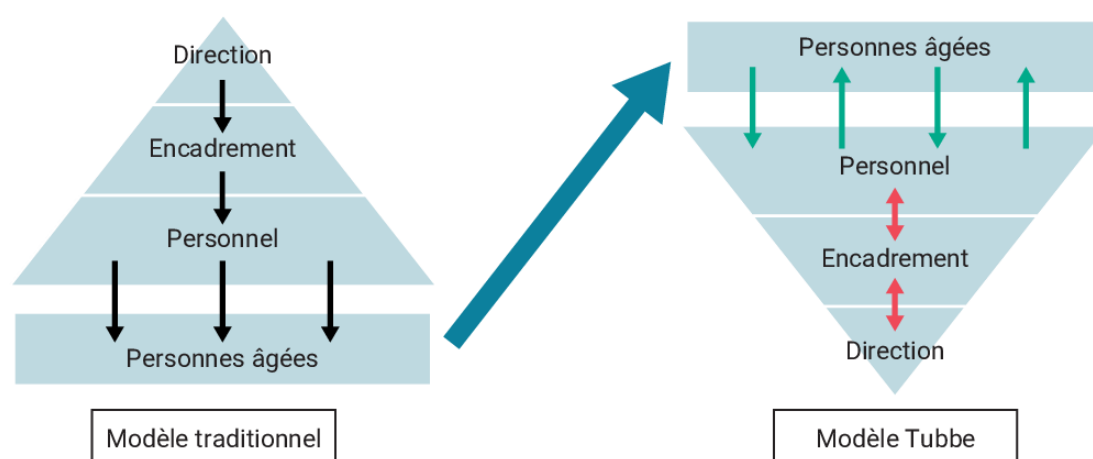
Outre les questionnaires, deux groupes de discussion (focus groups) ont été organisés, l'un pour les établissements situés en Wallonie et l'autre pour ceux de la Flandre, réunissant les directions et membres du personnel.

En résumé, les résultats de l'évaluation de l'implémentation du modèle Tubbe dans ces six maisons de repos et de soins sont positifs. De manière générale, les personnes âgées éprouvent une plus grande satisfaction, se sentent plus impliquées et créent davantage de liens entre eux et avec les professionnels. Ce sentiment est également partagé par la majeure partie du personnel.

De plus, lorsque le modèle est intégré dans l'établissement, il induit un changement organisationnel significatif s'éloignant du modèle traditionnel dans lequel la direction occupe le sommet de la pyramide et les personnes âgées se trouvent à la base de cette dernière. L'implémentation du modèle Tubbe au sein des maisons de repos et de soins permet de renverser la pyramide afin que les résidents soient placés au centre des préoccupations. La Figure 1 illustre ce renversement.

Figure 1

Modèle traditionnel et modèle Tubbe



Source : Heylen et al., (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*, Fondation Roi Baudouin

Le rapport souligne l'importance de l'écoute à tous les niveaux de l'organisation et considère l'écoute comme étant l'un des facteurs clés de réussite du modèle Tubbe.

Pour conclure, l'évaluation de la mise en place du modèle Tubbe au sein de ces six maisons de repos a permis de mettre en évidence les possibilités offertes par cette approche pour induire un changement de mentalité dans l'accompagnement et les soins de nos aînés.

Le modèle Tubbe consiste à transformer les maisons de repos et de soins et nous incite à concevoir les services offerts aux aînés non plus à partir des besoins organisationnels et professionnels, mais à partir des besoins des résidents.

Dans ce contexte, l'organisation des soins joue un rôle crucial. En effet, la manière dont les soins sont organisés peut influencer considérablement la capacité à intégrer et à adapter le modèle Tubbe, ainsi que les différentes formes que cette implémentation peut prendre.

Le prochain chapitre aura pour objectif d'explorer la manière dont les soins sont organisés dans les maisons de repos et de soins afin de mieux comprendre les enjeux de cette organisation sur l'implémentation du modèle.

6. Organisation des soins

6.1. Analyse selon les trois niveaux de l'organisation des soins de santé

Comme abordé dans le chapitre précédent, le modèle Tubbe est une incitation à transformer progressivement les MRS en un lieu de vie convivial dans lequel des soins sont prodigués. De ce fait, les établissements sont encouragés à s'éloigner du modèle hospitalier tant au niveau architectural qu'au niveau de l'organisation des soins.

Afin d'appréhender la complexité de l'organisation des soins dans une MRS, il est essentiel de comprendre les principes fondamentaux de cette organisation. Dans ce chapitre, nous allons explorer de près cette organisation des soins à la lumière des concepts et des théories abordés dans le cours du Professeur Macq intitulé « Organisation des soins et systèmes de soins de santé » (Macq, 2024).

Selon ce cours, la manière dont les soins de santé sont organisés est fortement liée à la conception de la santé et à ses facteurs déterminants. Cette organisation résulte de choix réalisés à différents niveaux interconnectés :

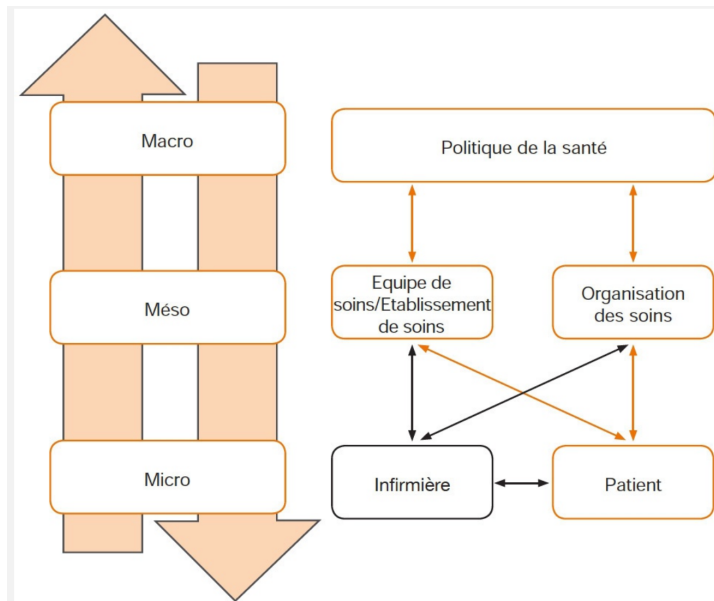
- *Le niveau micro* reprend les interactions entre des individus, ce sont les soins autour d'une personne spécifique ainsi que l'ensemble des acteurs gravitant autour de cette personne (sa famille, ses aidants proches et des professionnels) ;
- *Le niveau méso* se concentre sur des communautés ou une population prise en charge par des organisations au sein desquelles interviennent plusieurs types de prestataires ;
- *Le niveau macro* englobe l'ensemble des décisions prises au niveau politique, le financement des soins de santé ainsi que les personnes travaillant dans les administrations à l'élaboration des législations et des modes de financement.

Selon le Professeur Macq (2024), pour améliorer l'organisation des soins de santé, des initiatives doivent être mises en place aux niveaux micro et méso.

Dans le contexte d'une maison de repos et de soins, ces trois niveaux peuvent être adaptés selon la figure suivante :

Figure 2

Niveaux micro, méso et macro à l'échelle d'une maison de repos et de soins



Source : (Busnel et al., 2020)

Dans la figure ci-dessus :

- *Le niveau micro* comprend les interactions directes entre le personnel de soins et les résidents, ainsi qu'avec leurs familles et leurs aidants ;
- *Le niveau méso* concerne l'organisation interne en tant que maison de repos et de soins, de la coordination entre les différents départements et services au sein de la MRS à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières pour assurer le bon fonctionnement général. C'est à ce niveau que se situe l'organisation des soins ;
- *Le niveau macro* englobe les politiques, les réglementations et les normes qui régissent le fonctionnement des maisons de repos et de soins.

Selon Busnel et al. (2020), ces trois niveaux interagissent constamment et forment une dynamique non linéaire et en constante évolution entre le résident, le personnel de soins, l'organisation du travail et la politique de la santé.

Afin que des changements significatifs apparaissent au sein des MRS, c'est au niveau des interactions directes entre le personnel de soins et les résidents/son entourage (niveau micro) ainsi qu'au niveau de l'organisation générale de la MRS (niveau méso) que des initiatives doivent être prises.

Or, comme mentionné précédemment, le modèle Tubbe a démarré en Belgique suite à un appel à projets de la Fondation Roi Baudouin et a pris une dimension politique par la suite (niveau macro). Dans ce contexte, il est intéressant de souligner que, à Bruxelles, la nouvelle

réglementation concernant les établissements d'accueil pour aînés intègre plusieurs principes du modèle Tubbe. Cette réglementation vise à aligner les pratiques des MRS sur les approches innovantes, reflétant ainsi une volonté politique de changer les mentalités et d'améliorer les soins aux personnes âgées.

De plus, cette organisation des soins ne repose pas uniquement sur la capacité des organisations de l'améliorer. En effet, elle est dépendante d'autres facteurs susceptibles de créer des tensions inhérentes à l'organisation des soins, selon le Professeur Macq. Dans ce contexte, l'infirmier.ère en chef de la MRS joue un rôle crucial, un rôle que nous détaillerons dans un autre chapitre.

Une étude sur la conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée, publiée en 2020 par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) du Québec, a mis en évidence l'existence de tensions entre ces deux milieux. Par ailleurs, l'objectif de cette recherche était également de proposer des initiatives de soins visant à instaurer un juste équilibre entre ces deux milieux.

Selon cette étude, plusieurs facteurs peuvent intervenir dans les tensions associées à l'organisation des soins tels que les compétences du personnel, l'organisation du travail, la communication des informations, la quantité du personnel et la stabilité du personnel. Ces éléments sont détaillés dans le chapitre suivant (INESSS, 2020).

6.2. Facteurs influençant l'organisation des soins

6.2.1. Les compétences du personnel

Le personnel travaillant dans les centres d'hébergement pour personnes âgées doit posséder un ensemble de compétences variées pour garantir la qualité des soins et du milieu de vie. Ces compétences comprennent le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Avec la complexité croissante des besoins des résidents, il est crucial que le personnel dispose de connaissances médicales approfondies, notamment en matière de troubles cognitifs, de traitements médicaux et de soins de fin de vie. De plus, des compétences relationnelles solides sont essentielles pour assurer le bien-être des résidents, en particulier lorsqu'ils présentent des troubles cognitifs. Cependant, il existe des lacunes en ce qui concerne les compétences du personnel face à cette complexité croissante des besoins des résidents. Les infirmier.ère.s jouent un rôle clé dans l'évaluation et la surveillance de la santé des résidents. En Belgique, aucune exigence particulière en termes de spécialisation n'est requise pour les infirmier.ère.s travaillant dans les

MRS. D'ailleurs, les infirmier.ère.s possédant une spécialisation en soins gériatriques sont très peu présent.e.s dans ces établissements.

En conséquence, en l'absence de personnel spécialisé pour traiter les problèmes de santé complexes des résidents, il peut être nécessaire de les transférer à l'hôpital, ce qui peut être bouleversant pour eux et leurs proches.

6.2.2. L'organisation du travail

Au sein des maisons de repos et de soins classiques, la journée suit un rythme bien défini, comprenant des moments spécifiques tels que le lever, le petit-déjeuner, les soins d'hygiène et autres soins, l'activité, le déjeuner, le goûter, le dîner et le coucher. Ces contraintes organisationnelles entraînent souvent une standardisation des activités quotidiennes des résidents, ce qui peut restreindre leur autonomie et liberté. Cependant, l'approche Tubbe nous encourage à nous éloigner de cette standardisation chronométrée de l'accompagnement des résidents. La prise en compte des habitudes de vie de chaque résident peut perturber significativement cette organisation « standardisée » et la rendre plus complexe.

Selon l'étude de l'INESSS, lorsque le personnel prend le temps de comprendre et de respecter les préférences individuelles des résidents en matière d'horaires et en faisant preuve d'une grande flexibilité dans la dispensation des soins, cela peut réduire les tensions organisationnelles et favoriser un équilibre entre le milieu de soins et le milieu de vie (INESSS, 2020).

6.2.3. La communication des informations

La communication efficace entre les membres du personnel est cruciale pour assurer la coordination des soins et services dans les établissements de soins aux personnes âgées. Cela permet de répondre aux besoins des résidents et de mener à bien les initiatives d'amélioration de la qualité. Cependant, plusieurs défis subsistent, notamment en ce qui concerne la transmission d'informations cliniques. Les plans de soins, bien qu'importants, peuvent être perçus comme trop détaillés, obsolètes ou difficilement accessibles pour certains membres du personnel.

De plus, il est obligatoire pour les maisons de repos et de soins d'organiser des réunions pluridisciplinaires dont la fréquence varie selon les réglementations en vigueur dans les trois régions. Ces réunions doivent inclure les prestataires de soins attachés à l'établissement, et les

médecins traitants y sont également invités. En Wallonie et en Flandre, ces réunions doivent se tenir à intervalles réguliers, tandis qu'à Bruxelles, elles doivent avoir lieu tous les deux mois.

6.2.4. La quantité de personnel

L'insuffisance de personnel ou l'absentéisme est un facteur majeur contribuant aux tensions organisationnelles et affectant à la fois le milieu de soins et le milieu de vie. Ce problème est largement reconnu dans la littérature. Les causes de cette pénurie de personnel comprennent la pénurie de main-d'œuvre à l'échelle internationale, les nombreuses absences et le faible taux de rétention dans les MRS. Le manque de personnel peut compromettre la qualité des soins, augmenter le recours à la contention et accroître le risque de maltraitance, ce qui peut affecter la dignité et la liberté des résidents, et engendrer des sentiments d'impuissance et de vulnérabilité. Pour le personnel, la lourdeur de la charge de travail et le rythme effréné causés par le manque d'effectifs peuvent constituer des obstacles majeurs à la mise en œuvre de pratiques innovantes telles que le modèle Tubbe, affectant leur bien-être psychologique et physique. En l'absence de personnel en quantité suffisante, les initiatives d'amélioration continue sont souvent mises de côté, compromettant encore davantage la qualité des soins et services.

6.2.5. La stabilité du personnel

Le roulement élevé du personnel de soins dans les MRS constitue un défi majeur. Ce phénomène peut avoir des répercussions significatives, notamment sur les relations interpersonnelles et sur la mise en œuvre du modèle Tubbe. Il entraîne des tensions organisationnelles et compromet la qualité des soins et des services, car il rend difficile la connaissance approfondie des résidents et perturbe le travail d'équipe ainsi que le partage d'informations entre le personnel.

Au début de ce chapitre concernant l'organisation des soins, nous avons pu voir que celle-ci se situe au niveau méso. L'infirmier.ère en chef joue un rôle clé dans cette organisation au sein d'une MRS. L'infirmier.ère en chef est responsable de cette organisation et doit tenir compte des différents facteurs évoqués ci-dessus. Le prochain chapitre abordera en détail le rôle de l'infirmier.ère en chef et son évolution.

6.3. Le rôle de l'infirmier.ère en chef

Dans une MRS, l'organisation des soins est le principal rôle de l'infirmier.ère en chef. Ses missions sont définies dans les différentes réglementations qui régissent les maisons de repos et de soins en Belgique, des missions qui ont évolué au fil du temps.

En effet, l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises mentionne deux rôles : «

- *assurer la gestion journalière du personnel infirmier et du personnel soignant ;*
- *coordonner le travail pluridisciplinaire du personnel infirmier et paramédical et des kinésithérapeutes »* (Moniteur belge, 2004)

Ce n'est qu'en 2014 que l'arrêté royal du 21 septembre 2004 a été modifié dans le but d'élargir les missions de l'infirmier.ère en chef. En plus des deux missions ci-dessus, d'autres missions ont été ajoutées : «

- *coordonner le travail pluridisciplinaire du personnel de réactivation et des aides-soignants en plus des autres catégories de personnel mentionnées ci-dessus ;*
- *organiser l'admission des nouveaux résidents, notamment par la collecte d'autant de données que possible sur leur état de santé et leur situation médico-sociale ;*
- *veiller à l'actualisation du dossier infirmier, paramédical, kinésithérapeutique et psychosocial du résident ;*
- *en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller, formuler des propositions relatives à une politique nutritionnelle qui concilie les besoins alimentaires avec le plaisir de manger ;*
- *en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller, formuler des propositions quant à la manière dont il convient de traiter les patients souffrant de démence dans la maison de repos et de soins, notamment en ce qui concerne l'approche non médicamenteuse, le cas échéant en collaboration avec la personne de référence « démence » ;*
- *assister le médecin coordinateur et conseiller dans l'exercice de sa fonction »* (Moniteur belge, 2014).

Dans ma pratique en tant que contrôleuse qualité dans les maisons de repos et de soins, force est de constater que les infirmier.ère.s en chef se retrouvent régulièrement sur le terrain pour pallier l'absentéisme ou le manque d'infirmier.ère.s, ce qui ne leur permet pas de remplir pleinement leurs missions.

Par ailleurs, selon les établissements, l'infirmier.ère en chef se voit attribuer des tâches supplémentaires reprises dans sa description de fonction ou selon la classification de l'institut de classification des fonctions (IFIC) qui déterminent la rémunération de l'infirmier.ère en chef d'une MRS.

Les missions de l'infirmier.ère en chef peuvent être liées aux différentes étapes de la démarche de soins infirmiers, lesquelles sont décrites dans le chapitre suivant.

6.4. La démarche de soins

La littérature propose différentes définitions de la démarche de soins. Selon Mordacq (1982), la démarche de soins consiste : « Après analyse des informations, à prévoir, organiser, donner les soins infirmiers en fonction de l'état de santé, des prescriptions médicales, des préoccupations de chaque personne et de son environnement et à évaluer le résultat » (Guerrin, 2012).

Selon Psiuk (2006), la démarche de soins : « Est un processus d'adaptation du soin à la personne ».

Au niveau de l'organisation des soins en MRS, cette démarche est un processus continu qui existe au niveau individuel pour chaque infirmier.ère, au niveau d'une équipe multidisciplinaire ou d'un service et plus globalement au niveau d'une institution dans le cadre de la démarche qualité (Ameline & Levannier, 2021). La démarche de soins est sous-tendue par une pensée réflexive et favorise l'interdisciplinarité (Guerrin, 2012). L'implémentation du modèle Tubbe renforce cette approche en mettant un accent particulier sur la collaboration et la communication entre tous les membres de l'équipe, favorisant ainsi une prise en charge centrée sur les besoins des résidents.

La démarche de soins permet à l'infirmier.ère en chef de déterminer les besoins des résidents, de fixer des priorités, d'établir des objectifs et des résultats escomptés, de préparer un plan de soins axé sur les besoins des résidents, d'exécuter les interventions appropriées et, finalement, d'évaluer l'efficacité des soins dispensés. D'ailleurs le dossier infirmier, lorsqu'il est élaboré conformément à l'arrêté royal du 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier, visé à l'article 17 quater de la loi sur les hôpitaux,

coordonnée le 7 août 1987, doit répondre est une manifestation concrète de la démarche de soins (Moniteur belge, 2006).

La démarche de soins est composée de cinq étapes (Foucault & Mongeau, 2004) :

1. *La collecte des données* : durant cette étape, l'infirmier.ère collecte toutes sortes d'informations dans une anamnèse, mais également l'historique de vie de la personne. Cette étape est importante, car elle permettra d'avoir une connaissance concernant les attentes et les besoins du résident qui entre en maison de repos et de soins. Elle est réalisée à l'entrée du résident et est régulièrement actualisée tout au long du séjour.
2. *L'analyse et l'interprétation des données* : les données récoltées durant la phase précédente sont analysées et interprétées afin de déterminer les besoins prioritaires et spécifiques à partir desquels le plan de soins du résident sera élaboré.
3. *La planification* consiste en l'élaboration d'un plan de soins en étroite collaboration avec le résident et/ou sa famille afin que ce plan de soins soit individualisé et adapté aux besoins du résident. Ce plan de soins est conçu pour atteindre des objectifs spécifiques et prévoir les interventions nécessaires pour répondre aux besoins du résident.
4. *L'intervention* consiste en la mise en application du plan de soins par les différents intervenants qui gravitent autour du résident.
5. *L'évaluation* est l'étape qui permet à l'infirmier.ère de s'assurer dans quelle mesure ses interventions auprès du résident ont été efficaces.

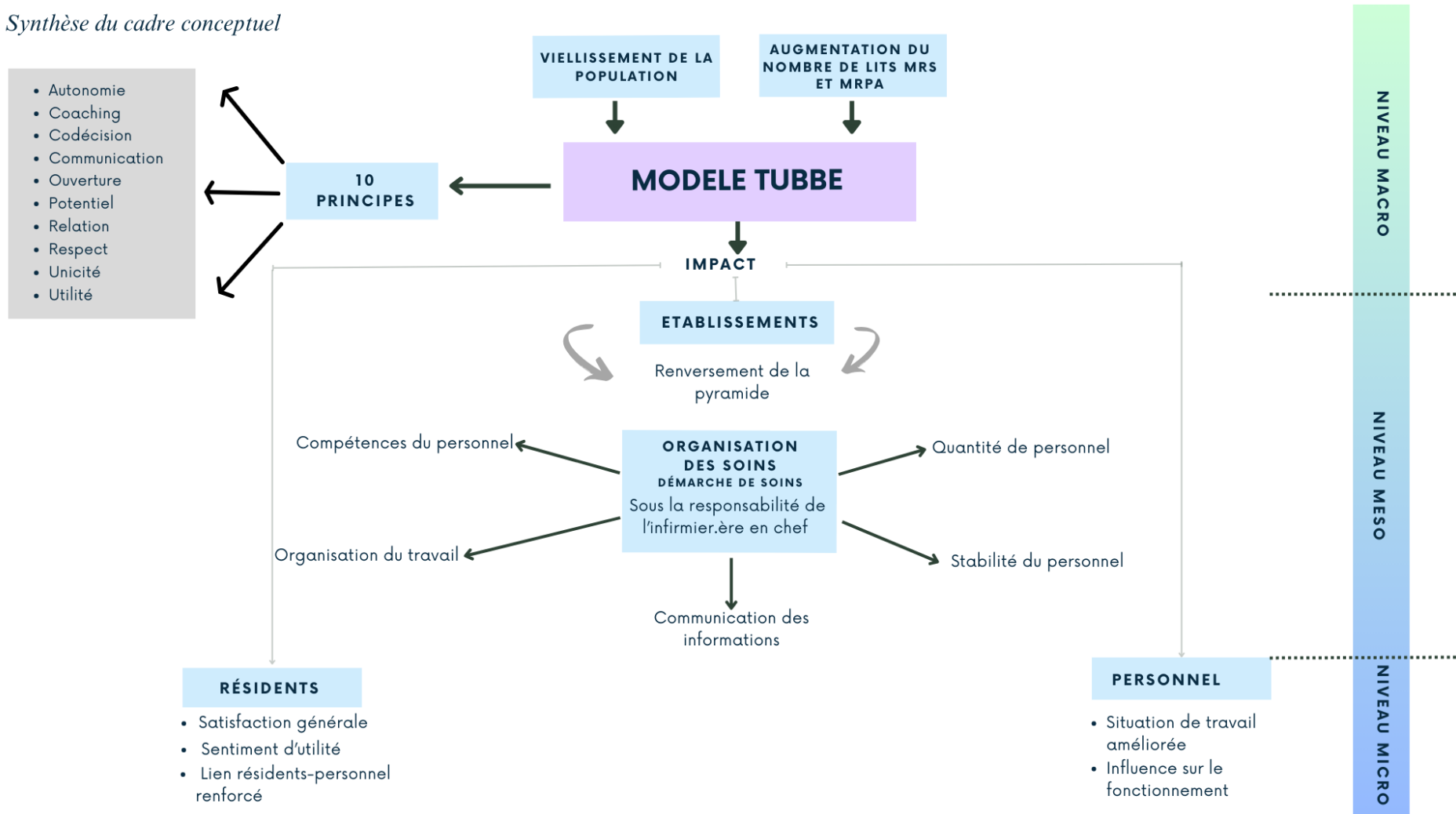
En fonction des besoins spécifiques des résidents, lesquels peuvent évoluer tout au long du séjour, ces cinq étapes de la démarche de soins devront faire l'objet d'une nouvelle réflexion. L'infirmier.ère en chef doit s'assurer que cette démarche est pleinement intégrée dans la pratique quotidienne.

L'accompagnement des personnes âgées peut être perçu comme routinier pour le personnel de soins. Cependant, il faut garder à l'esprit que chaque individu est unique. Dans cette optique, la démarche de soins se révèle être un outil précieux. Son application contribue à des soins de qualité pour les résidents et permet à l'infirmier.ère en chef de ne pas tomber dans le piège d'une démarche réactive, centrée sur des tâches (Ead, 2019).

La carte mentale suivante synthétise les différentes notions abordées dans le cadre conceptuel de ce mémoire.

Carte mentale 1

Synthèse du cadre conceptuel



7. Problématisation

7.1. Question de recherche

Comme évoqué précédemment, le vieillissement de la population représente l'un des défis les plus cruciaux auxquels nous devons faire face, et il revêt une grande importance sur le plan politique.

Ces dernières années, de nombreuses approches novatrices ont vu le jour afin d'améliorer l'accompagnement des aînés en maisons de repos et de soins. Parmi ces approches, le modèle Tubbe a particulièrement retenu mon attention. L'implémentation du modèle Tubbe a été peu étudiée et les recherches sur le sujet sont limitées. Pour cette raison, j'ai souhaité approfondir mes connaissances sur ce modèle. Par ailleurs, bien que de nombreuses maisons de repos et de soins aient évolué, force est de constater que leur vision reste souvent orientée sur la prise en charge de la dépendance et la médicalisation plutôt que sur le bien-être et l'épanouissement de la personne âgée.

Au cours de mes recherches dans la littérature, j'ai constaté qu'aucune étude sur l'influence de l'implémentation du modèle Tubbe sur l'organisation des soins n'a été menée. C'est principalement cette organisation des soins infirmiers que je souhaite explorer à travers ce mémoire, en particulier à la lumière de l'évolution actuelle des maisons de repos et de soins vers des lieux de vie, notamment par l'intermédiaire de modèles innovants en matière de gestion et d'organisation tels que le modèle Tubbe que nous avons détaillé plus haut. Ainsi, la question de recherche qui découle de cette réflexion est la suivante :

Quels sont les changements observés par les infirmier.ère.s en chef dans l'organisation des soins suite à l'implémentation du modèle Tubbe dans leur maison de repos et de soins ?

7.2. Hypothèses

Pour mieux cerner l'impact du modèle Tubbe sur l'organisation des soins en MRS dans deux hypothèses principales ont été formulées :

- Le modèle modifie l'organisation des soins au sein de la maison de repos et de soins ;
- Le modèle change la manière dont les infirmier.ère.s en chef exercent leur rôle/leurs missions.

7.3. Objectifs

Les principaux objectifs de ce mémoire sont les suivants :

- Identifier les types de changements opérés au niveau de l'organisation de soins dans la MRS suite à l'implémentation du modèle Tubbe ;
- Comprendre l'évolution du rôle de l'infirmier.ère en chef.

Pour répondre aux objectifs ci-dessus, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'infirmier.ère.s en chef travaillant au sein de maisons de repos et de soins situées en Wallonie.

CADRE PRATIQUE

1. Méthodologie

1.1. Choix de l'approche qualitative

Pour répondre à la question de recherche, l'approche qualitative a été privilégiée. Ce choix s'est avéré le plus approprié en raison des différents modes d'organisation des soins d'une maison de repos et de soins à l'autre. « La recherche qualitative s'inscrit dans une logique compréhensive » (Imbert, 2010).

En outre, la mise en œuvre du modèle Tubbe peut être réalisée de différentes manières. En effet, comme abordé dans le cadre conceptuel de ce mémoire, le modèle Tubbe ne dispose pas d'un mode d'emploi. De plus, il peut être appliqué sur l'ensemble de l'établissement ou de manière partielle.

Dans ce contexte, l'entretien semi-directif apparaît comme la méthode la plus pertinente. En effet, l'entretien semi-directif a pour objectif : « de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens » (Imbert, 2010). Pour rappel, le but de cette recherche est de comprendre l'évolution du rôle de l'infirmière en chef dans les MRS ainsi que d'identifier les changements observés par cette dernière au niveau de l'organisation des soins suite à l'implémentation du modèle Tubbe.

En outre, la méthode semi-directive favorise une liberté de parole du participant au sein d'un cadre prédéfini par le chercheur (Aujoulat, 2021). Ce cadre repose sur la revue de littérature développée dans le chapitre dédié au cadre conceptuel.

1.2. Guide d'entretien

1.2.1. Construction du guide d'entretien

Comme mentionné précédemment, cette étude s'appuie sur des entretiens semi-directifs, où les thèmes à aborder ont été préétablis, tout en gardant comme objectif principal de laisser aux participants la liberté de s'exprimer comme ils le souhaitent. À cette fin, un guide d'entretien a été élaboré et se trouve en annexe (voir Annexe I).

Ce guide d'entretien a été conçu dans le but de comprendre l'évolution du rôle de l'infirmière en chef et d'identifier les types de changements au niveau de l'organisation de soins suite à l'implémentation du modèle Tubbe, les deux principaux objectifs de ce mémoire.

Le guide d'entretien est structuré en différentes parties : les données générales sur l'établissement, le profil de l'enquêté, le modèle Tubbe, le rôle de l'infirmier.ère en chef et la démarche de soins. Chaque partie comporte des questions principales ainsi que des questions de relance. Les thématiques abordées sont en lien avec les concepts développés dans le chapitre consacré au cadre conceptuel.

Les *données générales* permettent d'obtenir un aperçu du nombre de lits au sein de l'établissement ainsi que de l'année d'implémentation du modèle Tubbe. Les informations concernant le *profil de l'enquêté* fournissent une idée du parcours professionnel de l'infirmier.ère en chef ainsi qu'une description de ses tâches. Les questions relatives à l'implémentation du *modèle Tubbe* permettent d'obtenir une vue d'ensemble sur ce que représente le modèle Tubbe ainsi que les objectifs visés par sa mise en œuvre. Les questions abordées dans la partie consacrée au *rôle de l'infirmier.ère en chef* visent à comprendre comment l'infirmier.ère en chef perçoit et gère l'organisation des soins dans l'établissement, en tenant compte des changements apportés suite à l'implémentation du modèle Tubbe. Ces questions abordent plusieurs aspects clés de l'organisation des soins et la manière dont le modèle Tubbe influence ces aspects.

La partie du guide d'entretien concernant la *démarche de soins* a été conçue pour explorer en détail la manière dont le modèle Tubbe influence la démarche de soins au sein de l'établissement, en se concentrant sur chaque étape de ce processus. Cette section du guide d'entretien est subdivisée en différentes parties : la collecte des données, l'analyse et l'interprétation des données, la planification, l'intervention, et l'évaluation. Chaque partie comporte différentes questions. L'objectif poursuivi à travers celles-ci est d'obtenir une compréhension détaillée de la manière dont les soins sont organisés et individualisés depuis la mise en place du modèle Tubbe.

1.2.2. Validation du guide d'entretien et entretien test

Le guide d'entretien a été soumis aux assistants du cours WSFP 2298 (Cours d'accompagnement du mémoire) via le formulaire en ligne mis à disposition des étudiants. Une des assistantes du cours a formulé plusieurs remarques, notamment en ce qui concerne la complexité de certaines questions et leur caractère orienté. Plusieurs questions ont été adaptées suite à ces commentaires.

A titre d'exemple, les questions relatives au modèle Tubbe ont été développées et enrichies pour mieux appréhender les différents aspects de son implémentation. Initialement, les questions portaient sur l'implémentation générale du modèle et les changements observés.

Toutefois, pour obtenir une compréhension plus approfondie, des questions supplémentaires ont été ajoutées pour explorer comment le modèle a été mis en place, par qui, ainsi que les objectifs visés.

L'assistante a également souligné l'importance de distinguer le rôle général de l'infirmier.ère en chef et son rôle spécifique dans l'implémentation du modèle Tubbe. Les questions ont été reformulées pour mieux structurer l'entretien et obtenir des informations détaillées sur ces deux aspects.

De plus, la question initiale sur la démarche de soins : « Par rapport à la démarche de soins, qui comprend cinq étapes, la collecte des données, l'analyse et l'interprétation des données, la planification, l'intervention et l'évaluation, quels sont les changements que vous avez mis en place suite à l'implémentation du modèle Tubbe par rapport à ces différents points ? » a été jugée trop complexe, craignant que les personnes interviewées ne soient pas familiarisées avec la démarche de soins et ces différentes étapes. Dès lors, cette question a été supprimée et découpée en cinq étapes abordées individuellement, reprenant ainsi plusieurs questions spécifiques permettant d'obtenir des réponses plus nuancées.

Pour finir, une question portant sur l'équilibre entre le milieu de vie et le milieu de soins a été révisée en raison de son caractère orienté. En effet, la question initiale présupposait que le modèle Tubbe améliore l'équilibre entre ces deux milieux. La nouvelle formulation :

« Comment le modèle Tubbe influence-t-il l'équilibre entre le milieu de soins et le milieu de vie pour les résidents ? », est plus ouverte et neutre et permet de recueillir une réponse basée sur le vécu et les expériences des infirmier.ère.s en chef interviewé.e.s sans être influencé.e.s par une hypothèse sous-jacente.

Le guide ensuite a été testé auprès d'une ancienne infirmière en chef ayant une expérience de plus de 10 ans en maison de repos et de soins afin de m'assurer de la clarté et de la lisibilité des questions. Suite à ce test, une question concernant l'implication des résidents dans les soins a été reformulée, car celle-ci manquait de précision.

En conclusion, les commentaires et suggestions apportés par l'assistante du cours et l'ancienne infirmière en chef ont permis de clarifier et d'affiner le guide d'entretien. Les questions ont été ajustées pour être plus précises, moins orientées et mieux structurées, assurant ainsi une collecte de données plus pertinente et nuancée sur le rôle de l'infirmier.ère en chef ainsi que l'implémentation du modèle Tubbe et son impact sur l'organisation des soins.

1.3. Stratégie d'échantillonnage

Pour répondre à la question de recherche de ce mémoire, une stratégie d'échantillonnage spécifique a été mise en place. Le choix s'est porté sur des maisons de repos disposant à la fois de lits MRS et de lits MRPA. En effet, les MRPA en tant que telles n'ont pas l'obligation d'engager un.e infirmier.ère en chef. Viser ce type d'établissements n'aurait ainsi pas eu de sens étant donné que la question de recherche cible exclusivement les infirmier.ère.s en chef. Un autre critère de sélection est la mise en œuvre du modèle Tubbe au sein de l'établissement sollicité, et ce, depuis au moins un an. Cette période minimale est nécessaire pour que les effets et les changements apportés soient suffisamment perceptibles.

La sélection s'est volontairement limitée aux maisons de repos et de soins situées en Wallonie. En ce qui concerne les établissements situés en Flandre, ils ont été écartés en raison de la barrière linguistique. Quant aux établissements situés à Bruxelles, ils ont été évités pour prévenir tout conflit d'intérêts en raison de ma fonction de contrôleur qualité au sein d'Iriscare, l'administration responsable du contrôle et de l'agrément des maisons de repos et de soins dans cette région.

Pour garantir une approche cohérente et ciblée, comme expliquée précédemment, la décision d'interviewer spécifiquement les infirmier.ère.s en chef au sein de ces maisons de repos et de soins (MRS) repose sur deux principaux critères. Tout d'abord, la réglementation relative à l'agrément des MRS exige l'engagement d'infirmier.ère.s en chef au sein de ces établissements dont le nombre est fixé en fonction du nombre de lits MRS. Ensuite, le choix s'est porté sur cette catégorie de professionnels en raison du rôle central qu'ils occupent dans l'organisation et la dispensation des soins au sein de ces structures. Par ailleurs, aucun critère de sélection lié à une formation spécifique n'a été retenu, en raison de l'absence d'obligation dans la réglementation d'un diplôme spécifique pour exercer la fonction d'infirmier.ère en chef dans les MRS.

Plusieurs établissements ont été contactés par téléphone à partir des listes des MRS sélectionnées pour l'implémentation du modèle Tubbe, disponibles sur les sites internet de l'AVIQ (AVIQ, 2024) et de la Fondation Roi Baudouin (Fondation Roi Baudouin, 2024). Une trentaine de MRS ont été contactées. Lors du premier échange avec la direction de chaque établissement, l'objet du mémoire a été exposé. Ensuite, il était important de s'assurer que le modèle Tubbe était implémenté au sein de la MRS. Les directions intéressées m'ont ensuite mise en contact avec l'infirmier.ère en chef.

Dans d'autres cas, un contact direct avec l'infirmier.ère en chef a pu avoir lieu afin de fixer un rendez-vous. Tous les entretiens se sont déroulés au sein de la MRS dans laquelle la personne interviewée travaille.

Initialement, la réalisation de dix entretiens était planifiée, mais seulement neuf ont été conduits en raison de l'atteinte d'une saturation des informations. En effet, les réponses des participants ont commencé à se répéter, sans apporter de nouvelles données significatives. Par conséquent, un entretien supplémentaire n'aurait probablement pas offert de nouvelles perspectives ou informations pertinentes.

1.4. Analyse et traitement des données

Avant chaque entretien, les participants étaient informés des modalités de l'entretien telles que la durée, le but de la recherche ainsi que la demande d'accord pour l'enregistrement de l'entretien tout en leur garantissant l'anonymat. Un participant n'a pas souhaité être enregistré, des notes ont donc été prises tout au long de l'entretien.

La réalisation des entretiens s'est étalée de fin avril à mai 2024. La durée des entretiens a varié de 30 minutes à 75 minutes, 55 minutes en moyenne.

Chaque interview a été minutieusement retranscrite par écrit pour l'analyse, et un code d'identification a été attribué. Le code IFC correspond à l'abréviation du terme « infirmier.ère en chef » et le chiffre désigne l'ordre chronologique des personnes interviewées. Pour assurer la confidentialité des participants, les données ont été anonymisées lors de la présentation des résultats. Parmi les neuf entretiens réalisés, un seul s'est déroulé en présence de deux infirmières : l'une occupant le poste d'infirmière en chef et l'autre celui de responsable de la qualité des soins. Étant donné que ces personnes travaillent conjointement, elles ont participé ensemble à l'entretien.

En ce qui concerne l'analyse des données, plusieurs thèmes ont été définis au préalable sur base des différents concepts présentés dans le chapitre consacré au cadre conceptuel.

Ces éléments ont servi de base pour la construction du guide d'entretien, ce qui a permis de structurer les réponses des participants et de faciliter l'analyse.

2. Résultats

Dans cette partie du travail, nous présentons les réponses des infirmier.ère.s en chef aux différentes questions posées lors des entretiens semi-dirigés. Les informations recueillies ont été organisées en plusieurs catégories, mettant en lumière les différents concepts repris dans le cadre conceptuel de ce mémoire. La synthèse des résultats est accompagnée de citations directes des interviewés pour illustrer leurs propos.

2.1. Échantillon

Le Tableau 5 présente un aperçu des caractéristiques des neuf infirmier.ère.s en chef interviewé.e.s dans le cadre de ce mémoire. Ces personnes travaillent dans des établissements issus de trois secteurs différents : public, privé et associatif, dont la capacité totale et le nombre de lits MRS varient d'un établissement à l'autre.

Tableau 5
Échantillon des personnes interviewées

Code	Secteur	Capacité totale	Lits MRS	Genre	Ancienneté ^a	Formation complémentaire ^b	Tubbe depuis
IFC1	ASBL	69	40	Homme	6 ans	En interne	6 ans
IFC2	Public	111	65	Homme	7 mois	Aucune	18 mois
IFC3	Privé	50	25	Femme	4 ans	Aucune	8 ans
IFC4	ASBL	118	43	Homme	3 ans et demi	Cadre de santé	4 ans
IFC5	ASBL	89	30	Femme	6 ans	En interne	6 ans
IFC6	ASBL	102	25	Femme	5 ans	CAP	1 an
IFC7	ASBL	94	54	Femme	5 ans	Aucune	6 ans
IFC8	Privé	50	32	Femme	10 ans	Aucune	6 ans
IFC9	Privé	104	75	Femme	1 an	Master en Santé publique	1 an

Note. ^a L'ancienneté correspond à l'ancienneté en tant qu'infirmier.ère en chef au sein de l'établissement. ^b Tous les participants disposent d'un diplôme d'infirmier.ère.

L'échantillon montre une diversité en termes de type de secteur, capacité d'accueil, genre, ancienneté et formation complémentaire des infirmier.ère.s en chef, ainsi que dans la durée d'application du modèle Tubbe. Cette diversité peut permettre d'obtenir une vue d'ensemble variée des pratiques et défis rencontrés dans les différents types d'établissements de MRS.

2.2. Analyse des données

2.2.1. Le modèle Tubbe

Les entretiens menés auprès des infirmier.ère.s en chef travaillant dans des maisons de repos et de soins (MRS) ont permis de dégager plusieurs thèmes clés relatifs aux objectifs du modèle Tubbe. Ces résultats mettent en lumière les perceptions et les expériences des infirmier.ère.s en chef concernant cette nouvelle approche de l'organisation des soins.

Les infirmier.ère.s en chef interviewé.e.s ont mentionné que l'implémentation du modèle a été initiée par la direction : « *la directrice a vu le projet, il y avait un appel pour désigner des maisons de repos et elle a envoyé, elle a été sélectionnée* » (IFC2).

Parmi les neuf infirmier.ère.s en chef, sept ont exprimé qu'il est perturbant de désigner cette approche par un nom, car elle devrait être naturelle. Selon les participants, le personnel n'a pas l'impression de suivre un modèle spécifique, mais plutôt de travailler de manière naturelle, ce qui correspond finalement aux principes du modèle Tubbe. Comme le mentionne IFC1: « (...), *elles n'ont pas la sensation de travailler sur un modèle Tubbe. (...) et donc pour elles c'est naturel.* »

Cette approche met en avant l'importance de l'humanisation des soins et de la relation de proximité avec les résidents. Un participant a d'ailleurs souligné : « *Enfin moi je trouvais qu'avant c'était à la chaîne et tout le côté humain, il n'était pas pris en compte en fait* » (IFC5). Les infirmier.ère.s en chef estiment que ces pratiques devraient être une norme inhérente à la profession, plutôt qu'un modèle formalisé.

De plus, la plupart des interviewés ont également mentionné que cette nouvelle façon de travailler permet de **changer l'image négative des maisons de repos** : « *c'est l'amélioration de la vision de la maison de repos, c'est surtout ça (...). C'est que les résidents se sentent comme chez eux et pas comme dans un milieu hospitalier* » (IFC2).

Pour trois participants, certains principes du modèle étaient partiellement intégrés avant son implémentation.

Les infirmier.ère.s en chef ont souligné l'importance de **placer le résident au centre des soins** : « *On le (le résident) met vraiment au centre et nous on gravite et donc voilà c'est un travail dès l'entrée (...)* » (IFC5). Les entretiens ont mis en évidence que le respect des préférences individuelles et des choix des résidents est fondamental, tout en les impliquant activement dans les décisions qui affectent leur quotidien. Cela se traduit notamment par l'organisation de différents types de réunions où les résidents peuvent exprimer leurs souhaits.

L'objectif principal est de changer la mentalité du personnel afin d'adopter une approche véritablement centrée sur le résident.

Toutes les personnes interviewées ont évoqué la nécessité de transformer l'environnement institutionnel en un lieu ressemblant davantage à une maison plutôt qu'à un établissement médicalisé, afin de créer une **atmosphère chaleureuse et conviviale** : « *Notre objectif c'est de se rapprocher au plus du besoin du résident et de faire comme s'il était à la maison* » (IFC 5).

Cela inclut la possibilité pour le personnel de travailler en civil. Parmi les neuf établissements, deux n'ont pas encore abandonné l'uniforme, mais le projet est en cours selon les personnes interviewées. Toutefois, pour les travailleurs qui ne souhaitent pas travailler en civil, tous les établissements mettent à leur disposition des tenues sans différenciation de fonction. Comme l'a expliqué IFC1 : « *On leur laisse la possibilité de travailler en civil, donc on fait tomber l'uniforme, ça, ça a beaucoup changé chez certaines personnes par rapport aux habitants parce qu'ils se confient plus à quelqu'un qui est habillé comme eux que quelqu'un qui est soignant.* » et IFC 6 ajoute : « *Justement au contraire, ils (les habitants) préfèrent, il n'y a pas cette barrière.* » **L'abandon de l'uniforme** vise à faire tomber la barrière soignant-soigné et à renforcer l'impression d'être chez soi.

Les participants ont également mentionné que le bien-être et le confort des résidents sont prioritaires,

Selon les infirmier.ère.s en chef, cette approche vise à **améliorer la qualité de vie** des aînés. Selon IFC6 : « *On va toujours s'adapter en fonction de l'habitant.(...) donc c'est vraiment un peu comme à la maison en fait.* »

Les infirmier.ère.s en chef ont aussi décrit l'importance de développer une **approche relationnelle** entre le personnel et les résidents, basée sur l'écoute, la confiance et le respect mutuel, ce qui nécessite du temps selon les personnes interviewées : « *C'est vraiment une autre approche. C'est plutôt une approche relationnelle que technique* » (IFC 6). Pour IFC5 : « *Le relationnel est primordial en maison de repos.* »

En outre, les infirmier.ère.s en chef ont mis en avant la création d'un **environnement de travail positif** et soutenant pour le personnel, car pour l'ensemble des participants, le bien-être du personnel est intrinsèquement lié à celui des résidents.

Les participants ont par ailleurs évoqué l'existence de contraintes organisationnelles et de contraintes liées à la vie en collectivité, sans toutefois entrer dans les détails, ce qui pourrait indiquer qu'ils ne considèrent pas ces aspects comme étant des points majeurs compliquant la mise en œuvre de ces changements.

Figure 3

Synthèse des objectifs du modèle Tubbe selon les infirmier.ère.s en chef interviewé.e.s



Source : Figure créée par l'auteure à partir du modèle Blue Simple Professional Business Brainstorm trouvé sur l'application Canva, (<https://www.canva.com>).

Afin d'obtenir une idée claire sur la perception de l'organisation des soins par les infirmier.ère.s en chef, il m'a paru essentiel de demander aux personnes interviewées ce que représente l'organisation des soins et ce, avant d'entrer dans le vif du sujet. Les participants ont ainsi été invités à citer les cinq premiers mots qui leur venaient à l'esprit lorsqu'ils pensaient à l'organisation des soins. Cela permet également d'identifier les priorités et les valeurs qu'ils jugent essentielles dans leur pratique quotidienne. Ces éléments seront ensuite mis en corrélation avec les principes du modèle Tubbe.

Pour illustrer les réponses des infirmier.ère.s en chef interviewé.e.s, nous avons créé un nuage de mots (voir Figure 4). Celui-ci offre une visualisation rapide des mots mentionnés par les participants. Les mots les plus fréquemment cités apparaissent en plus grand dans la figure.

Nuage de mots sur l'organisation des soins selon les infirmier.ère.s en chef interviewé.e.s



Ces éléments corroborent les principaux thèmes identifiés à la suite des entretiens, lesquels sont détaillés dans les points suivants.

Il est important de préciser que tous les infirmier.ère.s en chef interviewé.e.s sont responsables des aides-soignant.e.s, des infirmier.ère(s), du personnel paramédical tels que les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les éducateurs, ... La taille de l'équipe dépend de la capacité totale de la maison de repos et de soins ainsi que du degré de dépendance des résidents calculé à l'aide de l'échelle de Katz.

Le premier élément qui ressort des différents entretiens menés est ***la coordination des soins***. En effet, les tâches les plus souvent citées lors des différents entretiens sont l'organisation, la planification, la répartition du travail, la communication avec les familles et les médecins

traitants, ainsi que le **contrôle du travail** effectué par l'équipe de soins. La délégation de certaines tâches, telles que la commande de matériel de soins, le suivi d'un aspect précis..., fait partie de leurs responsabilités.

En outre, **la gestion d'équipe** fait partie intégrante du rôle de l'infirmier.ère en chef, comme souligné par les personnes interviewées : « *C'est surtout du management d'équipe je dirais* » (IFC4). En effet, l'ensemble des infirmier.ère.s en chef encouragent la participation active des membres du personnel. Ils mettent l'accent sur une communication ouverte et transparente. En facilitant les échanges et en prenant en considération les préoccupations et les suggestions du personnel. Le modèle Tubbe a favorisé le développement d'une approche décentralisée où les décisions sont prises en collaboration avec les membres du personnel. La majorité des interviewé.e.s ont défini leur rôle principal comme étant celui de coach, guidant le personnel pour une organisation optimale des soins tout en respectant les habitudes de vie des résidents afin qu'ils se sentent comme chez eux.

Un autre aspect de son rôle qui a été mentionné par quatre participants parmi les neuf concerne **l'évaluation des membres de l'équipe de soins** sous sa responsabilité. Ces évaluations sont organisées sous deux formes : les entretiens d'évaluation et les entretiens de fonctionnement. Les premiers visent à mettre en place des objectifs accompagnés d'un suivi sur le terrain et une discussion sur le travail de manière générale. Les seconds se concentrent sur un dialogue portant sur le ressenti, le bien-être au travail ainsi que sur les éléments/attitudes à améliorer et les points forts à consolider. Pour ces quatre infirmier.ère.s en chef, cette évaluation a été mise en place lors de l'implémentation du modèle Tubbe avec pour objectif premier d'évaluer l'adhésion du personnel à la nouvelle manière de travailler. Pour trois infirmier.ère.s en chef parmi les quatre, des **cercles de développement** sont également organisés et ont pour but de discuter de la formation des membres du personnel en fonction des besoins identifiés et des compétences que le personnel souhaite développer.

Les cinq autres infirmier.ère.s en chef n'organisent pas formellement des entretiens d'évaluation avec les membres de l'équipe de soins. Néanmoins, ils se déclarent tous plus **à l'écoute du personnel** depuis l'implémentation du modèle Tubbe et organisent des entretiens individuels à la demande des membres du personnel ou lorsque cela s'avère nécessaire.

Six infirmier.ère.s en chef parmi les neuf sont responsables d'**établir les horaires de l'équipe de soins**. Pour les trois autres, cette tâche incombe à la direction. Cependant, dans tous les cas, les horaires sont élaborés en étroite collaboration avec l'infirmier.ère en chef qui gère

l'absentéisme et les demandes de modifications d'horaire. Pour l'un des six infirmier.ère.s en chef, les horaires sont proposés par l'équipe de soins et validés par l'infirmier.ère en chef.

Tous les infirmier.ère.s en chef considèrent que le maintien d'une **présence sur le terrain** : « (...) *C'est aussi être sur le terrain quand il faut l'être parce qu'il y a toujours des moments difficiles où il faut savoir compter sur le chef* » (IFC4) et leur **participation active aux soins** est cruciale : « *On ne peut pas demander à nos collègues de faire des choses si nous-mêmes on ne les fait pas , c'est logique. Il y a des moments où j'ai besoin d'aller retrouver les résidents et c'est super important de savoir de qui on parle* » (IFC 3).

Toutes les personnes interviewées consacrent une part importante de leur temps au **travail administratif** tel que la mise à jour des dossiers de soins, des échelles de Katz, etc.

Le Tableau 6 résume les principales responsabilités des infirmier.ère.s en chef dans une maison de repos et de soins et met en lumière les changements apportés par l'implémentation du modèle Tubbe.

Tableau 6

Rôle de l'infirmier.ère en chef et les changements suite à l'implémentation du modèle Tubbe

Rôle	Description	Changements apportés par le modèle Tubbe
Coordination des soins	Organisation, planification, répartition du travail, communication avec les familles et les médecins traitants, contrôle du travail effectué par l'équipe de soins.	Décentralisation de la prise de décision, implication accrue du personnel dans la planification et l'organisation des soins.
Gestion d'équipe	Encouragement de la participation active du personnel, communication ouverte et transparente.	Développement d'une approche collaborative, où les décisions sont prises en concertation avec le personnel. Accent sur le rôle de coach des infirmier.ère.s en chef.
Évaluation du personnel	Entretiens d'évaluation et de fonctionnement pour fixer des objectifs, évaluer le bien-être au travail, identifier les points forts et les aspects à améliorer.	Introduction des évaluations pour vérifier l'adhésion au modèle. Mise en place de cercles de développement pour la formation continue du personnel.
Présence sur le terrain et participation aux soins	Maintien d'une présence active sur le terrain, participation directe aux soins pour rester connecté aux résidents et soutenir le personnel.	Présence sur le terrain et implication dans les soins pour renforcer le leadership et la confiance.
Gestion des horaires et absentéisme	Élaboration des horaires en collaboration avec la direction, gestion des demandes de modifications et de l'absentéisme.	Collaboration renforcée entre le personnel et les infirmier.ère.s en chef pour la création des horaires, avec parfois des propositions venant du personnel.
Travail administratif	Mise à jour des dossiers de soins, des échelles de Katz, etc.	Aucun changement significatif spécifique mentionné en relation avec le modèle Tubbe.

Ces entretiens ont permis de mettre en lumière la diversité et la complexité des rôles et des tâches des infirmier.ère.s en chef dans les maisons de repos et de soins. Leur capacité à coordonner, évaluer, former et gérer le personnel tout en participant activement aux soins est cruciale pour le bon fonctionnement de ces établissements. Les témoignages recueillis montrent non seulement leur engagement mais aussi leur étroite collaboration avec la direction et les équipes, soulignant l'importance du leadership.

En conclusion, l'implémentation du modèle Tubbe a enrichi les responsabilités des infirmier.ère.s en chef, rendant leur travail plus dynamique et transformant leur approche de la gestion d'équipe. Le modèle a favorisé un environnement de travail axé sur la communication et la collaboration et respectueux des besoins des résidents et du personnel.

2.2.3. L'organisation du travail

Les entretiens réalisés avec les infirmier.ère.s en chef ont révélé une grande **flexibilité dans leurs tâches**, mais également dans celles du personnel de soins et paramédical. Cette flexibilité permet de rompre avec la routine et est appréciée par les membres du personnel selon les infirmier.ère.s en chef interviewé.e.s : « *Ça change tout le temps, c'est ça qui est bien, ça casse la routine* » (IFC1).

Un des premiers éléments mis en place par l'ensemble des infirmier.ère.s en chef interviewé.e.s lors de l'implémentation du modèle Tubbe est la **désignation de référents** parmi toutes les catégories du personnel, dans divers domaines qui touchent de près ou de loin l'organisation des soins, notamment en ce qui concerne le suivi des plaies, le matériel d'incontinence, le suivi des poids, les médicaments, les contentions ou plutôt la non-contention, la nutrition, etc. Les référents sont nommés en fonction de leurs compétences, mais également en fonction de ce qu'ils désirent apporter à l'équipe et aux résidents.

Des référents par étage ou par unité de vie sont également désignés dans les établissements de grande taille tandis que dans les plus petits établissements, le personnel est référent de 3 à 5 résidents. Il ressort des entretiens que cette manière de travailler permet d'assurer une prise en charge personnalisée et efficace des résidents, tout en diversifiant les responsabilités du personnel.

Sur les 9 infirmier.ère.s en chef interrogé.e.s, 8 mettent en place d'autres stratégies pour briser la monotonie des routines de travail et diversifier les fonctions. En effet, ils encouragent les membres du personnel à **partager leurs hobbies** ou **des compétences particulières** acquises en dehors du travail au profit des résidents, comme en témoigne IFC3 : « (...) *c'est-à-dire s'il a des passions, s'il a des hobbies, on essaie de les faire partager pendant les heures de travail avec les habitants. Ça permet d'avoir une bouffée d'oxygène et de faire autre chose que du soin pur.* » Il est intéressant de relever que le terme "résidents" est remplacé par "habitants". Cette distinction de vocabulaire reflète l'esprit du modèle Tubbe, qui cherche à créer un environnement familial et participatif au sein des maisons de repos et de soins.

Les infirmier.ère.s en chef planifient des moments spécifiques dans l'horaire pour permettre aux membres du personnel de réaliser ces autres tâches. Cette approche, en plus d'être valorisante pour le personnel, permet de rompre avec la nature répétitive des tâches routinières en maison de repos et de soins, contribuant ainsi à un environnement de travail plus dynamique et enrichissant : « *Des temps de pause et des activités variées sont proposés pour sortir de la*

routine : On laisse une porte de sortie de temps en temps pour sortir de cette case (entretien qui fait de l'animation). Les aides-soignantes participent également à des moments de qualité » (IFC1).

En ce qui concerne **les horaires du personnel**, les entretiens révèlent que ceux-ci sont établis selon un modèle classique c'est-à-dire un horaire en trois équipes, celle du matin, de l'après-midi et de la nuit. L'implémentation du modèle Tubbe n'a pas impacté cette organisation. Comme mentionné précédemment, les horaires sont réalisés, dans leur grande majorité, par les infirmier.ère.s en chef à l'exception de l'un d'entre eux. Pour tous les participants, les horaires des infirmier.ère.s tiennent compte de certaines contraintes spécifiques, comme le contrôle et la distribution des médicaments : *« L'horaire au niveau des infirmières ne change pas de ce qu'on voit, car il y a des contraintes telles que la préparation des médocs, elles ont certaines tâches entre 7h et 8h et sont habituées comme ça » (IFC4).*

Par ailleurs, tous les participants expliquent que depuis l'implémentation du modèle Tubbe, les infirmier.ère.s accomplissent des tâches qui sortent de leur cadre habituel de travail et sont prêtes à intervenir là où le besoin se fait sentir comme le mentionne IFC3 : *« Les infirmières font des toilettes, elles mettent la main à la pâte s'il le faut. »*

Le Tableau 7 met en évidence les principaux changements apportés par l'implémentation du modèle Tubbe en ce qui concerne les routines de travail.

Tableau 7

Changements au niveau des routines de travail suite à l'implémentation du modèle Tubbe

Aspect	Description	Changements apportés par le modèle Tubbe
Flexibilité des tâches	Grande flexibilité dans les tâches, rompant avec la routine	Tâches définies et moins routinières, appréciées par le personnel. Personnel accomplissant des tâches variées, intervenant là où le besoin se fait sentir, améliorant la qualité des soins.
Désignation de référents	Référents nommés dans divers domaines (plaies, incontinence, poids, médicaments, contentions, nutrition, etc.). Référents désignés par étage ou unité de vie dans les grands établissements ou référents désignés pour un groupe de résidents (3 à 5) dans les petits.	Personnel responsabilisé et valorisé par la désignation de référents en plus de leurs tâches habituelles.
Partage des hobbies et des compétences particulières	Personnel encouragé à partager hobbies et compétences avec les résidents, rendant le travail plus dynamique et enrichissant.	Personnel accomplissant d'autres tâches leur permettant de sortir du cadre de leur fonction. Ces moments spécifiques sont planifiés sur l'horaire.
Horaires	Modèle classique en trois équipes (matin, après-midi, nuit).	Pas de changement au niveau de la répartition des horaires, car contraintes spécifiques, mais établies avec plus de flexibilité.

2.2.4. La communication

Les entretiens menés avec les infirmier.ère.s en chef ont mis en évidence l'importance de la communication. Cet élément est systématiquement mentionné, que ce soit la communication au sein de l'équipe, mais également la communication avec les résidents et les familles. Depuis l'implémentation du modèle Tubbe, la communication occupe une place centrale : IFC4 mentionne : « *On communique beaucoup beaucoup beaucoup.* »

L'ensemble des infirmier.ère.s en chef estiment qu'une communication efficace est essentielle pour fournir des soins de qualité et assurer le bien-être tant des résidents que du personnel. Ainsi, les membres du personnel sont encouragés à partager quotidiennement des informations cruciales concernant les besoins et les préférences des résidents lors de *moments d'échanges formels et informels*.

Avant l'implémentation du modèle Tubbe, les *réunions pluridisciplinaires* étaient organisées une fois par mois pour la majorité des infirmier.ère.s en chef. La législation en matière

d'agrément pour les maisons de repos et de soins requiert l'organisation d'une réunion pluridisciplinaire une fois tous les deux mois.

Les entretiens révèlent que ces réunions pluridisciplinaires sont organisées plus fréquemment depuis la mise en œuvre du modèle de manière à renforcer la communication au sein de l'équipe et d'augmenter les échanges et ainsi permettre une meilleure continuité et une qualité des soins. Ces réunions permettent d'adapter rapidement les soins en fonction de l'évolution et des besoins des résidents : « *On voit l'habitant de A à Z. On l'épluche dans tous les sens* » (IFC1).

Tous les membres de l'équipe de soins présents dans l'établissement participent à ces réunions, de même que des membres de l'équipe qui s'occupent de l'entretien des bâtiments et du personnel de cuisine comme le souligne IFC4 : « (...) *Et donc tous ces corps de métier ont aussi des choses à dire sur le résident.* »

Tous les infirmier.ère.s en chef mentionnent également que les résidents ont la possibilité de prendre part à ces réunions pluridisciplinaires lorsqu'il s'agit de discuter de leur propre situation. Selon les entretiens, la participation des résidents aux réunions pluridisciplinaires n'avait jamais été envisagé avant l'implémentation du modèle Tubbe.

Ces réunions ont pour objectif de discuter de chaque résident selon un planning préétabli par les infirmier.ère.s en chef, permettant aux participants de se préparer en conséquence. La plupart des infirmier.ère.s en chef ont développé un outil de suivi pour consigner les éventuels changements et obtenir une vision globale de l'évolution de la situation des résidents. Cet outil constitue également une aide pour la mise à jour des dossiers de soins des résidents. Selon les infirmier.ère.s en chef, ce degré d'organisation n'existait pas avant l'implémentation du modèle comme le mentionne IFC3 : « *Je pense que laisser la parole à tout le monde, à la même importance, je pense que cela change énormément . (...) Tout le monde apporte, je trouve, énormément à ces réunions parce qu'on apprend des choses de tout le monde.* »

En plus des réunions pluridisciplinaires, il ressort des entretiens que des **réunions de remise de service** ont lieu trois fois par jour lors des changements d'équipe (le matin, l'après-midi et le soir). Bien que ce ne soit pas un changement, ces échanges ont été maintenus malgré l'organisation des réunions pluridisciplinaires dans le but d'assurer une continuité de la communication et de la prise en charge des résidents.

Par ailleurs, une des infirmières en chef interviewées organise une fois par mois une après-midi, en collaboration avec la direction, un **espace de parole** dédié aux membres du personnel qu'ils soient présents ou non dans l'établissement, pour qu'ils puissent exprimer leurs préoccupations et leurs ressentis : « *Si elles ont des choses sur le cœur, c'est vraiment le moment. C'est pas que les soins (...), mais c'était aussi l'occasion de décharger un peu* » (IFC3).

Le Tableau 8 illustre les principaux changements apportés par l'implémentation du modèle Tubbe en matière de communication.

Tableau 8

Changements au niveau de la communication suite à l'implémentation du modèle Tubbe

Aspect	Description	Changements apportés par le modèle Tubbe
Moments d'échanges formels et informels	Partage d'informations est essentiel	Communication occupe une place centrale et est encouragée par les infirmier.ère.s en chef.
Réunions pluridisciplinaires	Réunions pour discuter des cas individuels des résidents avec le personnel de soins et le personnel de l'entretien, d'hôtellerie, de cuisine, etc.	Organisées de manière plus fréquentes, hebdomadaires ou quotidiennes. Participation active des résidents aux réunions pluridisciplinaires. Préparations rigoureuses et création d'outils de suivi.
Réunions de remise de service	Réunions pour assurer la continuité des soins lors des changements d'équipe	Pas de changement, maintenues pour assurer la continuité des soins
Espaces de parole pour le personnel	Espaces de paroles principalement dédiées aux préoccupations du personnel, mis en place dans une MRS	Mensuel, dédié aux préoccupations du personnel

2.2.5. La démarche de soins

a) Collecte des données

D'après les infirmier.ère.s en chef, la collecte des informations concernant le résident débute avant son admission au sein de la maison de repos et de soins. Six infirmier.ère.s en chef parmi les neuf interrogé.e.s affirment effectuer, dans la majorité des cas, une visite au domicile afin de recueillir un maximum d'informations concernant le résident. Comme le mentionne IFC2 : « *On va rechercher une anamnèse à domicile, voir un peu comment ça se passe, ses habitudes, ce qu'elle aime ce qu'elle n'aime pas, si c'est une lève tôt ou une lève tard.* »

Un des participants ajoute : « *C'est pour qu'on puisse, dès qu'il arrive, lui proposer les soins adaptés. Et au niveau psychologique aussi, l'entrée en maison de repos est excessivement compliquée, le passage de cette porte doit être très compliqué et le fait d'avoir déjà un visage connu peut vraiment aider* » (IFC3). Cela aide à mieux préparer l'admission et à adapter les soins de manière proactive.

Lorsqu'il s'agit d'un résident transféré de l'hôpital, un contact avec l'hôpital est prévu pour obtenir un maximum d'informations sur le résident.

Dans certains cas, c'est un.e assistant.e social.e qui se déplace, tandis que dans d'autres, cela dépend de la disponibilité du personnel qu'il s'agisse d'infirmier.ère.s, d'aides-soignant.e.s ou de paramédicaux (ergothérapeutes ou éducateurs). Pour l'un des infirmier.ère.s en chef, cela peut également dépendre des informations disponibles sur le futur résident. A titre d'exemple, IFC1 mentionne : « *Cette année, j'aimerais vraiment bien quand on a un résident qui va entrer et qui présente des troubles cognitifs (...) inclure à ce moment-là l'ergothérapeute.* » Dans cet établissement l'ergothérapeute est la personne de référence pour la démence. Cela permet de mettre en place des stratégies et des interventions spécifiques pour améliorer la qualité de vie des résidents atteints de démence.

Les familles sont également incluses et constituent une source précieuse d'informations d'après les personnes interviewées, particulièrement pour les résidents souffrant de troubles cognitifs : « *On regarde un petit peu avec les familles, oui on inclut les familles dans ce projet-là* » (IFC1).

La désignation de référents par résident contribue également à une meilleure collecte des données en continu. En ayant des référents dédiés, il est possible de suivre de manière plus régulière et précise l'évolution des besoins et des préférences des résidents, ce qui permet d'adapter les soins de façon proactive et personnalisée.

Un autre participant indique que le projet d'instaurer des visites au domicile préalablement à l'admission d'un résident est en cours.

Pour l'un des participants, un.e infirmier.ère devrait systématiquement accompagner l'assistante sociale au domicile avant l'entrée : « *J'aimerais vraiment pouvoir arriver à ce que l'assistance sociale soit accompagnée par un personnel de soins pour ces pré-visites. En effet, je trouve que le soin pour moi n'est pas encore assez rentré dans ce projet-là, avant l'entrée en maison de repos.(...) au niveau des soins, on a toujours des surprises* » (IFC3). En effet, la présence de l'infirmier.ère durant ces visites permet d'identifier les besoins de soins spécifiques dès le départ, réduisant ainsi les surprises et les imprévus lors de l'admission.

En résumé, selon les infirmier.ère.s en chef le modèle Tubbe améliore significativement la personnalisation et la proactivité des soins. Les familles sont activement impliquées et les résidents le sont encore davantage. La désignation des référents pour chaque résident permet d'assurer un suivi continu et d'adapter l'accompagnement des résidents en fonction de leurs besoins individuels.

b) Analyses et interprétations

Les entretiens réalisés mettent en évidence que les informations collectées sur les résidents sont systématiquement analysées en équipe lors des réunions pluridisciplinaires. Cela permet de bénéficier de perspectives variées et de prendre des décisions concertées. Comme l'illustre IFC : *« Et donc je prends un exemple pour des pansements, je ne vais pas changer un protocole moi-même sans en discuter avec mon staff. On propose et on voit. »* De même, IFC2 souligne l'importance de cette approche : *« C'est sûr que pour voir la globalité du résident, il faut toute l'équipe, chaque personne voit d'une manière différente. »*

En outre, en dehors de ces réunions pluridisciplinaires, des informations importantes sur les résidents sont échangées de manière continue pour répondre quotidiennement aux besoins des résidents.

Un autre aspect important apporté par le modèle Tubbe est la manière dont les résidents sont impliqués dans leur propre prise en charge. La réflexion collective est favorisée et la participation active des résidents dans les décisions les concernant est encouragée. Cette approche participative est un changement majeur qui contribue à améliorer la personnalisation et la qualité des soins.

En résumé, la communication renforcée et la réflexion collective en équipe permettent de mieux comprendre et répondre aux besoins spécifiques des résidents, tout en impliquant activement toutes les parties prenantes dans le processus de soins.

c) Planification

La majorité des infirmier.ère.s en chef établissent une feuille de route pour guider le personnel dans les tâches à accomplir au quotidien. Bien que cela ne constitue pas un changement, cette pratique reste essentielle pour maintenir l'organisation et éviter les conflits selon la plupart des personnes interviewées. Comme le souligne IFC3 : *« Ici, ils en ont besoin, car il y a parfois des disputes. »* De même, IFC4 précise : *« Justement s'il n'y a pas de feuille de route, on ne peut pas s'organiser vraiment, il faut avoir une feuille qui explique ce que tu as à faire. »*

Seul.e.s trois infirmier.ère.s en chef ont réussi à abandonner les listes de répartition des tâches. Dans ces cas, certains membres du personnel sont désignés comme référents pour une unité ou un étage et possèdent une connaissance approfondie des résidents et de leurs habitudes.

Dans l'un des établissements, un participant a tenté de supprimer les listes de répartition des tâches, afin de promouvoir davantage l'autonomie du personnel, mais cela n'a pas fonctionné : IFC3 explique : « *On a essayé de travailler sans répartition des tâches parce qu'on trouvait que ça rentrait dans le modèle Tubbe, mais ça n'a pas pris. (...) On a réessayé il n'y a pas très longtemps, mais chassez le naturel, il revient au galop. (...) C'était pour que chacun travaille de manière autonome comme il a envie et à la vitesse qu'il veut, selon son humeur du jour, son ressenti.* »

Tous les infirmier.ère.s en chef disposent d'un logiciel de gestion des dossiers de soins composé de plusieurs modules permettant de consigner toutes les informations concernant les résidents. L'utilisation de ces logiciels n'est pas une nouveauté en MRS, mais ces outils restent cruciaux pour la planification et la mise à jour des dossiers de soins : « *Les plans de soins sont un peu journaliers entre guillemets parce que ça change tout le temps* » (IFC1).

En résumé, l'implémentation du modèle Tubbe a conduit à des changements dans certains établissements en ce qui concerne la planification des soins, notamment l'abandon des listes de répartition des tâches et des feuilles de route et ce dans le but de favoriser l'autonomie du personnel, mais également de leur offrir plus de flexibilité.

d) Intervention

Il ressort des entretiens que l'implémentation du modèle a permis au personnel de bénéficier d'une plus grande liberté dans la réalisation des soins. Contrairement aux pratiques traditionnelles où des horaires stricts étaient souvent imposés tels que la réalisation des soins d'hygiène ou des soins avant une certaine heure, les infirmier.ère.s en chef n'imposent plus de contraintes temporelles précises pour les soins quotidiens, privilégiant les habitudes et les préférences des résidents. Ils encouragent le personnel à respecter les choix des résidents et à s'organiser en fonction de ceux-ci : « *Je leur dis toujours, pour moi que vous commenciez par A ou par U, peu m'importe à partir du moment où vous respectez l'habitant et ses choix et cela se passe vraiment bien* » (IFC1).

La flexibilité dans les tâches est un élément récurrent dans tous les entretiens. D'après les infirmier.ère.s en chef, cela permet d'adapter le travail aux besoins évolutifs des résidents, et ce, quotidiennement : « *On bannit les heures c'est-à-dire : on va finir à 11h sa toilette ou je vais finir mes pansements pour telle heure* » (IFC1).

Pour certains participants, malgré l'existence de listes de répartition et de feuilles de route, il n'y a pas d'ordre de passage imposé. Cela renforce le sentiment des résidents de sentir comme chez eux et maîtres de leur routine. IFC3 mentionne : « *On refonctionne avec des listes, mais il n'y a pas d'ordre de passage (...). Ils sont chez eux.* »

En conclusion, l'implémentation du modèle Tubbe a apporté des changements significatifs dans les interventions. En accordant une plus grande liberté au personnel de soins et en éliminant les contraintes temporelles strictes, le modèle permet de privilégier les habitudes et les préférences des résidents, favorisant ainsi un environnement personnalisé et plus respectueux.

e) Évaluation

L'évaluation est une composante essentielle du rôle des infirmier.ère.s en chef interviewé.e.s. La majorité d'entre eux effectuent des contrôles aléatoires dans les différents étages. Certains ont créé un outil de vérification sous forme de liste et pour d'autres il s'agit d'un contrôle visuel. Bien que les personnes interviewées semblent avoir confiance en leur équipe, elles mentionnent toutes que le contrôle fait partie de leurs tâches. Cette pratique reste ainsi conforme aux responsabilités des infirmier.ère.s en chef et ne constitue pas un changement suite à l'implémentation du modèle Tubbe.

IFC3 : « *On a une obligation de faire des évaluations de soins (...) par nos responsables* » (...) *j'évalue de manière continue et puis une fois je vais rentrer dans une chambre, je vais faire une toilette ou (...) et puis je vois.* »

Dans le cas des MRS appartenant à un groupe, des audits qualité sont réalisés afin d'évaluer la qualité des soins entre autre : « *On a des audits soins, vraiment spécifiques soins et un audit qualité qui est fait par notre responsable qualité.* » (IFC4).

Comme mentionné plus haut, le modèle Tubbe met également l'accent sur l'implication des résidents dans le processus de soins. Cette participation active fournit des retours directs et précieux qui sont intégrés dans les évaluations pour ajuster et personnaliser les soins en continu et de manière plus efficace.

Le Tableau 9 synthétise les principales améliorations apportées suite à l'implémentation du modèle Tubbe par rapport aux différentes étapes de la démarche de soins.

Tableau 9

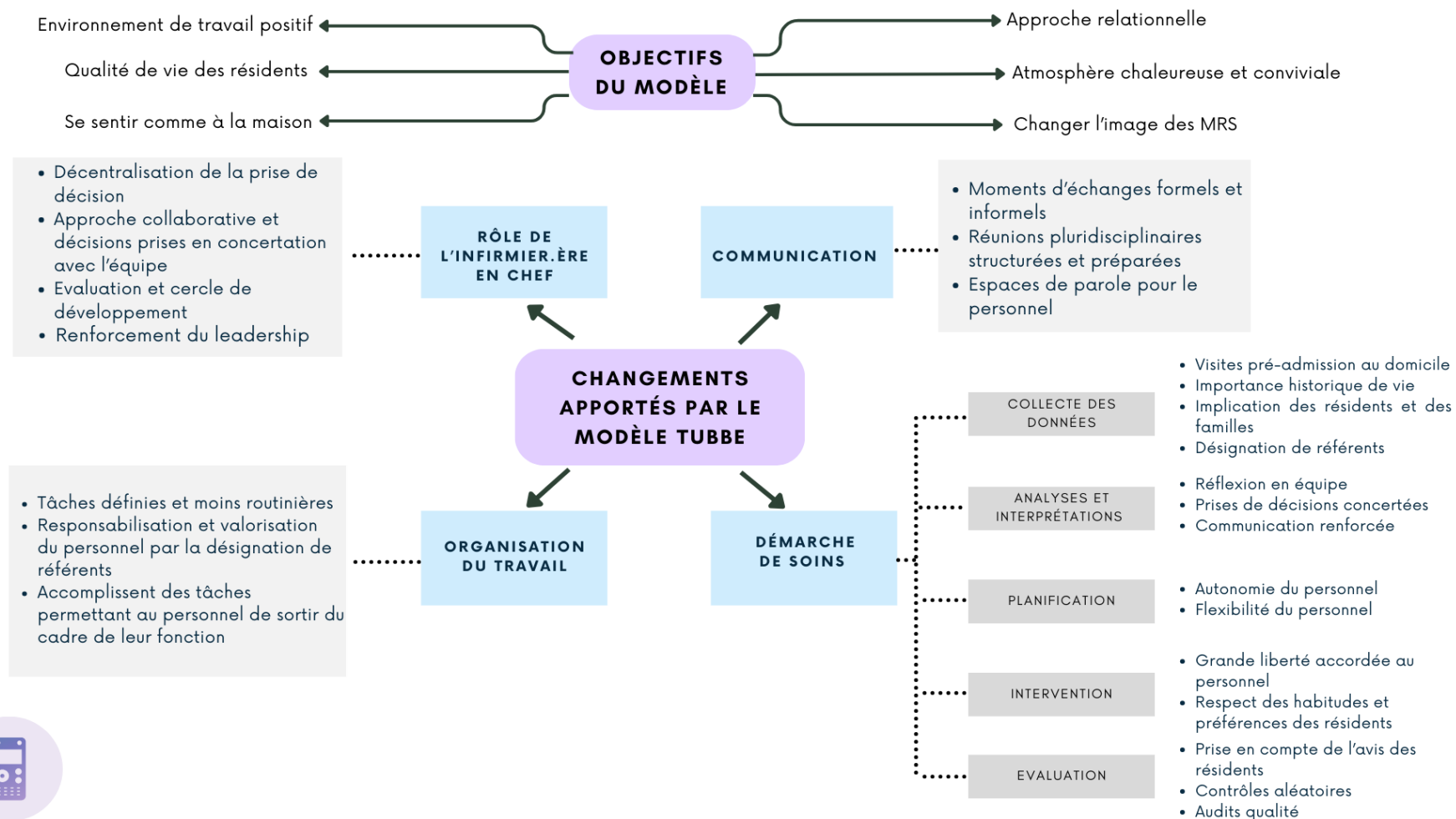
Démarche de soins et améliorations apportées par le modèle Tubbe

Étape de la démarche de soins	Changements apportés par le modèle Tubbe
Collecte des données	○ Visites à domicile avant l'admission pour recueillir des informations détaillées sur les habitudes de vie et les soins. ○ Implication des résidents ○ Implication des familles ○ Désignation de référents par résident pour un suivi continu ○ Participation du personnel nommé personne de référence pour les résidents avec troubles cognitifs
Analyses et interprétations	○ Réflexion en équipe lors des réunions pluridisciplinaires ○ Prise des décisions de manière concertée ○ Communication renforcée ○ Implication de toutes les parties prenantes dans les soins
Planification	○ Abandon pour certains établissements des listes de répartition des tâches et des feuilles de route pour favoriser l'autonomie du personnel ○ Flexibilité accrue du personnel de soins dans l'organisation des tâches quotidiennes
Intervention	○ Plus grande liberté dans la réalisation des soins ○ Pas de contraintes temporelles strictes, respect des habitudes et préférences des résidents avant tout ○ Encouragement du personnel à s'adapter aux besoins des résidents
Évaluation	○ Prise en compte de l'avis des résidents ○ Contrôles aléatoires par les infirmier.ère.s en chef ○ Audits qualité réguliers dans les MRS appartenant à un groupe

La carte mentale suivante représente les objectifs du modèle Tubbe et les changements apportés dans l'organisation des soins suite aux entretiens menés auprès des infirmier.ère.s en chef au sein des maisons de repos et de soins.

Carte mentale 2

Synthèse des résultats suite aux entretiens menés auprès des infirmier.ère.s en chef



3. Discussion

Ce mémoire a pour objectif d'identifier les changements dans l'organisation des soins et de comprendre l'évolution du rôle des infirmier.ère.s en chef suite à l'implémentation du modèle Tubbe dans les maisons de repos et de soins. Pour cela, la question de recherche posée est la suivante :

Quels sont les changements observés par les infirmier.ère.s en chef dans l'organisation des soins suite à l'implémentation du modèle Tubbe dans leur maison de repos et de soins ?

Pour y répondre, deux hypothèses ont été formulées : le modèle Tubbe modifie l'organisation des soins en MRS et change la manière dont les infirmier.ère.s en chef exercent leur rôle.

Ce chapitre consacré à la discussion se concentrera sur les éléments permettant de valider ou non ces hypothèses, en examinant le rôle des infirmier.ère.s en chef et l'impact du modèle Tubbe sur l'organisation des soins à la lumière des données recueillies lors des entretiens, ainsi que des éléments du cadre conceptuel et d'autres études.

3.1. Le modèle Tubbe

Le modèle Tubbe, en prônant la co-construction entre les résidents et le personnel dans la gestion de la maison de repos, met l'accent sur le maintien de l'autonomie des personnes âgées ainsi que leur responsabilisation dans la mesure de leurs compétences. Cette approche permet aux résidents de retrouver un sentiment d'utilité et d'estime de soi, indispensable à leur qualité de vie. En parallèle, le modèle valorise le personnel soignant, ce qui, par répercussion améliore leur satisfaction au travail. Les entretiens menés avec les infirmier.ère.s en chef dans les différentes maisons de repos et de soins (MRS) confirment que les changements observés au sein de leur établissement s'alignent bien avec les principes du modèle Tubbe détaillés dans le cadre conceptuel de ce mémoire, tout en mettant en lumière certains défis et variations dans leur mise en œuvre. Les entretiens démontrent également que les objectifs du modèle sont intégrés par les infirmier.ère.s en chef.

Dans le cadre de l'implémentation du modèle Tubbe, l'organisation des soins au sein des MRS a subi des changements significatifs tant au niveau micro qu'au niveau méso (Macq, 2024).

Au niveau micro, le modèle Tubbe insiste sur l'importance des interactions entre le personnel de soins, les résidents et leurs proches. Les entretiens révèlent que des visites pré-admission au domicile des résidents, effectuées par le personnel de la MRS, sont devenues une pratique courante. Ces visites permettent de recueillir des informations détaillées sur les habitudes de

vie des résidents et d'impliquer les familles dès le début du processus de soin. Cette approche favorise une communication étroite et une collaboration continue, créant ainsi un environnement plus familial et convivial pour les résidents.

Au niveau méso, le modèle Tubbe encourage la prise de décision partagée et la réflexion collective au sein des MRS notamment lors des réunions pluridisciplinaires qui sont plus structurées et mieux préparées. En ce qui concerne l'organisation des soins, les entretiens montrent que la désignation de référents parmi le personnel permet un suivi continu et personnalisé des résidents. Cette pratique valorise le personnel en leur donnant des responsabilités supplémentaires et améliore la coordination des soins.

Au niveau macro, certaines contraintes sont mentionnées par certains infirmier.ère.s en chef, notamment les réglementations en vigueur qui peuvent parfois limiter la flexibilité et l'innovation souhaitées par le modèle Tubbe.

Les résultats des entretiens indiquent que ces pratiques ont conduit à une meilleure organisation interne et à une coordination plus efficace entre les différents services. Le Professeur Jean Macq (2024) souligne dans son cours intitulé « Organisation des soins, de systèmes et réseaux locaux de soins de santé » que toute décision visant à améliorer l'organisation des soins doit débiter au niveau micro, autrement dit là où ont lieu les interactions entre le personnel de soins et les résidents ainsi que leurs proches, et au niveau méso, c'est-à-dire au niveau de l'organisation interne de la MRS, de la coordination entre les différents départements et services à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières pour assurer le bon fonctionnement général.

Selon ce cours, l'implication des patients et autres intervenants dans la prise de décision est soulignée comme un des facteurs de gouvernance idéale (Macq, 2024). « Avoir le choix, pouvoir prendre des décisions et assumer une responsabilité personnelle, cela signifie pour la personne qu'elle n'est pas complètement dépendante des autres et lui donne de l'amour-propre. Se sentir une personne et non un objet déterminé par autrui constitue un élément essentiel de la qualité de vie » (Pörtner, 2016). En permettant aux résidents de participer à la prise de décision dans divers domaines, le modèle Tubbe permet aux résidents de se sentir pris en compte, rendant leur milieu de vie en maison de repos et de soins plus semblable à celui de chez soi.

Un autre point soulevé par Professeur Macq (2024) et qui rejoint les objectifs du modèle Tubbe, concerne la démarche des soins qui doit élargir celle des soins proprement dits et tenir compte des objectifs de vie du patient : « Dans cette approche, le but n'est pas d'améliorer que la santé « objectivable » des individus, mais de leur permettre d'atteindre leurs « objectifs de vie » dans leur environnement, y inclus la communauté dont ils font partie. Ce n'est pas la maladie qui compte, mais le fait de « se sentir bien. » Et pour le « se sentir bien » du patient, l'approche des soignants doit tenir compte d'éléments tant sociaux que culturels, du vécu de la personne en lui laissant également une grande part d'autonomie « grâce à l'empowerment (contribuer au renforcement des capacités des personnes » (Macq, 2024). Il faut donc offrir aux résidents une qualité de vie qui va au-delà de la maladie, de la vieillesse, encore un objectif du modèle Tubbe.

3.2. Le rôle de l'infirmier.ère en chef

Les infirmier.ère.s en chef interrogé.e.s ont mis en avant l'importance du travail en équipe et des interactions entre les membres du personnel, particulièrement lorsqu'il s'agit d'être confrontés à des situations complexes. L'infirmier.ère en chef doit donner l'impulsion nécessaire à cette interaction et l'encourager.

En partageant ses responsabilités avec son équipe, l'infirmier.ère en chef transforme les membres du personnel de simples exécutants en acteurs proactifs, augmentant ainsi leur satisfaction.

L'infirmier.ère en chef joue un rôle de coach, à l'instar de la direction, en créant une dynamique de collaboration entre tous les intervenants et en favorisant leur coopération. Il.elle doit insuffler à son équipe la volonté d'un accompagnement constructif, accompagnement qui « permet à un individu ou un groupe de trouver en lui, en toute autonomie, les solutions à une problématique. Individus et groupes sont ainsi responsables de leurs choix et acteurs de leur évolution » (Parmantier, 2022).

Diriger une équipe de soignants nécessite de créer un environnement où chacun se sent intégré, peut affirmer son identité et coopérer avec les autres. Une équipe est définie comme « un petit groupe de personnes ayant des compétences complémentaires, qui s'engagent vers un but, des objectifs de performances et des méthodes de travail en commun dont elles sont mutuellement responsables » (Katzenback et Smith, 1993, cité par Parmentier, 2022). Pour qu'une équipe soit efficace, il faut développer des objectifs communs ayant du sens et motiver l'équipe à les atteindre (Dumas et al., 2016).

Cependant, lorsque la vision du personnel diffère de celle du modèle, comme mentionné dans le rapport d'évaluation des projets pilotes, la collaboration devient plus compliquée, entraînant parfois la démission de plusieurs membres du personnel (Heylen et al., 2019).

L'infirmier.ère en chef a également pour rôle de responsabiliser chaque membre de l'équipe en les incitant à participer à l'organisation des soins selon leurs compétences (Dumas et al., 2016). Les cercles de développement mis en place par plusieurs infirmier.ère.s en chef constituent un moyen efficace pour aider le personnel à développer ses compétences.

Bien que la réglementation en matière de MRS impose un nombre d'heures de formation pour chaque membre du personnel, prendre en compte les avis et les envies de chaque personne en matière de formation est essentiel. Ces cercles encouragent une formation continue personnalisée, permettant de mieux répondre aux défis complexes rencontrés dans les MRS et d'augmenter l'engagement et la satisfaction du personnel, qui font partie des objectifs du modèle Tubbe.

Le modèle Tubbe préconise également une co-construction avec la direction, le personnel et les résidents. Comme mentionné dans le cadre conceptuel, le modèle Tubbe renverse la pyramide hiérarchique traditionnelle, avec la direction au sommet et les résidents à la base. Ce renversement de pyramide hiérarchique transparaît clairement dans tous les entretiens.

En effet, les entretiens ont montré que l'implémentation du modèle Tubbe a favorisé une décentralisation de la prise des décisions, impliquant davantage le personnel et les résidents dans la planification et l'organisation des soins. Cette approche participative est cohérente avec les principes du modèle, car elle permet de mieux répondre aux besoins et aux attentes de chacun. Lors des entretiens, les infirmier.ère.s en chef ont noté une plus grande cohésion au sein de leurs équipes et une capacité renforcée à résoudre les problèmes de manière collective, ce qui contribue à un environnement de travail plus harmonieux et efficace.

De nombreuses recherches mettent en évidence le lien entre le leadership et la satisfaction au travail du personnel soignant. Pour Rochette et Ceccato (2022), l'infirmier.ère en chef prend part à l'orientation des actions et à l'innovation. Selon ces mêmes auteurs, accorder de l'importance au personnel soignant est une valeur organisationnelle aussi essentielle que celle donnée aux patients. Les auteurs précisent : « Elle est un déterminant majeur du comportement organisationnel et une base nécessaire pour transformer le système de santé en permettant à ces personnes de s'emparer d'une autonomie pour exprimer leur créativité et capacité à prendre part à l'amélioration continue. (...) Cette attention portée au personnel soignant constitue une

manière de repenser l'organisation en créant les conditions pour attirer et retenir le personnel soignant en offrant un cadre organisationnel repensé » (Rochette & Ceccato, 2022).

Cette perspective rejoint les principes du modèle Tubbe et pourrait également servir à attirer le personnel soignant dans les maisons de repos et de soins en valorisant leur autonomie et en renforçant leur engagement.

Les éléments ci-dessus confirment l'hypothèse selon laquelle le modèle Tubbe modifie le rôle de l'infirmier.ère en chef, le transformant en un coach. Cette évolution, selon les personnes interviewées, apporte une meilleure cohésion et un engagement accru des membres du personnel, notamment grâce à la valorisation de l'autonomie et à la responsabilisation. Ces changements marquent une évolution significative par rapport au rôle traditionnel plus hiérarchique et centré sur la supervision directe des tâches.

Toutefois, ces changements apportent également leur lot de défis tels que la gestion du changement, les visites pré-admission au domicile qui varient en fonction des ressources de la MRS, ou encore la complexité de la communication avec les familles, les résidents et le personnel. Cela nécessite de former continuellement le personnel à la communication et à l'utilisation des outils technologiques pour faciliter la communication et la gestion des informations.

3.3. L'organisation du travail

Des facteurs tels que la stabilité du personnel et la présence régulière des mêmes membres d'une équipe dans une unité, ainsi que la désignation de référents parmi le personnel, facilitent l'instauration de routines flexibles (INESSS, 2020).

Boumans et al. (2019) indiquent que dans les établissements de plus petite taille, il est plus facile de personnaliser les soins et d'encourager une communication étroite entre le personnel, les familles et les résidents. En effet, les résultats démontrent que plusieurs infirmier.ère.s en chef affectent le même personnel à une unité de vie pendant plusieurs jours pour assurer une meilleure continuité des soins et avoir une meilleure connaissance des habitudes des résidents. En outre, cette pratique permet de responsabiliser le personnel d'après les entretiens menés.

De plus, accorder de l'autonomie au personnel dans leur travail facilite l'individualisation des routines et de contribuer à la satisfaction au travail (Donnelly & MacEntee, 2016). Les auteurs soulignent que lorsque le personnel a la liberté de s'adapter aux besoins individuels des résidents, cela peut mener à des expériences de soins plus positives et à une meilleure qualité de vie pour les résidents, tout en améliorant la motivation et l'engagement des soignants.

Roberts et al. (2019) souligne que l'affectation du personnel aux résidents présente des avantages significatifs pour la qualité des soins et la satisfaction des résidents.

Cette pratique est perçue positivement par les résidents, contribuant à des relations plus solides, une meilleure personnalisation des soins, et un sentiment accru de sécurité et de confiance.

3.4. La démarche de soins

La démarche en soins infirmiers est un processus utilisé par les infirmier.ère.s. Les résultats des entretiens ont montré que cette démarche de soins est effectivement mise en pratique, mais sans être explicitement mentionnée par les infirmier.ère.s en chef interviewé.e.s. En effet, même si cette démarche n'a pas été directement évoquée lors des entretiens, les questions posées et les réponses fournies révèlent que cette dernière est intégrée de manière implicite dans leurs pratiques quotidiennes.

Cette démarche, rappelons-le, se décompose en cinq étapes décrites par (Foucault & Mongeau, 2004), allant de la collecte des données pertinentes pour l'organisation des soins d'un résident à l'évaluation permettant aux infirmier.ère.s en chef et à l'équipe de s'assurer que les soins prodigués étaient efficaces et correspondaient aux besoins du résident. Le rôle de l'infirmier.ère en chef est donc de veiller à ce que ces étapes soient respectées afin de garantir l'adéquation des soins donnés au résident, à sa pathologie, mais aussi à son bien-être. L'efficacité de cette démarche se marquera par une communication fluide entre les parties concernées, mais évitera également les routines de travail pouvant engendrer une démotivation chez le personnel. Ainsi, en accordant une plus grande flexibilité dans les tâches à accomplir, l'infirmier.ère en chef stimulera l'investissement du personnel.

Dans le cadre du modèle Tubbe, la *collecte de données* ne se limite pas à l'évaluation clinique traditionnelle. Les résultats montrent que les infirmier.ère.s en chef et leur équipe effectuent des visites pré-admission au domicile des futurs résidents, ce qui permet de recueillir des informations détaillées sur leurs habitudes de vie, leurs préférences et leurs besoins spécifiques. Ces visites, mentionnées par plusieurs infirmier.ère.s en chef permettent de mieux préparer l'admission et d'adapter les soins de manière proactive, ce qui est important pour augmenter la satisfaction des résidents. La personnalisation des soins grâce à la collecte d'informations détaillées est une pratique clé du modèle Tubbe. Cette approche est alignée avec les recommandations de la littérature qui suggèrent que les soins centrés sur la personne améliorent la qualité de vie et la satisfaction des résidents (Davies et al., 2023).

De plus, l'implication des familles est une autre dimension essentielle du modèle, comme le montrent les témoignages des infirmier.ère.s en chef qui soulignent l'importance de travailler avec les familles pour recueillir des informations supplémentaires notamment pour les résidents souffrant de troubles cognitifs. Selon Gaugler et al. (2004) l'engagement des familles dans le processus de soins améliore la satisfaction globale et la qualité des soins perçue.

En outre, la désignation de référents pour chaque résident permet de suivre de manière continue et précise l'évolution des besoins et des préférences des résidents. Cette pratique est cohérente avec les modèles de soins centrés sur la personne, qui prônent une approche de soins individualisée et continue (Marulappa et al., 2022). Les référents jouent un rôle crucial en assurant une communication constante que ce soit avec le résident, sa famille et les membres de l'équipe.

L'analyse et interprétations des données dans le modèle Tubbe inclut une dimension plus holistique, intégrant non seulement les aspects physiques, mais aussi les aspects psychosociaux des résidents. Elle prend en compte l'autonomie, la qualité de vie et les objectifs de vie des résidents, tel que mentionné dans le cours du Professeur Macq (2024) sur l'organisation des soins et qui préconise une approche centrée sur les objectifs de vie des patients.

Les résultats des entretiens menés auprès des infirmiers en chef en maisons de repos et de soins (MRS) mettent en évidence que les informations collectées sur les résidents sont systématiquement analysées en équipe lors des réunions pluridisciplinaires. Cette approche collaborative permet de bénéficier de perspectives variées et de prendre des décisions concertées comme expliqué par les infirmier.ère.s en chef interviewé.e.s.

Les réunions pluridisciplinaires permettent également de partager des perspectives différentes, ce qui enrichit la compréhension des besoins complexes des résidents et facilite la mise en œuvre de plans de soins plus adaptés et individualisés.

En outre, en dehors de ces réunions pluridisciplinaires, des informations importantes sur les résidents sont échangées de manière continue pour répondre quotidiennement aux besoins des résidents. Cette communication renforcée entre les membres de l'équipe soignante permet une adaptation rapide et efficace aux changements dans l'état de santé des résidents, contribuant ainsi à une meilleure qualité des soins.

Les entretiens ont montré que la réflexion collective est favorisée et la participation active des résidents dans les décisions les concernant est encouragée contribuant ainsi à une meilleure qualité des soins.

La **planification** quant à elle, est enrichie par la participation active des résidents et de leurs familles. Les infirmier.ère.s en chef et leur équipe développent des plans de soins individualisés en collaboration avec les résidents, en fixant des objectifs qui répondent à leurs besoins et aspirations. Cette co-construction favorise une plus grande adhésion et un engagement accru des résidents dans leur propre plan de soins. Il est également crucial de tenir compte des besoins spécifiques des personnes souffrant de troubles cognitifs, qui nécessitent une prise en charge adaptée.

La mise en œuvre des **interventions** est caractérisée par la décentralisation des prises de décision et la responsabilisation des membres du personnel. Les référents désignés parmi le personnel assurent un suivi continu et personnalisé, améliorant ainsi la coordination des soins. Les infirmier.ère.s en chef encouragent une dynamique de collaboration et une communication efficace entre tous les intervenants, y compris les résidents et leurs familles, ce qui est essentiel pour la mise en œuvre réussie des interventions.

Bien que l'implémentation du modèle Tubbe ait apporté de nombreux changements positifs, les horaires du personnel n'ont pas été modifiés de manière significative, en raison des contraintes liées à certaines tâches indispensables, comme la préparation et la distribution des médicaments.

L'**évaluation** implique une réévaluation continue de l'état de santé des résidents et de l'efficacité des interventions à travers les réunions pluridisciplinaires organisées de manière hebdomadaire, des réunions et de remise de service.

La démarche en soins infirmiers repose sur une évaluation complète et individualisée des résidents. En intégrant cette démarche, le personnel de soins ne se limite pas aux traitements des symptômes uniquement, mais englobe une vision holistique du résident. Cela permet de formuler des plans de soins personnalisés qui répondent non seulement aux besoins cliniques, mais aussi aux dimensions plus larges de la vie du patient, assurant ainsi une prise en charge plus complète et plus humaine.

Selon Beabi et Yatim (2018), une vision étendue des besoins du résident, de ses interactions avec son environnement et de son état clinique nécessite une approche impliquant tous les acteurs, qu'ils interviennent directement ou indirectement dans ses soins et son parcours de vie. Comme souligné précédemment cela relève du rôle de l'infirmier.ère en chef.

De plus, selon ces mêmes auteurs, pour améliorer la qualité des soins, il est essentiel de considérer les particularités cliniques de chaque patient et d'intégrer ses besoins spécifiques. Les solutions mises en place doivent ainsi tenir compte de diverses dimensions, incluant les aspects socioéconomiques, psychologiques, éthiques et culturels de chaque individu, ainsi que les interactions entre ces éléments et leurs effets sur la santé. Les auteurs ajoutent : « Par rapport aux pratiques traditionnelles, l'innovation réside dans une meilleure reconnaissance du patient et des problèmes qu'il rencontre dans son rapport aux services, ce qui favorisera un recentrage sur le patient, soit l'un des fondements conceptuels de tous les nouveaux modèles d'organisation des services porté par l'OMS » (Davies et al., 2023). Le modèle Tubbe, avec son approche centrée sur le patient et ses principes s'aligne parfaitement avec cette vision personnalisée des soins.

En conclusion, la démarche en soins infirmiers, lorsqu'elle est appliquée dans le contexte du modèle Tubbe, permet de structurer et d'organiser les soins de manière à répondre aux besoins individuels des résidents tout en valorisant et en responsabilisant le personnel soignant. Cela conduit à un environnement de soins plus humain et plus efficace, centré sur la qualité de vie des résidents et le bien-être des soignants.

3.5. Limites de l'étude

Les données récoltées proviennent d'un nombre limité d'infirmier.ère.s en chef, travaillant dans des MRS ayant adopté le modèle Tubbe depuis un certain nombre d'années. Étant donné que l'échantillon inclut des établissements ayant implémenté le modèle depuis 1 an à 8 ans, l'expérience est encore récente pour certains, et des aspects du modèle sont encore en phase d'expérimentation. Le modèle Tubbe, étant flexible et adaptable, peut prendre différentes formes selon chaque établissement. En effet, il n'existe pas de « mode d'emploi » pour l'application du modèle Tubbe et chaque MRS peut donc décider indépendamment des aspects du modèle qu'elle souhaite mettre en œuvre. Cette diversité dans l'implémentation a pu rendre l'identification de tous les changements complexes. Dès lors, certains aspects pourraient être sous-évalués ou négligés. De plus, il peut être difficile d'isoler les effets spécifiques du modèle Tubbe des autres initiatives ou changements organisationnels en cours dans l'établissement et qui ne sont pas connus.

En ce qui concerne la méthodologie, j'ai eu recours à des entretiens semi-dirigés, ce qui signifie qu'ils se sont déroulés selon un cadre relativement précis.

L'utilisation d'entretiens semi-dirigés, bien que riche en informations, peut ne pas fournir une image complète des changements organisationnels. De plus, les perceptions de chaque intervenant sont subjectives, d'autant plus que l'adoption du modèle varie d'un établissement à l'autre.

Les réponses apportées par les infirmier.ère.s en chef peuvent être aussi biaisées par leur désir de paraître conformes aux principes du modèle Tubbe. L'impression générale qui s'est dégagée des entretiens était positive, sans réelle remise en question de l'un ou l'autre aspect du modèle, le tout marqué d'un certain enthousiasme. Il s'agit d'un biais de désirabilité sociale.

Les résultats ont permis de démontrer que des changements positifs sont observés, mais il est difficile de déterminer si ces changements perdureront dans le temps, en particulier en cas de changement de direction ou d'infirmier.ère en chef.

En conclusion, bien que ce mémoire fournisse plusieurs éléments sur les changements apportés par le modèle Tubbe dans les MRS, les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison des biais possibles et de la variabilité et flexibilité de l'implémentation. Ces limitations soulignent l'importance de poursuivre les recherches pour obtenir une compréhension plus complète et nuancée des impacts du modèle Tubbe sur l'organisation des soins en maisons de repos et de soins.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

A travers ce mémoire, nous avons tenté d'identifier les changements apportés suite à l'implémentation du modèle Tubbe en répondant à la question suivante :

Quels sont les changements observés par les infirmier.ère.s en chef dans l'organisation des soins suite à l'implémentation du modèle Tubbe dans leur maison de repos et de soins ?

Le modèle Tubbe a pour objectif de recentrer les soins et la vie en maison de repos et de soins sur le résident, ses attentes, ses compétences, en permettant une participation active à la vie de l'établissement. Les résidents sont encouragés, non seulement à participer aux activités proposées, mais aussi à les organiser et à collaborer avec le personnel et la direction de la MRS, entraînant ainsi un renversement de la pyramide hiérarchique. Les infirmier.ère.s en chef voient leur rôle évoluer en ce sens et se montrent davantage à l'écoute de leur équipe et recherchent ensemble les solutions aux difficultés rencontrées. Cette approche vise à renforcer le bien-être, l'engagement et la motivation de chacun.

Si certains aspects de l'organisation des soins restent inchangés, tels que les horaires du personnel de soins organisés en trois shift et le travail administratif, des changements significatifs sont observés par les infirmier.ère.s en chef. En effet, la communication est renforcée et les routines de travail deviennent plus flexibles. En outre, des changements ont été constatés dans les différentes étapes de la démarche de soins, allant de la collecte des données à l'évaluation.

Les infirmier.ère.s en chef mentionnent cependant certaines contraintes organisationnelles tout en les minimisant. Il serait dès lors pertinent d'explorer les avis et les expériences du personnel concernant ces changements pour mieux comprendre les défis et les opportunités liés à l'implémentation du modèle Tubbe.

Ces évolutions témoignent d'une transformation prometteuse visant à améliorer le fonctionnement des MRS. Les ajustements observés pourraient avoir un impact réel sur la qualité des services offerts et le bien-être des résidents et du personnel, un impact qu'il serait pertinent d'évaluer dans de futures études.

Dès lors, il est pertinent de se demander si ces changements sont suffisants pour induire un changement de paradigme sur la manière de prendre soin de nos aînés dans les MRS. Cette question mérite d'être explorée davantage par des études approfondies.

BIBLIOGRAPHIE

- Age Platform Europe. (2010). *Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée*. Age Platform. https://www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter_FR.pdf
- Agence wallonne pour une vie de qualité. (2024, avril 10). *Maison de repos | AVIQ*. AVIQ. <https://www.aviq.be/fr/hebergement/aines/maison-de-repos>
- Ameline, S., & Levannier, M. (2021). Chapitre 7. Démarche d'accompagnement personnalisé à partir de la situation et du projet individuel de la personne. In *DEAS* (p. 31-34). Vuibert. <https://www.cairn.info/deas--9782311660791-p-31.htm>
- Aujoulat, I. (2021). *Cours : WFSP2106—Introduction aux méthodes qualitatives*. <https://moodle.uclouvain.be/course/view.php?id=2093>
- Boumans, J., van Boekel, L. C., Baan, C. A., & Luijkx, K. G. (2019). How Can Autonomy Be Maintained and Informal Care Improved for People With Dementia Living in Residential Care Facilities : A Systematic Literature Review. *The Gerontologist*, 59(6), e709-e730. <https://doi.org/10.1093/geront/gny096>
- Bureau fédéral du Plan, & Statbel. (2019). *Perspectives démographiques 2018-2070- Population et ménages*. Bureau fédéral du Plan. https://www.plan.be/uploaded/documents/201901240958590.FOR_POP1870_11813_F.pdf
- Busnel, C., Ludwig, C., & Da Rocha Rodrigues, M. G. (2020). La complexité dans la pratique infirmière : Vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 140(1), 7-16. <https://doi.org/10.3917/rsi.140.0007>
- Davies, M., Zúñiga, F., Verbeek, H., Simon, M., & Staudacher, S. (2023). Exploring Interrelations Between Person-Centered Care and Quality of Life Following a Transition Into Long-Term Residential Care : A Meta-Ethnography. *The Gerontologist*, 63(4), 660-673. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac027>
- Denys, F., Kullak, A., Cordier, C., & Herbaux, V. (2021). *Réformer nos maisons de repos & développer une authentique politique d'accompagnement des seniors* (p. 48). <https://www.cjg.be/reformer-nos-maisons-de-repos/>

Dispa, M.-F. (2019, juin). *Des maisons où il fait bon vivre et travailler le modèle Tubbe : Une inspiration scandinave dans les maisons de repos et de soins*. Fondation Roi Baudouin. <https://media.kbs-frb.be/fr/media/7653/20190612avc.pdf>

Donnelly, L., & MacEntee, M. I. (2016). Care Perceptions among Residents of LTC Facilities Purporting to Offer Person-Centred Care. *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 35(2), 149-160. <https://doi.org/10.1017/S0714980816000167>

Dumas, M., Douguet, F., & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : Ce qui fait équipe ? *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 20, 5(1), 45-67. <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>

Ead, H. (2019, septembre 16). *Application de la démarche de soins dans un service de soins de santé complexe*. <https://community.cna-aiic.ca/dev-cn-french/blogs/ic-contenu/2019/09/16/application-de-la-demarche-de-soins-dans-un-servic>

Favre, N. (2017). L'approche Montessori dans l'accompagnement de nos aînés porteurs de troubles cognitifs: *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, N° 130(3), 85-92. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.130.0085>

Fédération des maisons de repos. (2020). *3e et 4e âge, une opportunité de créer 125 000 emplois en 30 ans* (p. 40). https://femarbel.be/wp-content/uploads/2020/01/10_Analysedelaprise_bassedev-1.pdf

Fondation Roi Baudouin. (2024, avril 13). *Grâce à Tubbe, près de 200 maisons de repos et de soins mettent leurs résidents aux commandes !* Fondation Roi Baudouin. <https://kbs-frb.be/fr/grace-tubbe-pres-de-200-maisons-de-repos-et-de-soins-mettent-leurs-residents-aux-commandes>

Foucault, C., & Mongeau, S. (2004). 2. Le processus de planification des soins. In *L'art de soigner en soins palliatifs : Perspectives infirmières* (p. 16-29). Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.10610>

Gaugler, J. E., Anderson, K. A., Zarit, S. H., & Pearlin, L. I. (2004). Family involvement in nursing homes : Effects on stress and well-being. *Aging & Mental Health*, 8(1), 65-75. <https://doi.org/10.1080/13607860310001613356>

Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Noordhout, C. M. D., Obyn, C., Devos, C., Scohy, A., Vlayen, A., Yaras, H., Janssens, C., & Meeus, P. (2024). *Performance of the Belgian health system : Report 2024 – Supplement : Technical sheets for indicators – domains* (p. 209). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). rights-for-kce-publications.https://doi.org/10.57598/R376S3

Gineste, Y., Marescotti, R., & Pellissier, J. (2008). L'humanité dans les soins: *Recherche en soins infirmiers*, N° 94(3), 42-55. <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0042>

Guerrin, B. (2012). Démarche de soins. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 146-147). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0146>

Heylen, L., Meuris, C., Knaeps, J., Baldewijns, K., & Dispa, M.-F. (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* (3688; p. 109). <https://www.hers.be/images/documents-pdf/tubbe-hers-vers-un-nouveau-modele-cogestion-mrs.pdf>

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif: À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

INESSS. (2020). *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée—État des pratiques* (p. 158). Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Macq, J. (2024). *WFSP2101—Organisation des soins et systèmes de soins de santé*. <https://moodle.uclouvain.be/course/view.php?id=719>

Marulappa, N., Anderson, N. N., Bethell, J., Bourbonnais, A., Kelly, F., McMurray, J., Rogers, H. L., Vedel, I., & Gagliardi, A. R. (2022). How to implement person-centred care and support for dementia in outpatient and home/community settings: Scoping review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 541. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07875-w>

Moniteur belge. (2004, septembre 21). *Arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises*. JUSTEL. <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2004/09/21/2004022802/justel>

Moniteur belge. (2006, décembre 28). 28 DECEMBRE 2006. —Arrêté royal déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier, visé à l'article 17quater de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre. <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2006/12/28/2006122850/justel>

Moniteur belge. (2014, mars 9). 9 MARS 2014. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises. JUSTEL. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=14-04-10&numac=2014024114

Organisation mondiale de la santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé* (p. 267). Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241565042>

Parmantier, A. (2022). Le manager-coach au service de la coopération des équipes en EHPAD. *Projectics / Proyética / Projectique, Hors Série(HS)*, 179-203. <https://doi.org/10.3917/proj.hs03.0179>

Pörtner, M. (2016). L'Approche centrée sur la personne dans les soins quotidiens. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 22(1), 30-37. <https://doi.org/10.3917/acp.022.0030>

Psiuk, T. (2006). Évolution de la singularité vers l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers*, 84(1), 16-28. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0016>

Roberts, T. J., Nolet, K., & Bowers, B. (2019). Exploring Variation in Certified Nursing Assistant Assignments From the Perspective of Nursing Home Residents : A Comparison of Adopters and Nonadopters of Consistent Assignment. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 38(11), 1583-1594. <https://doi.org/10.1177/0733464817711963>

Rochette, C., & Ceccato, M. (2022). Innovation managériale à l'hôpital public : Une lecture à partir de l'empowerment infirmier. *Question(s) de management*, 39(2), 107-120. <https://doi.org/10.3917/qdm.219.0107>

Sebai, J., & Yatim, F. (2018). Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : Confluence et paradoxe. *Santé Publique*, 30(4), 517-526.
<https://doi.org/10.3917/spub.185.0517>

Stéphane, A., Marquet, M., & Missotten, P. (2022). *Maison de repos, maison de vie ?* ALTURA.

Tubbe. (s. d.). Tubbe. Consulté 17 janvier 2024, à l'adresse <https://tubbe.be/fr/tubbe/>

ANNEXE I

Guide d'entretien

Bonjour, et merci d'avoir accepté de vous entretenir avec moi aujourd'hui. Je vais commencer par me présenter : Je m'appelle Hanan Abbib, je suis infirmière de formation et travaille actuellement comme contrôleuse qualité au sein d'Iriscare. Dans le cadre du Master en Sciences de la santé publique que je termine cette année, je réalise un mémoire ayant pour thème l'impact du modèle Tubbe sur l'organisation des soins. Vous avez été retenue car vous êtes infirmier(ère) en chef dans une unité de soin où le modèle Tubbe a été mis en place. L'objectif de mon étude est d'identifier les types de changements opérés au niveau de l'organisation de soins au sein des maisons de repos et de soins (MRS) ayant implémenté le modèle Tubbe ; ainsi que de comprendre l'évolution du rôle de l'infirmier(ère) en chef au sein des MRS suite à cette implémentation.

Si cela vous convient, cet entretien sera enregistré afin que je puisse être la plus précise possible dans l'analyse de celui-ci. Toutefois, vous pouvez interrompre cet enregistrement à tout moment si vous le souhaitez. Je tiens également à préciser le caractère confidentiel de cet entretien. Celui-ci ne sera écouté que par moi-même. Si cela vous intéresse, je peux également vous transmettre les résultats de mon étude. Si oui, vous pouvez me communiquer une adresse e-mail. Avez-vous des questions concernant les modalités de l'entretien ? Confirmez-vous votre participation à cet entretien ?

Données générales sur la maison de repos et de soins

Nom de l'établissement :

Capacité totale :

Nombre de lits MRPA :

Nombre de lits MRS :

Année de la mise en place du modèle :

1. Profil de l'enquêté	- Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? Homme ou Femme ou autre ? Quelle est votre formation ? (<i>formation supplémentaire pour la fonction d'infirmier(ère) en chef</i>) Depuis quand travaillez-vous dans la maison de repos et de soins en tant qu'infirmier(ère) en chef ? (<i>Nombre de mois ou d'années</i>) - Pouvez-vous me décrire vos fonctions/tâches principales en tant qu'infirmier(ère) en chef ?
2. Le modèle Tubbe	- Pouvez-vous me parler de l'implémentation du modèle Tubbe au sein de votre établissement ? - Quels sont les objectifs visés par le modèle Tubbe ? - Pouvez-vous m'en dire plus sur la manière dont ce modèle a été accueilli au sein du service ? - Quels sont les changements apportés dans l'établissement ? - De quelle manière avez-vous implémenté le modèle Tubbe au niveau des soins ?
3. Rôle de l'infirmier en chef	- Qu'entendez-vous par " organisation des soins " ? (5 mots) - Comment organisez-vous les soins au sein de votre établissement depuis l'implémentation du modèle ? <u>Relance</u> : Quels sont les éléments qui influencent cette organisation des soins ? <u>Relance</u> : Comment encouragez-vous le personnel à adopter une approche plus flexible dans la dispensation des soins ? <u>Relance</u> : Quels ajustements pourraient être apportés aux horaires du personnel de soins pour mieux répondre aux besoins et aux préférences des résidents ? - Dans quelle mesure le modèle Tubbe favorise-t-il la collaboration entre les différents membres de l'équipe de soins ?

4. Démarche de soins	Collecte des données	Dans quelle mesure le modèle Tubbe a-t-il permis une approche plus individualisée des soins pour les résidents ? <u>Relance</u> : Quelle est l'implication des résidents dans les soins ? - Existe-t-il des outils ou des méthodes spécifiques utilisés dans le cadre du modèle Tubbe pour évaluer les besoins des résidents et élaborer des plans de soins personnalisés ?
	Analyse et interprétation des données	- Comment les données collectées sont-elles analysées ? - Vous appuyez-vous sur des méthodes ou des outils spécifiques ? - Quelles sont les parties prenantes impliquées dans l'analyse des données ?
	Planification	Comment le modèle Tubbe a-t-il influencé la planification des soins pour les résidents ?
	Intervention	- En quoi le modèle Tubbe influent-il l'équilibre entre le milieu de soins et le milieu de vie pour les résidents ? - Quels sont les changements que vous avez observés dans l'exécution des soins depuis le modèle l'implémentation du modèle Tubbe ? - Pouvez-vous me parler de la charge de travail depuis l'implémentation du modèle Tubbe ? Et au niveau de l'équipe ?
	Évaluation	- Comment évaluez-vous l'efficacité des soins dans votre service ? - Qui détermine les critères d'efficacité ? - De quelle manière les résidents participent-ils à l'évaluation des soins reçus depuis le modèle Tubbe ? - Comment répercutez-vous les informations transmises par les résidents sur les soins dans le plan de soins ? <u>Relance</u> : Parlez-moi de la satisfaction des résidents depuis la mise en place du modèle Tubbe ?

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. L'ensemble des informations que vous m'avez transmises sont vraiment importantes pour mener à bien ma recherche. Avez-vous des questions ou des éléments supplémentaires que vous souhaiteriez partager ? Je vous remercie pour votre précieuse collaboration.

ANNEXE II

Retranscription entretien IFC1

Moi: Le but de ma recherche, c'est vraiment de voir un peu au niveau de l'organisation des soins, qu'est-ce que le modèle Tubbe implique comme type de changement ? Parce que donc, on voit dans les maisons de repos, on va dire plus traditionnel, qu'il y a une organisation des soins très structurée, très cadrée. Et donc ici c'est de voir si avec le modèle Tubbe ou en tout cas la philosophie, il y a vraiment des réels changements à ce niveau-là. Et donc pourriez-vous pour commencer me parlez de votre parcours professionnel ?

IFC1: Alors mon parcours professionnel. j'ai ... En sortie d'études, j'ai travaillé pendant trois ans en soins intensifs à l'hôpital. Mais j'étais normalement embauché pour être, pour travailler en gériatrie parce que je voulais, je voulais déjà à la base travailler en gériatrie. C'était mon ... ma vision des choses et ils m'ont demandé. Ils m'ont dit comme c'était les congés, je finissais en juin et c'était les congés. Ils m'ont demandé un remplacement deux mois en soins intensifs qui a duré trois ans. Et puis après je suis parti parce que je voulais absolument travailler en gériatrie et j'ai eu l'opportunité de travailler en maison de repos directement. Donc je travaille à Nivelles. Et en même temps faire les soins à domicile. Et après je suis parti parce que mon domicile a pris une ampleur trop importante, donc j'ai dû quitter. J'ai dû quitter la maison de repos et j'ai été indépendant pendant dix ans. Et puis je suis revenu à mi-temps en maison de repos, dans une autre maison de repos sur Châtelineau. Et puis je suis passé directement au mois de juin, j'étais à mi-temps et en janvier, je passais à temps-plein tout en gardant le domicile. Et ici, ça fait maintenant. Je suis arrivé ici en 2016 en faisant des nuits. Donc j'étais infirmier de nuit, d'abord à mi-temps. Et là aussi ça va vite passer à temps-plein et, et par la suite, je gardais toujours du domicile. Et puis la proposition d'infi chef qui s'est présentée, ils m'ont proposé à moi. Il n'y avait pas de poste ouvert, mais ils me l'ont présenté. Donc et après réflexion, je suis passé infi chef et j'ai fait une année de formation.

Moi: Voilà, c'était ma question suivante.

IFC1: Formation ici.

Moi: En interne ?

IFC1: Oui

Moi: Et donc ça fait combien d'années que vous êtes infirmier en chef ?

IFC1: Ça fait six ans.

Moi: Et est-ce que vous pouvez me parler un peu de votre rôle, vos tâches en tant qu'infirmier chef dans la maison de repos.

IFC1: Ah ben la coordination. Il faut tout coordonner, coordonner, que ce soit au niveau des ... des soins, au niveau des commandes. Il faut coordonner, coordonner les cercles de développement. Il faut...euuh. Je reste actif dans les soins, donc... C'est à dire que je preste comme infi des matins, des soirs, des nuits, je fais des weekend, je fais des jours fériés, donc je reste actif. C'était une volonté en passant infi chef, d'être sur le terrain. Voilà. Après, il faut tout, faut tout planifier, tout ce qui est plan de soins, vérification des plans de soins, vérification des stups, agencement des commandes, pharmacie et ainsi de suite. Tout ce qui est formation du

personnel. Donc il faut, il faut trouver via les cercles de développement. On essaie de trouver des formations en lien avec leurs besoins et leurs demandes de formation et ça on agence.

Moi: Parlez-moi un peu des cercles de développement.

IFC1: Cercles de développement, c'est ce qu'on banalise, c'est l'évaluation du travail du collaborateur sur l'année. On fait ça en trois phases.

Moi: ce sont des entretiens individuels ?

IFC1: Oui, c'est un entretien individuel. Ça se fait en trois phases. Donc la première au début d'année où on planifie et on demande comment s'est passé l'année. On planifie un peu des objectifs. Et puis il y a l'entretien. Donc ça vaut un entretien de fonction, l'entretien de planification et puis on a l'appréciation. Donc voilà, Et grâce à ça, ça permet de voir où le personnel est, les points... Les points positifs et les points à améliorer et en fonction des formations justement, tirer dans les points à améliorer les formations. Après on gère tout. Enfin, moi je gère beaucoup de choses avec en collaboration bien souvent, enfin quasiment tout le temps avec la directrice, avec la direction et la direction générale qui aussi donne... Après voilà, par rapport au modèle, Tubbe c'est que on est obligé d'avoir un canevas, forcément. Dans toute institution, vous ne pouvez pas dire on fait ce qu'on veut, donc on est obligé d'avoir un canevas de planification de soins. Après, ça bouge. Il n'y a pas de... La différence qu'il y a, c'est que on a, on a scindé la maison... Donc on a une maison de 69 habitants maintenant qui est scindée en cinq unités de vie. Et par rapport à ça, on a, on a mis des référents pour pouvoir justement les valoriser et avoir une meilleure connaissance des habitants. Parce que quand on doit apprendre 69 histoires de vie, c'est très difficile. Tandis qu'ici, ça permet de connaître et alors différents référents par type de métier. Donc il y a des infirmières, des aides-soignantes, des techniciennes de surface et de logistique, kiné. Et donc voilà, ça ne veut pas dire qu'ils sont coltinés dans cette unité de vie parce qu'ils sont référents de cette unité de vie. On les bouge. Ce que j'essaie de faire c'est avec les répartitions de travail et j'aime bien de les avoir deux, trois jours dans le même, dans la même unité de vie, pour avoir une continuité des soins. Mais j'aime bien aussi après les changer parce que il faut qu'ils connaissent tout le monde, forcément.

Moi: Donc vous continuez à travailler avec une répartition du travail ?

IFC1: On a une répartition de travail ici que je fais. Après, ce n'est pas figé, il y a toujours moyen de changer, mais ça permet... Certains collaborateurs restent figés à avoir un canevas parce qu'ils sont plus rassurés d'avoir quelque chose de fixe. Il y en a qui n'aiment pas du tout. Aujourd'hui, je fais quoi? Je vais au premier ou deuxième, ou je fais...? Enfin voilà. Donc ça, on est obligé d'avoir ça. Ce qu'on a fait avec le modèle Tubbe aussi, c'est qu'on permet, on va, on va aller tirer tout le potentiel du collaborateur. C'est à dire que si il a des passions, si il a des hobbies, on essaie de les faire partager pendant leurs heures de travail avec les habitants. Ça permet d'avoir une bouffée d'oxygène et de faire autre chose que du soin pur. On a fait aussi ... on leur laisse la possibilité de travailler en civil, donc on fait tomber la tenue pour dire l'uniforme, ça, ça, ça a beaucoup changé chez certaines personnes par rapport aux habitants, parce qu'ils se confient plus à quelqu'un qui est habillé comme eux que quelqu'un qui est soignant. On n'a pas la même vision et ils n'ont pas la même ... comment je vais dire? La même confiance en fait. Voilà. Après je vous dis, il y a des choses qui sont programmées au niveau des activités, on a minimum deux par jour. Après, ça peut partir en live sur la journée, on peut en faire trois, quatre, cinq, six différents dans différents endroits. L'avantage ici, c'est qu'on fait d'abord participer l'habitant. C'est lui qui décide qui est décideur de son ..., de ce qu'il veut. En

fait, s'il veut se laver plus tard, on lave plus tard, si il veut se laver l'après-midi, il se lave l'après-midi. Si il veut aller au marché, il va au marché. Si il veut manger ça, il peut manger ça. On essaie malgré tout de ... En fait, nous on est juste le chef d'orchestre pour accompagner l'habitant au mieux par rapport à leur vécu et alors à leur passé, à leur histoire de vie. Et on essaie d'avancer un maximum ce qu'ils ont envie.

Moi: Et vous pensez qu'en termes de mentalités, c'est vrai que nous les soignants, je dis « nous » parce que je suis infirmière de formation, on a cette habitude de travailler en terme de tâches, donc de se dire aujourd'hui avant 12h, il faut que j'aie terminé ceci ou cela. Est-ce que, au niveau de votre personnel, est ce que vous avez l'impression que cela a changé?

IFC1: On bannit les heures de dire ben tiens, on va finir pour 11h les toilettes, je vais finir mes pansements pour telle ou telle heure. Non.

Moi: Il n'y a plus cette pression ...

IFC1: Non non

Moi: Et cela fonctionne ?

IFC1: La pression, généralement, elle vient en interne d'elle-même, mais pas la pression que nous on impose en fait. Mais non, franchement. Et ils sont ... ils sont contents de pouvoir faire entre guillemets ce qu'ils veulent par rapport à une unité de vie. Je leur dis toujours, moi, que vous commenciez par A ou par U, peu m'importe à partir du moment où vous respectez l'habitant et ses choix. Après voilà, ça se passe vraiment bien.

Moi: Et comment ça a été accueilli au niveau du personnel ?

IFC1: Le changement c'est difficile. Enfin, tout changement fait peur. Dans tout changement, on est dans l'inconnu donc c'est bizarre. Et puis on a du personnel qui vient d'autres maisons de repos et donc c'est pas... c'est pas la tradition de travailler comme ça en maison de repos. Et donc au final il faut un temps d'adaptation et on leur a laissé le temps et c'est ce qu'on disait aussi quand ça ne plaît pas, ils s'en vont d'elles-mêmes.

Moi: Il y a des personnes qui ont quitté ?

IFC1: Elles partent d'elles même si la méthode ne leur plaît pas. Nous, on leur dit le train est en marche. Si vous prenez le train, tant mieux, Si pas, ça peut ne pas convenir parce qu'il y en a qui n'aiment pas du tout. Elles partent d'elle-même et alors forcément, on arrive à quelques petits dysfonctionnements qu'il faut remettre sur les rails, comme dans toute institution. Ça se passe vraiment bien. Franchement, j'ai une équipe doit dire qu'on a une équipe qui est quand même assez, assez solidaire. Et quand on a enfin, on l'a, on l'a vu avec la période Covid où ça a été difficile. C'est une des plus belles périodes qu'on a vécue en fait.

Moi: C'est vrai ?

IFC1: Oui, franchement, ici, c'est il n'y avait plus ce cliché de l'infirmité fait ça, l'aide-soignante fait ça, la technicienne fait ça. Nous, on était tous ensemble. Voilà. Et ça, c'est super bien. On s'est bien serré les coudes et ça a été vraiment nickel, vraiment nickel. C'est chouette.

Moi: Et vous pensez que c'est grâce à la philosophie Tubbe que ça a pu être ainsi ?

IFC1: Oui, je pense, quand vous entrez dans une autre institution où tout est cadré où les rôles sont bien définis ... Après, chacun a son rôle ici, forcément,

Moi: Oui j'imagine bien.

IFC1: Forcément, on ne fait pas faire les pansements par les aides-soignants ou des trucs comme ça, mais chacun son rôle bien défini. Mais on est ouvert à toute discussion et c'est

l'avantage aussi, c'est qu'elles ont droit à la parole, elles sont écoutées en fait. Moi avec mes infi, avec mon staff infi c'est pareil. Je ne vais jamais prendre une décision de un, comme je suis sur le terrain, je sais de quoi je parle et je ne vais pas prendre une décision si c'est pas faisable, si moi je sais pas la faire non plus. Et donc je prends un exemple pour des pansements, je ne vais pas changer un protocole moi même sans en discuter avec mon staff. Donc on propose, on voit, voilà, il y a ça, on a fait ça où on en est ? Vers où va-t-on ? Est ce qu'on a besoin d'aide extérieure ? Est ce qu'on prend la décision ensemble de changer le protocole avec l'accord des médecins ? Mais voilà, on en discute et c'est de même pour les aides -soignantes. Elles ont droit à la parole. Quand ça va pas, on fait une petite réunion, on se dit les choses, qu'est-ce qu'on a ? Qu'est-ce qui fonctionne ? Qu'est-ce qui est à améliorer ? Qu'est-ce qu'on peut changer ? Et il n'y a rien de figé. On fait des tests, on essaye, ça va pas ... Ok, on fait autre chose, on essaie. Donc il y a vraiment...

Moi: il y a une réelle démarche réflexive qui se fait.

IFC1: Oui, mais comme on disait tout à l'heure, elles n'ont pas la sensation de travailler sur un modèle Tubbe parce qu'elles ne savent pas ce qu'elles font. En fait, dans le management seulement, on fait du management Lean, mais eux ne le savent pas que c'est du Lean et donc pour elles, c'est naturel.

Moi: C'est naturel, du coup c'est intéressant parce que cela veut dire que le changement culturel fonctionne ?

IFC1: Oui et donc même au niveau ... Quand on fait des recrutements, c'est pareil. Les habitants participent au recrutement.

Moi: Ah oui ? Systématiquement ?

IFC1: Systématiquement, il y a un membre du personnel et un habitant qui recrutent dans la tâche. Donc si on prend une aide-soignante, il y a une aide-soignante qui vient. Donc il y a la direction, la direction générale qui voit tout ce qui est contractuel et autre avec la personne. Moi, infi chef et mon aide-soignante ou mon infirmière ou peu importe. On voit avec l'habitant la personne, ce qui permet d'avoir une vision du travail qu'elle va déjà devoir fournir. Et on s'est dit l'habitant est au cœur de, il va vivre 24h sur 24 avec les membres du personnel et donc c'est à eux de choisir, de voir si le personnel passe, si le courant passe, si ... Et l'avantage de ça, c'est qu'ils sont cash. C'est comme des enfants, donc ils vous disent clair et net. Celle-là, elle est mal habillée, celle-là, elle rigole pas. Celle-là quand elle parle, elle te regarde pas, celle-là, elle est chouette. Enfin voilà, ils sont vraiment cash, Ils ont un attrait autre pour tout ce qui est contrat, parce que ce n'est pas des contrats. Ils voient la personne globalement.

Moi: Et en général, les recrutements sont cohérents ?

IFC1: Oui mais c'est déstabilisant, c'est déstabilisant

Moi: Ah oui j'imagine et pour la personne...

IFC1: Et la personne qui a déjà cette ..., vous voyez déjà si elle a cette mentalité, si elle est déjà dans le projet en fait, parce qu'elle va parler avec l'habitant, elle va capter son regard et à la rigueur c'est nous qui sommes mis de côté et ça se fait, automatiquement. Et là je trouve que c'est, c'est vraiment chouette parce que là on voit tout de suite si ça les intéresse ou pas. Mais c'est vrai que c'est déroutant. Et après, quand on a commencé ce projet là en 2018. C'est vrai que même dans le personnel, c'est déroutant.

Moi: Il y a beaucoup de gens qui sont partis ?

IFC1: Non non deux ou trois personnes.

Moi: Ok, Si je vous dis organisation des soins, est-ce que vous pouvez me donner cinq mots qui vous viennent à l'esprit ?

IFC1: Organisation des soins, Rigueur. Planification. Partage. Et je pourrais dire quoi d'autre sur l'organisation des soins ... J'aime pas ce mot-là contrôle, mais je vais dire, un suivi . Et encore un, je dirais pluridisciplinaire.

Moi: Merci. Par rapport justement à cette pluridisciplinarité, j'imagine qu'il y a des moments formels qui sont organisés avec les membres de l'équipe. Et puis est-ce qu'à côté des réunions pluridisciplinaires classiques comme on peut trouver partout, est-ce qu'il y a d'autres choses d'organisées chez vous ?

IFC1: Tous les jours, on a une réunion unité de vie qu'on appelle ça. Et donc c'est au moment de la pause, vers 13h30, généralement, on fait au dîner, enfin, pendant la période du dîner où on discute d'une unité de vie de chaque habitant de l'unité de vie. Le lendemain, on passe sur une autre et ainsi de suite. et par rapport à ça, on a aussi les réunions pluridisciplinaires qui se font une fois semaine tous les vendredis avec le médecin coordinateur. Et là aussi, les référents viennent et il arrive qu'elles sont tellement pris dans le jeu que même quand elles sont en congé, elles viennent à la réunion pluridisciplinaire, carrément. Donc voilà, il faut des fois les freiner parce que elles disent ah c'est mon unité, c'est mon unité de vie, donc je viens. Franchement, c'est bien. Et nous ici, depuis, depuis janvier, on a la directrice qui est formatrice Bel Rai et donc du coup tous les jours on voit des habitants sur le Bel Rai pour les informations complémentaires avec ... ça se fait à la remise de service en fait, avec tout le personnel qui est présent. Là, ça se fait tous les jours, ça se fait tous les jours. infi, aide-soignante, technicienne de surface. Enfin voilà. Et on complète, on complète le Bel Rai de chaque habitant. Depuis janvier, on est déjà quasi à plus de la moitié.

Moi: Vous avez l'impression que ça prend plus de temps ?

IFC1: Non, non, non. Et c'est chouette parce que ça se fait tous ensemble. C'est plus contraignant si on doit le faire chacun de son côté, tandis que là, on le fait tous ensemble. Et comme moi et la directrice, on participe aussi. Ils sont soutenus en fait. Et donc on fait ça.

Moi: Ils ne voient pas ça comme une charge de travail ?

IFC1: C'est comme un jeu en fait, comme un jeu. Franchement, c'est vraiment ludique et ça permet de remettre à jour les histoires de vie et en même temps de se rencontrer. Oui, c'est vrai, c'est la date anniversaire du décès de son épouse. Donc voilà, ça permet d'avoir des petits rappels, c'est vraiment cool.

Moi: Et au niveau des plans de soins, comment établissez-vous les plans de soins individualisés et surtout comment ça fonctionne? Est-ce que c'est quelque chose qui se fait avant l'entrée du résident ?

IFC1: Ca se fait d'abord avant l'entrée, ben comme on reçoit, on reçoit généralement les rapports d'hôpitaux et les plans de soins de l'hôpital. J'aime pas ici savoir ce qu'on est obligé. On est tenu par les échelles de Katz et tout ça. On est tenu dans les sept jours, dès l'entrée, de devoir les renvoyer. Donc généralement, ce qu'on fait, nous, c'est qu'on renvoie l'échelle de Katz qui vient de l'hôpital. C'est ça dans un premier temps, et on laisse un mois pour dire d'avoir du recul et de remodeler cette échelle de Katz, parce que bien souvent, la réalité des choses n'est pas ce qu'on nous dit ou ce qu'on nous vend entre guillemets. Donc forcément, ça et les plans de soins sont établis avec les aides-soignantes et les infirmiers.

Moi: Donc ce n'est pas vous en tant que chef qui établissez seul les plans de soins ?

IFC1: Moi je vais, je vais le formaliser, mais j'ai un retour à chaque fois des soignantes et des infirmiers, ce qui me permet d'avoir une vision différente de plusieurs personnes parce qu'il y en a, ils vont dire ah mais il est capable de dire ah ben non! Tandis qu'ainsi on a un panel plus large et c'est... Et après voilà, en fonction de ça, une fois qu'on les voit en pluri avec le score Bel Rai ben on fait le projet individualisé pour chaque, pour chaque habitant.

Moi: Et l'implication des habitants dans leurs plans de soins ?

IFC1: Oui, on a eu madame G. aussi dernièrement qui est impliquée. Ils sont super contents, ils sont super heureux parce qu'ils se sentent écoutés et c'est leur choix.

Moi: De quelle manière ils sont impliqués ?

IFC1: Ils participent à la réunion

Moi: La réunion pluri ? où c'est une réunion alors, à ce moment-là, juste avec le résident.

IFC1: Avec le résident, Et il arrive qu'ils participent aussi à la réunion pluri oui, quand on a besoin.

Moi: Besoin d'infos ou des choses comme ça ?

IFC1: oui voilà et alors on récolte comme on a différents référents et on récolte des informations qui sont formalisées au niveau du PC et au niveau des fardes où on a toutes les informations.

Moi: Et comme outil donc il y a le Bel Rai, j'entends. Et alors vous avez un dossier de soins informatisé ?

IFC1: oui on a informatisé, on a informatisé un tableau comme ceci. Voilà où on a toutes les informations.

Moi: ah oui, par résident ?

IFC1: Par résident.

Moi: Et ça, c'est vous qui l'avez créé?

IFC1: C'est nous qui l'avons créé grâce à la pluridisciplinarité, à la réunion pluridisciplinaire. Le médecin coordinateur est quelqu'un qui est vraiment pro habitant et on voit l'habitant de A à Z. On l'épluche dans tous les sens aussi bien que le traitement, aussi bien que le social, aussi bien que le financier, que tout ... comportemental, dépressif, tout, tout est revu de A à Z.

Moi: Ça, c'est l'outil que vous utilisez en réunion et que vous complétez ?

IFC1: Oui et on complète maintenant avec le Bel Rai parce que le Bel Rai est beaucoup plus spécifique et rentre plus dans les détails, parce que vous avez par exemple un forfait et un forfait à une application différente pour le même forfait. c'est une échelle de Katz le forfait c'est le même mais il y a beaucoup de choses qui modifient et qui vous pouvez peut être prendre une demi-heure pour un habitant et pour un autre forfait pour le même forfait, dix minutes. Et donc ça, c'est dans des cas que c'est vraiment beaucoup plus ciblé, plus complet, beaucoup plus complet.

Moi: Et pour la planification des soins, justement, est ce que ça, ça se reflète alors, sur le ...

IFC1: Oui, dès qu'on a, on a fait une réunion pluridisciplinaire et qu'on a vu les habitants et qu'on a... On change la planification des soins, on les met à jour à chaque fois. Donc par exemple, ici, j'ai une de mes aides-soignantes ce matin qui m'a dit il faudra changer le plan de soins parce que madame n'est plus capable de ..., on change directement et tous les jours elles ont un plan de soins individuel qui est adapté.

Moi: On n'attend pas les réunions pluri pour le faire ?

IFC1: Non, non, non.

Moi: Ça se fait vraiment au jour le jour

IFC1: Oui, ça se fait au jour le jour et on en reparle en pluri quand on parle de l'unité de vie ou de l'habitant à ce moment-là.

Moi: Et cette manière de travailler, ça change vraiment d'avant ?

IFC1: De ce que ...oui, parce qu'avant c'était... Enfin, je ne vais pas dire que c'était anarchique, mais on prenait un chariot, on allait et puis qu'est ce qui se passe? Moi j'aime pas celle-là, je ne vais pas la faire. On saute la chambre, puis on oublie, puis ça passe, puis c'est une autre qui va la faire, puis voilà. C'était pas, c'était pas top top. Tandis qu'ici, voilà, elles savent, elles savent et elles ont une connaissance bien plus complète de chaque habitant. Franchement.

Moi: C'est le fait d'en parler régulièrement en réunion ensemble que l'on acquiert cette connaissance ?

IFC1: Tout à fait, elle sont impliquées. En fait, elles se sentent impliquées, elles sont directes dans le sujet. Quand on parle de quelque chose, elles savent de quoi on parle. Et c'est vrai. Donc voilà, c'est... Ça bouge tout le temps en fait, c'est ça qui est bien, ça casse, ça casse la routine. On se dit maison de repos, c'est toujours le même pipi caca, on fait ci, on fait là, non, là ça change vraiment, c'est... tous les jours sont différents et ça casse la routine.

Moi: Et en termes de charge de travail, est ce que ça a demandé plus de travail ?

IFC1: Oui, pour mettre tout en place par rapport au projet, par rapport au plan à mettre en ... et avec les tableaux à mettre en place, mais sinon les outils. Mais sinon non, c'est pas plus de travail avant, avant les réunions, quand moi j'ai commencé comme infî chef, on avait pas de réunion pluridisciplinaire pour ainsi dire. Ah oui mais quand on en avait une, ça me prenait 3 à 4h pour la préparer, tandis qu'ici, en dix minutes, même pas. C'est fait avec le Bel Rai et c'est encore mieux parce que tout est déjà planifié. On fait au fur et à mesure.

Moi: Parce que c'est plus formalisé par écrit et que c'est beaucoup plus comment on dit ça, beaucoup plus organisés entre guillemets, que ça vous aide ?

IFC1 : Tout à fait. Et puis on est plus seul, on participe, donc c'est multi multifonctionnel donc non, franchement c'est chouette.

Moi: Et je me pose la question l'équipe paramédicale, c'est aussi vous qui êtes le chef ? Je pose la question parce que ce n'est pas partout le cas.

IFC1: Je m'occupe tout ce qui est kiné, ergo et la logo on n'a pas parce qu'on a en indépendant, en externe et la directrice c'est tout ce qui est cuisine et entretien, c'est ça en plus du personnel.

Moi: Ok, comment évaluez- vous l'efficacité des soins ici dans la maison de repos? Donc je sais que vous faites partie d'un groupe, donc j'imagine qu'il y a des choses imposées par le groupe.

IFC1: Ben l'évaluation, elle se fait... Moi, je suis sur le terrain, donc je le vois tout de suite, j'ai des fiches, je me suis fait des fiches techniques aussi où je vais à l'improviste dans les étages quand je n'y suis pas, c'est à dire que je vais au sortir d'une chambre, je vais prendre l'aide-soignante ou l'infî qui est sortie de la chambre et on fait un check, un check ensemble, c'est à dire Voilà, est ce que la chambre est en ordre? Est-ce que les lumières sont éteintes ? Est-ce que le chauffage est adéquat avec le temps ? Est-ce que l'habitant est bien habillé ? Est ce qu'il est rasé? Est-ce que ...voilà.

Moi: C'est quelque chose que vous faisiez avant l'implémentation du modèle ou pas spécialement ?

IFC1: Pas spécialement, c'était avant c'était comme je vais dire, comme un peu comme tout le monde. Voilà. Quand, quand on avait une plainte ou quand ça n'allait pas, on voyait tout de suite.

Moi: Et vous avez l'impression que c'est nécessaire de contrôler ?

IFC1: Mais de moins en moins. Contrôler, il faut toujours contrôler forcément après c'est pas un contrôle mais je vais dire ... voilà, être attentif et le retour des habitants, on voit, il y a de moins en moins de plaintes et j'ai de moins en moins contrôlé parce qu'elles ont acquis la façon de travailler et voir les habitudes, les habitudes. Je ne voulais pas être quelqu'un de sectaire et de dictateur.

Moi: Je pense que là, on s'éloigne du modèle.

IFC1: Exactement. Donc je trouve qu'on a une belle complémentarité entre moi qui est chef et le personnel quoi. Je ne vais pas l'engueuler si elle est cinq minutes assise à côté d'un habitant qui discute. Ce qui est tout à fait chouette et logique. Oui, c'est ça. C'est mieux qu'un Dafalgan. Je dis toujours ça, c'est mieux qu'un traitement.

Moi: Et par rapport à la qualité des soins, c'est quelque chose que vous suivez aussi de près?

IFC1: La qualité des soins oui.

Moi: Et à travers quels types d'outils ? Vous avez des indicateurs, Comment ça fonctionne à ce niveau-là?

IFC1: D'abord moi, j'ai l'habitude d'être toujours sur le terrain et voir les pansements, les soins qui sont faits après, on n'a pas de plaie. Ça, c'est un indicateur. Les seules plaies qu'on a, c'est parce qu'elles viennent de l'hôpital. Au niveau contention, c'est pareil. Au niveau, au niveau, comment je vais dire ... Les seules petites plaies qu'on peut avoir, c'est des flaps de peau, un accrochage, une chute. Ça quand même y en a encore. Mais voilà, après les plaies d'escarres réellement au niveau alternating, on a ce qu'il faut aussi. Mais je dois dire qu'on est fort dans la prévention. On a verticalisé beaucoup de gens. Moi, au tout début, quand je suis arrivé, il y avait une dame, ça faisait quatre ans qu'elle restait au lit quoi. Et là, on l'a, on l'a levée tout doucement, on a commencé à la lever et là elle remarche. Enfin voilà. Donc du coup voilà, on est fort dans le préventif et quand il faut traiter, on traite. Maintenant, on a la chance aussi d'avoir une référente en plaie qui vient nous donner un coup de main. Elle est là justement aujourd'hui. Qui vient, qui vient à l'appel ou qui vient parce qu'elle adore venir ici voir les plaies. Je vous dis, ici, on a deux plaies d'escarres de l'hôpital. On n'a pas de plaies, donc le contrôle ben voilà, après les soins, c'est vrai que des fois c'est un peu ennuyant pour les infi parce que proprement dit soins en infi, a part des paramètres ou appel à des médecins parce qu'ils ont un petit rhume ou un truc comme ça. Il y en a plus tellement. Au niveau soins, on a eu, on a eu des dialyses et tout ça. Ça aussi, moi je suis pro à ce qu'on ait de l'hospitalisation à domicile. Donc on est dans le projet de pouvoir accueillir des hospitalisations à domicile. On a déjà eu de la chimio ici traitement de chimio, on a déjà eu de Moi, je voulais de l'hémodialyse, on a eu la péritonéale mais on avait une dame qui devait rentrer en dialyse mais elle est malheureusement décédée avant d'arriver ici. Mais voilà,

Moi: C'est vous qui gérez ça alors au niveau des soins en interne ici ?

IFC1: Oui et on forme en interne. C'est chouette.

Moi: Oui ça casse vraiment la routine.

IFC1: Exactement, exactement. Et puis je demande aux infi de ... On essaie de les envoyer en formation assez pour être à jour au niveau plaies et au niveau tout ce qui est manutention, tout ça, les nouveaux produits insuline, diabète, tout ça quoi.

Moi: Et de manière générale, comment vous sondez la satisfaction des habitants via un questionnaire ou au jour le jour ou spontanément, ils viennent vous voir ?

IFC1: Il y en a qui viennent spontanément, il y en a qu'on questionne pour voir quand on a des nouveaux collaborateurs. C'est bien d'avoir leur avis aussi. Donc là tout de suite, ils viennent nous dire. Après on a aussi les réunions qui se font mensuellement et nous on fait COJOVI, mais eux, ils ont la réunion des résidents, comités, comités de résidents et donc là ils posent leurs questions, ils posent leurs problèmes, ils évoquent les soucis s'il y en a, et ils identifient aussi les satisfactions. C'est ça qui est bien parce qu'on a un retour. Ça, ça, c'est chouette. Ou telle ou telle infirmière, il fait bien les pansements par exemple, ou il est à l'écoute. Et donc là, on a chaque fois les retours comme ça.

Moi: Et je reviens un peu sur la planification des soins, est-il possible qu' un résident reçoive sa douche le soir ?

IFC1: Oui

Moi: Est-ce que c'est possible qu'il y ait des jours où il y a plus de personnel le soir ?

IFC1: Généralement ils sont le même nombre. On a l'avantage aussi d'avoir des étudiants, beaucoup d'étudiants, ce qui permet d'avoir une plus-value. Généralement, ils sont le même nombre le matin, les infi. Là, les infi, ça varie. On voit de 1 à 3 par matinée. Le soir, c'est aussi le même nombre. Ils sont le même nombre d'aides-soignantes et un infi et la nuit elles sont deux. Et donc voilà, ça tourne, ça tourne super bien. Il n'y a pas. Quand il y a forcément des absents, on essaie toujours un maximum de remplacer quand on est prévenu en temps et en heure.

Moi: Vous remplacez par du personnel qui travaille ici. Pas de l'intérim ?

IFC1: L'intérim, non. Et c'est toujours sur base de propositions. On n'impose pas, donc c'est à dire ben Voilà, on a créé un petit groupe WhatsApp et on se dit voilà, j'ai besoin de quelqu'un. Est-ce que quelqu'un sait venir ou pas? Généralement, ça se passe super bien. Il remplace.

Moi: Le weekend, vous avez du personnel paramédical qui preste du weekend ou pas ?

IFC1: Paramédical, Non. Occasionnellement, on a un ergo qui revient de temps en temps s'il a besoin, mais sinon non. En kiné ils reviennent si c'est de la kiné respi. Sinon non, il n'y a pas de ... il n'y a pas de paramédicaux qui reviennent en weekend. Mais l'avantage c'est qu'elles sont le même nombre en semaine, qu'en weekend. L'équipe n'est pas déforcée.

Moi: L'équipe soignante ?

IFC1: Soignante oui parce que généralement c'est le weekend. Il y a moins de personnel, tandis qu'ici non

Moi: Et ça, c'est un changement par rapport à avant ?

IFC1: Oui on a tourné avec un voire deux membres de personnel en moins le weekend et maintenant, vu la vu le travail et comme nous on est sur le terrain, on voit que c'est le même travail le vendredi par exemple oui les mêmes personnes, ils ont les mêmes besoins, les mêmes attentes et je trouve que voilà, on se lave de la même façon. C'est pas parce que c'est le weekend, on fait pas les pieds, enfin voilà quoi... on ne fait pas les barbes, on fait pas les pieds. Non seulement on prend des poids le weekend, on pèse les gens, enfin voilà, on donne des douches, c'est pas...

Moi: un service réduit

IFC1: Voilà, c'est ça. Et ça, ça change. Ça a changé. Mais l'avantage aussi, c'est que en semaine, ils peuvent, ils peuvent souffler. Comme je dis, si ils veulent faire une activité, ils font une activité et on la détache du soin. Elle vont aux soins jusqu'à 10h et après, après 10 h, elles font une activité avec les habitants.

Moi: Ça c'est prévu sur l'horaire ?

IFC1: Ça c'est prévu sur l'horaire. Après ça peut être imprévu.

Moi: Oui, c'est ça.

IFC1: Aujourd'hui, j'ai fait mon unité de vie. Je ferais bien, je sais pas moi, un jeu de dames ou c'est ça ou j'irai bien marcher avec eux. Voilà, je fais une activité culinaire par exemple. Voilà.

Moi: Du coup ça, même si ce n'est pas noté sur l'horaire, ce n'est pas grave.

IFC1: Du moment que si un habitant il dit j'aimerais bien aller au cimetière. Bon, on y va. J'aimerais bien faire ça. On fait ça dans la mesure du possible. Oui, bien sûr. Après, généralement. Et alors, ... Ce qui permet aussi, quand c'est planifié, qu'elles préparent quelque chose, avec si il faut du matériel ou quoi ben au moins comme ça elles savent préparer ce qu'il faut, quoi.

Moi: Et le COJOVI, c'est l'acronyme de ?

IFC1: Comité Joie de vivre. C'est ça qu'ils ont appelé ça comme ça Comité joie de vivre.

Moi: Et parfois il y a des résidents qui assistent à ce COJOVI ?

IFC1: Oui, oui, oui, ça arrive, des résidents qui assistent. Ouais.

Moi: Et les résidents peuvent aussi amener des projets? .

IFC1: Ils amènent les projets. Généralement, c'est eux qui amènent les projets et nous, on essaie de les mettre en place. Et nous, au tout début qu'on faisait ça, on ne demandait pas aux résidents. C'était un peu comme tout le monde, et on pensait aller passer trois jours à la mer. C'était un exemple. On avait dit aucun résidents étaient contents, ils voulaient pas. Une journée, c'est suffisant, trois jours ça n'allait pas. Et donc après voilà, on s'est dit non. Tout compte fait, c'est eux qui vivent, c'est eux qui ont envie, c'est eux qui ont besoin. La couleur du parquet par exemple, c'est eux qui ont choisi la couleur des chambres, c'est eux qui choisissent. Voilà, on essaie un maximum qu'ils restent maîtres de leurs décisions.

Moi: Donc dans les chambres, ils peuvent choisir la couleur quand ils arrivent, ça peut être plusieurs couleurs différentes dans chaque chambre.

IFC1: Généralement, il y a un mur coloré. Le reste reste blanc et sinon ça devient anarchique. Mais oui, oui, oui, ils choisissent. Forcément, on les guide, on leur donne le panel de couleurs qui existe et après ils choisissent et on applique, le parquet ça a été décidé sur un comité de résidents. Il y a du parquet, on va mettre du parquet parce que les carrelages étaient un peu cassés. Est-ce que vous pensez que le parquet, ça vous convient ? Est ce qu'on remet du carrelage? Quelle couleur? Et c'est eux qu'on choisit. Donc ici, c'est le même. Ils ont demandé pour aller au restaurant chinois. On va au restaurant chinois. Ils ont demandé pour aller à des pièces de théâtre. On reste, on reste à leur écoute.

Moi: Et par rapport aux soins, ils ont aussi des demandes particulières ?

IFC1: Hormis le timing : moi, je dors un peu plus tard ou est ce qu'il y a moyen de me laver plus tard ou dans l'après 12h ... Ok, il n'y a pas de souci par rapport aux soins, ils ne sont pas... ils ne sont pas exigeants. Non, du moment qu'on fait leurs soins. Ils sont contents que ça soit 8h ou 10h ou 12h.

Moi: Et par exemple pour le coucher ?

IFC1: C'est libre. Généralement, on voit ça, on voit la différence aux heures d'été, quand il fait nuit un peu plus tard et il y a des demandes. Forcément. Nous on aime bien verticaliser tout le monde, on n'aime pas mettre les gens couchés et donc au final, il y en a qui demandent à 16h d'aller au lit, soit pour une sieste, soit tout le temps pour jusqu'au matin parce qu'ils se lèvent tôt et voilà. Non. Après, s'il y a des lits par les veilleuses, il y a des mises au lit par les veilleuses, c'est à la demande de l'habitant. Après, nous, on prend aussi certaines décisions quand on voit qu'ils sont vraiment fatigués. Après, comme je vous le dis, il y a des canevas à respecter. On ne peut pas laisser les 69 résidents aux veilleuses à mettre au lit, forcément. Mais généralement ça se passe, ça se passe bien. Si le résident dit non, aujourd'hui, je ne vais pas aller coucher, il n'y a pas de souci. C'est ça, on communique et voilà.

Moi: Il y a quand même quelques contraintes ?

IFC1: Forcément. Forcément, les cas les plus lourds entre guillemets, c'est bien qu'ils soient au lit pour faciliter la veilleuse, forcément. Après, il n'y a pas, il n'y a jamais de souci. On fait un barbecue ici au mois de juin ben ils vont tous aller coucher à 22h. C'est pas un problème ça,

Moi: C'est en soirée barbecue ?

IFC1: A 14h et on fait la fermeture avec eux et même le personnel qui ne travaille pas ce jour là vient et participe aux mises au lit. Voilà, tout le monde donne un coup de main et on débarrasse, on fait les mises au lit, on fait les changes.

Moi: Et dans ces moments-là, le personnel ne calcule pas ses heures ?

IFC1: On leur paye. Mais bon voilà, il ne calcule pas. Après on les force pas à venir. Ils viennent, ils viennent, ils restent, ils restent. Généralement, ça se passe bien, je vous dis. Des fois il faut même les freiner parce qu'ils seraient là tout le temps. Il y en a certains qui seraient là tous les jours. Ouais.

Moi: ok

IFC1: Ouais, c'est cool. Franchement, c'est différent des deux autres maisons de repos où je travaillais. C'est différent. En fait, on a carte blanche, c'est ça qui est bien, C'est carte blanche. Forcément, il faut pas que ça dysfonctionne non plus. Mais il faut dire, il n'y a pas, pas punir quelqu'un parce que ... même s'ils sont un peu en retard, c'est pas grave, c'est pas grave. Y'a pas mort d'homme quoi. J'sais bien qu'il y en a où je travaillais avant, c'était enfin j'appelais ça de l'industrie. Vous avez douze minutes pour une toilette, vous avez cinq minutes pour la mettre au WC. On est vigilant, c'est sûr. Les appels sonnettes. On leur octroie un quart d'heure de temps de réponse. Surtout dans les moments soins où là. Parce que là, vu que c'est six minutes.

IFC1: Après ça devient de la maltraitance après six minutes. Mais bon,

Moi: C'est mis dans le règlement ?

IFC1: Oui je pense bien. Et donc nous on s'est dit six minutes. Faut dire en plus qu'on a un certain ... on a un système qui est assez archaïque. On n'a pas de dect, on n'a rien. Donc c'est les vieux, les vieux bordereaux dans les couloirs et quand ça sonne enfin voilà, c'est exactement ... Vous ne savez pas qui sonne. Donc si vous êtes en train de faire une toilette et que ça sonne, vous devez sortir du couloir, voir si c'est bien dans votre secteur ou pas. Donc on leur octroie un quart d'heure de temps de réponse. Donc au début, c'était pas comme ça. Il y avait des temps de réponse d'une heure, c'était un peu, un peu trop. On les a sensibilisés et par rapport aux.... Chaque année, on fait un rapport des soins et donc on fait une réunion générale avec le directeur général et on leur montre les statistiques du temps d'appel, euh... Les temps de réponse. Et

depuis qu'on a ce modèle en place, on a vu une diminution des appels sonnette. On a vu une diminution des traitements médicamenteux pour dormir. On a on voit une belle évolution. Donc ici, franchement, au tout début, je pense qu'il y avait sur une journée aller plus de la moitié des sonnettes qui dépassaient facilement 20 à 30 minutes.

IFC1: Ici, on est allé, on a peut-être deux ou trois sur la journée qui pourrait dépasser, mais c'est chaque fois qu'il faut rappeler parce qu'il y a toujours un laisser aller à un moment donné. Ici, on a une sonnette qui est défectueuse. Donc le problème c'est que ça sonne tout le temps et donc au final, il y a des sonnettes qui passent un peu à la trappe parce que c'est la sonnette qui dysfonctionne, donc elles n'ont plus le pli d'aller voir effectivement qui sonne. Un des avantages par rapport à ça, c'est que tout le monde répond aux sonnettes aussi bien infi que aide-soignante parce que généralement dans les maisons de repos, c'est les aides-soignantes qui répondent. Les infi ne répondent pas car d'autres choses à faire. C'est vrai. Et donc ici, voilà, même les kinés répondent. Enfin, tout le monde répond c'est ça mettre la main à la pâte. Tous. Voilà. Et sur les répartitions, c'est pareil. On a aussi instauré une facilité, vu le système, d'avoir notre sonnette pour, comme elles n'ont pas de dect elles notent les heures, elles notent le pourquoi et l'action de qui, de quoi, comment ?

Moi: Chaque fois que quelqu'un répond à une sonnette, elle doit le noter ?

IFC1: Sa feuille d'unité de vie en fait. Et puis on encode, on encode dans un tableau et là, à chaque fois, on a le temps de réponse aux sonnettes.

Moi: Ce n'est pas un système automatique ?

IFC1: Non, non,

Moi: L'AVIQ n'impose pas un système automatique ?

IFC1: Non on a encore le vieux système.

Moi: A Bruxelles C'est une obligation.

IFC1: Dans les trois autres maisons de l'ASBL, ils ont ce système. Nous, on est le Petit Poucet. Nous, on est la dernière roue du carrosse, donc on n'a pas encore ce système d'appel.

Moi: Ça facilite les choses. C'est moins de temps d'encodage, mais après c'est vrai que c'est pas indispensable entre guillemets cela ne vous empêche pas de fonctionner correctement.

IFC1: Non, du tout. Au niveau architectural, c'est vrai que c'est peut-être une maison un peu plus vétuste. Moi je dis toujours voilà, je dis toujours c'est le projet qu'on fait à l'intérieur, c'est pas la beauté du marbre ou de l'or ou c'est un tout nouveau, tout clinquant. C'est ce qu'on fait à l'intérieur qui est primordial et qui.... C'est bien simple, on a des listes d'attente. Les habitants oui, le bouche à oreille, oui, ils veulent venir ici. Avec les aides-soignants, les assistants sociaux des hôpitaux, on a des bons, des bons rapports, des bons contacts et on a des gériatres qui viennent ici. On a deux gériatres, on travaille en collaboration avec le GHDC et il y a deux gériatres qui sont venus voir le projet ici. C'est chouette. Et du coup, on travaille en visio avec eux pour quand on a un souci gériatrique, ce qui permet d'avoir... parce que pour avoir une place en gériatrie ou en hôpital de jour, il faut tuer quelqu'un. Tandis que là on a la possibilité d'avoir des hospitalisations gériatriques de jour ou plus longues, je ne vais pas dire en priorité, mais on a une collaboration et ils connaissent le projet. Ils sont venus voir le projet ici et ils sont super emballés parce qu'ils disent c'est pas courant.

Moi: Et les médecins traitants qui viennent ici ?

IFC1: Ça c'est le point noir. Enfin c'est un des points noirs, c'est de un par l'architecture, c'est à dire qu'il n'y a pas de place pour se garer, donc là ça freine. On n'a pas de parking pour les médecins, on est en congés scolaires parce qu'on est à proximité de trois écoles. Donc quand vous avez le rush des parents qui amènent, qui viennent chercher.

Moi: Il y a des heures critiques.

IFC1: Oui, c'est très critique. On a malheureusement des places de parking très limitées et donc même pour le personnel, c'est difficile de se garer. Donc là, pour les médecins traitants, c'est difficile. Actuellement, on est en pénurie de médecin traitant, c'est à dire que.

Moi: Y a des résidents qui n'en ont pas ?

IFC1: Le problème c'est qu'il y a une population vieillissante au niveau des médecins traitants qui ont pris leur pension. Donc tous les jeunes médecins qui ont commencé sont submergés de reprises de patientèle et ici, ils ne veulent plus prendre de nouveaux patients. Donc là c'est un point négatif. Ce qu'il y a aussi, c'est que on a 69 habitants, j'ai 35 médecins traitants différents, on n'a pas beaucoup de médecins qui ont plusieurs patients. On en a peut-être un ou deux qui en ont plusieurs. Sinon, c'est peut être un patient et oui, c'est embêtant. Et l'autre problème, c'est qu'on a tellement de demandes venant de l'extérieur qui n'habitent pas la commune de Châtelet et donc forcément, le médecin traitant qui les suit à domicile ne les suit plus parce que ce n'est plus leur entité. Donc on se retrouve dans l'embarras de trouver un médecin.

Moi: C'est déjà compliqué.

IFC1: Voilà, c'est déjà compliqué, mais là en plus, il y a certains confrères qui ne veulent pas suivre et c'est délicat, délicat.

Moi: Ok et vous identifiez des limites à l'implémentation du modèle ?

IFC1: On n'a pas de limites. Je n'ai jamais vu une limite c'est open dans tout. Franchement, il n'y a pas de freins. Il n'y a pas de freins d'accueillir même des habitants parce qu'on a.... La population est différente, oui on voit un changement de population.

Moi: Dans quel sens ?

IFC1: Au niveau, au niveau pathologie ... C'est à dire qu'on a beaucoup de déments par rapport à avant. de plus en plus jeunes, avec des pathologies vraiment précoces. Donc l'alcoolisme, c'est à dire les Korsakoff, tout ce qui a trait à l'alcoolisme. Et on a de plus en plus de cas psycho psy qu'on n'avait pas avant. Pourquoi ? Ben parce qu'il n'y a pas de place autre part pour les mettre et donc ils viennent en maison de repos. Donc là, nous on n'a pas de limite d'accueil, c'est à dire que on accepte tout, tout le monde. On n'a pas d'aile fermée. Donc c'est une volonté de la maison. Ils sont... Tous les habitants sont mélangés, aussi bien les valides et tout, mais ça ne fonctionne pas dans un premier temps, au tout début parce que ça fait peur. Et on a formé les habitants, c'est à dire qu'on leur a donné une formation sur ce que c'était une démence, ce que c'était un Alzheimer et quel comportement à avoir par rapport à ces gens. Et là, du jour au lendemain, on a vu un changement de comportement radical des habitants. C'est à dire qu'ils comprennent qu'il y en a un qui va venir dans sa chambre la nuit ouvrir une porte ou ou avoir un comportement de cri ou autre fugueur ou ... Mais ils comprennent et ça se passe, ça se passe bien. On a mis en place tout ce qui était les déjeuners comme à la maison, ce qui permet d'avoir... enfin on a vu grâce à ça que les valides et non valides, que les non déments aidaient les déments.

Moi: C'est ça ils ne sont pas mis à l'écart

IFC1: Cela a permis une complicité, et ils ne sont pas mis à l'écart, Donc voilà. Et ça c'était c'est vraiment chouette parce que là on a vu une réelle différence. Donc voilà, après on a déjà

eu deux cas où on a dû rediriger certains habitants parce que un, on n'est pas assez formés, on se forme, mais il y a des comportements bien spécifiques où là on n'est pas formés du tout. Et pour le bien-être de l'habitant et des autres, on est obligé de le rediriger vers un autre centre. Voilà style cantou style psychiatrie donc, mais après c'est pour nous c'est un échec, mais on se dit que je préfère être mieux accompagnée que d'être ici et...

Moi: Je ne le vois pas comme un échec. Au contraire. Vous avez essayé, vous avez discuté. On a tous des limites en tant qu'être humain, en tant qu'organisation et donc à un moment donné...

IFC1: Exactement, Et pour le bien être, je pense à un monsieur, il buvait et mangeait tout ce qu'il voyait quoi. Et là c'était plus sécurisant pour lui parce que il buvait, il buvait de l'isobétadine, il trouvait un truc, il mangeait ça, il a mangé des petites clochettes de muguet donc c'était super dangereux donc et démontait tout dans sa chambre. Enfin voilà, là c'était plus adéquat. Et là on doit, on en parle, on en parle tous ensemble, même avec les gériatres, on en parle. Et là on prend la décision en commun de devoir rediriger ces habitants-là vers d'autres institutions. Voilà.

Moi: Merci.

IFC1: De rien.

Moi: Si vous avez des choses à ajouter, des choses à partager par rapport à cette expérience, n'hésitez pas.

IFC1: C'est vraiment plaisant. Comme je dis au niveau du travail, comme c'est vraiment pas habituel et que c'est pas routinier, c'est vraiment plaisant, c'est vraiment plaisant. Après, comme dans toute institution, il y a une ambiance, il y a des hauts, des bas. C'est l'humain, c'est l'humain comme ça. Mais on a des dysfonctionnements. Il y a du personnel qu'on doit redresser à chaque fois. Forcément. Une petite tape sur l'épaule en leur disant écoute, c'est... Ah oui c'est vrai. Donc voilà, après on a une chouette équipe, franchement, on a vraiment une chouette équipe et on leur vend pas du rêve en fait, on leur dit voilà, ça se passe comme ça ici, et ils font des yeux écarquillés parce qu'ils se disent c'est pas possible. Et quand ils sont dedans, ben voilà. Après c'est comme tout métier, il y a des inconvénients, des avantages, mais généralement ça se passe comme ça. Ce qui est bien aussi, c'est qu'on a une petite maison. Oui, c'est, c'est familial, ça reste familial par rapport aux grosses euh à une grosse armada où il y a 150, 140, 150 lits. Nous, c'est différent, c'est vraiment chouette. Après voilà, on est tous dans la même, de la même équipe. Et donc bien sûr, il y a un organigramme, il y a comme dans toute entreprise, mais il faut un respect. Mais voilà, ça reste, ça reste bon enfant et c'est chouette.

Moi: Merci beaucoup.

IFC1: De rien, Avec plaisir.

