

Faculté de santé publique

Impact de l'implémentation de l'ap- proche Montessori au sein des équipes en maisons de repos

Mémoire réalisé par
Caroline de Viron

Promoteur(s)
Marie de Saint Hubert
Cécile Piron

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Impact de l'implémentation de l'approche Montessori au sein des équipes en maisons de repos

Mémoire réalisé par
Caroline de Viron

Promoteur(s)
Marie de Saint Hubert
Cécile Piron

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Avant tout, je tiens à remercier du fond du cœur toutes les personnes qui m'ont soutenue tout au long de mon cursus et plus particulièrement pendant la rédaction de ce mémoire.

Je remercie ma promotrice, le Professeur Marie de Saint Hubert et ma co-promotrice, Cécile Piron, pour leur implication, leurs précieux conseils et leur disponibilité. Leurs expertises m'ont permis d'approfondir mes recherches et d'alimenter mes réflexions.

Je remercie Sophie et Emma, mes amis, mes parents, ma sœur, mes frères et Briec pour leur soutien quotidien, leurs encouragements et leurs corrections. Sans eux, je ne serais jamais arrivée au bout.

Pour terminer, je remercie la maison de repos le Grand Pré et tous les soignants qui m'ont fait confiance et qui ont accepté de partager leur expérience.

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 étudiants 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.

Table des matières

REMERCIEMENTS
LE PLAGIAT
LEXIQUE	1
RECAPITULATIF DES TABLEAUX ET CARTE MENTALE :	2
INTRODUCTION.....	3
I. CADRE THEORIQUE.....	5
1.1. INTRODUCTION	5
1.1.1. EPIDEMIOLOGIE.....	5
1.1.2. PRISE EN CHARGE DE LA DEMENCE EN MAISON DE REPOS	6
1.1.3. MONTESSORI.....	9
1.1.4. LES GRANDS AXES DU MODELE MONTESSORI EN MAISON DE REPOS POUR LA PERSONNE AGEE ATTEINTE DE LA DEMENCE	11
1.2. IMPACT DE L'APPROCHE MONTESSORI.....	14
1.2.1. IMPACT SUR LE RESIDENT	14
1.2.2. IMPACT SUR LE PERSONNEL SOIGNANT	15
II. PROBLEMATIQUE	20
III. QUESTION DE RECHERCHE.....	20
IV. HYPOTHESES.....	20
V. OBJECTIFS.....	21
VI. LES ENTRETIENS INDIVIDUELS	22
1.1. METHODOLOGIE.....	22
1.1.1. CHOIX DE L'APPROCHE QUALITATIVE ET DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES	22

1.1.2.	CONSTRUCTION DU GUIDE D'ENTRETIEN	23
1.1.3.	VALIDATION DU GUIDE D'ENTRETIEN ET ENTRETIEN TEST	24
1.1.4.	STRATEGIE D'ECHANTILLONNAGE.....	24
1.1.5.	ANALYSE ET TRAITEMENT DES DONNEES	25
1.2.	LES RESULTATS	26
1.2.1.	ECHANTILLON	26
1.2.2.	COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES	28
 <u>V. FOCUS GROUPE</u>		<u>41</u>
 1.1. METHODOLOGIE.....		41
1.2. RESULTATS.....		42
1.2.1.	SENS DONNE AU TRAVAIL.....	42
1.2.2.	RELATION ENTRE COLLEGUES	42
1.2.3.	RELATION AVEC LE RESIDENT.....	43
1.2.4.	LA CHARGE DE TRAVAIL	43
1.2.5.	LES LEVIERS ET FREINS.....	43
 <u>VII. LA DISCUSSION</u>		<u>44</u>
 1.1. INTERPRETATION DES RESULTATS.....		44
1.2. LIMITES ET FORCES		48
1.3. PERSPECTIVES		49
 <u>VIII. CONCLUSION.....</u>		<u>51</u>
 <u>BIBLIOGRAPHIE</u>		<u>52</u>
 <u>ANNEXE I : ECHELLE DE KATZ</u>		<u>56</u>
 <u>ANNEXE II : CIRCULAIRE CONCERNANT LE REFERENT POUR LA DEMENCE</u>		<u>58</u>
 <u>ANNEXE III : DESCRIPTIF DE LA FORMATION INITIALE MONTESSORI</u>		<u>64</u>
 <u>ANNEXE IV : GUIDE D'ENTRETIEN</u>		<u>66</u>

<u>ANNEXE V : TABLEAU RECAPITULATIF DES RESULTATS DES ENTRETIENS INDIVIDUELS.....</u>	<u>68</u>
<u>ANNEXE VI : RECAPITULATIF DES JOURNEES DE SUIVI DE LA FORMATION MONTESSORI AU SEIN DE LA MAISON DE REPOS LE GRAND PRE</u>	<u>72</u>
<u>ANNEXE VII : TABLEAU RECAPITULATIF DES RESULTATS DU FOCUS GROUPE</u>	<u>82</u>

Lexique

AG&D : Accompagnement en Gériatrie et Développement

AMI : Association Montessori de France

ETP : Equivalents Temps Plein

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

ING : Internationale Nederlanden Groep

KATZ : Index of Independence in Activities of Daily Living

LTC : Long Term Care

MR : Maison de Repos

MRPA : Maison de Repos pour Personnes Agées

MRS : Maison de Repos et de Soins

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Para. : Paragraphe

PRESST : Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail

SPF Santé Publique : Service Public Fédéral belge de Santé Publique

UCL : Université Catholique de Louvain

Récapitulatif des tableaux et carte mentale :

Tableau 1 : Caractéristiques d'un travail qui a du sens

Tableau 2 : Les 12 principes de Montessori

Tableau 3 : Résultats de la recherche documentaire sur l'impact de l'approche Montessori sur l'équipe soignante

Carte mentale 1 : Synthèse de la partie théorique

Tableau 4 : Classification des données collectées

Tableau 5 : Echantillon des personnes interviewées

Tableau 6 : Résumé du sens dans le travail des soignants

Tableau 7 : Résumé de la relation entre collègues

Tableau 8 : Résumé de la relation avec le résident

Tableau 9 : Résumé des leviers dans l'application des principes Montessori

Tableau 10 : Résumé des freins dans l'application des principes Montessori

Carte mentale 2 : Synthèse des résultats des entretiens individuels

Introduction

La démence est un problème majeur en santé publique. D'après les chiffres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2017), elle touche 47 millions de personnes dans le monde et ce chiffre devrait atteindre 75 millions d'ici 2030 et 132 millions d'ici 2050. La démence a des conséquences importantes sur la qualité de vie des patients, des familles mais aussi des soignants. Ces conséquences peuvent impliquer une restriction de la liberté et de l'autonomie des personnes atteintes de démence, avec une infantilisation et une déshumanisation ; mais également, un épuisement pour les familles, associé à un manque de connaissance autour du problème, ainsi qu'une perturbation forte du lien familial.

En travaillant en maison de repos, je me suis rendu compte des nombreuses difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces personnes démentes. A travers mes expériences, j'ai remarqué que les personnes démentes sont régulièrement mises à l'écart sans pouvoir participer aux différentes activités puisqu'elles « *ne rentrent pas dans le cadre défini* » (d'après les dires d'un collègue ergothérapeute). Outre les désagréments que cela engendre pour les personnes démentes, cela a un impact important sur les soignants et leur ressenti vis-à-vis de leur travail. En effet, la souffrance des soignants vient, entre autres, des mauvaises conditions de prise en charge des patients, propres à chaque institution, ou bien généralisées à l'ensemble d'une société. Cela peut entraîner un état de dissonance cognitive chez les soignants. D'après Aubry (2017, p.11), cet état apparaît lorsque les émotions ressenties discordent avec les normes organisationnelles de comportements. « *La dissonance est positivement corrélée à l'épuisement émotionnel (Abraham, 1998), à l'insatisfaction au travail (Morris et Feldman, 1996) et à l'aliénation au travail (Adelmann, 1995)* ». Dans un monde où le bien-être au travail devient important, il me semble évident que nous ne pouvons prendre soin des autres si nous sommes nous-mêmes en souffrance.

Bien qu'il existe d'autres démarches de prise en charge des personnes démentes, l'approche Montessori est celle qui m'a semblé la plus appropriée. En mai 2016, j'ai pris connaissance de cette approche pour les personnes âgées lors d'une conférence "*La vulnérabilité : regard sur la personne âgée*" donnée par Simon Erkes, directeur de l'association Senior Montessori. D'après leur site (2016), cette méthode vise à « *développer l'indépendance, l'autonomie et la participation sociale* » (para. 1) des personnes âgées présentant des troubles cognitifs. La valorisation des capacités restantes est un point capital, qui vient rejoindre le fondement même de la vocation des soignants. Bien que cette conférence présente les nombreux effets positifs pour les personnes âgées, quel est réellement l'impact de l'implémentation de l'approche Montessori pour les soignants ? L'implémentation

correspond à la mise en application des différents principes qui guide cette approche, que nous allons approfondir tout au long de ce travail.

Dans un premier temps, dans la partie théorique, j'aborderai la prise en charge de la démence dans les maisons de repos et ses difficultés. Puis, je présenterai les grands axes de l'approche Montessori. Et enfin, je présenter les impacts de l'approche Montessori sur les soignants.

Cette partie théorique nous amène alors à la problématique qui débouche sur une question de recherche. Ensuite, nous citerons les différentes hypothèses et objectifs qui vont mener la partie pratique. Cette dernière consiste à rencontrer des soignants formés à l'approche Montessori pour recevoir leurs témoignages. Nous terminerons en confrontant la théorie et les données collectées lors des entretiens et d'un focus groupe pour répondre à notre question de recherche.

I. Cadre théorique

Afin de construire un cadre théorique pertinent, j'ai recherché dans la littérature scientifique des articles et études pour étayer mon point de vue. La méthodologie de recherche appliquée tout au long de cette partie théorique est la suivante : première lecture du résumé de l'article puis l'introduction et la conclusion. Si l'article répond à mes recherches, je réalise une lecture intégrale en terminant par la lecture de la bibliographie et à partir de celle-ci, je m'informe sur l'ouverture des articles correspondant à l'intérêt de la recherche.

1.1. Introduction

1.1.1. *Epidémiologie*

Selon la banque Internationale Nederlanden Groep (ING, 2018), la Belgique dénombrait 1.500 maisons de repos en 2018. Ces établissements soignent environ 150.000 personnes âgées. Ces chiffres sont en augmentation progressive au fil des ans. En effet, d'après Vandresse et al. (2016) la population âgée de 65 ans et plus, qui représente actuellement 17 % de la population totale en Belgique, progresserait de manière continue pour atteindre en 2060 près de 25 % de la population totale.

En Belgique, 201.762 personnes souffrent de démence (Steyaert, 2016). D'après le site de l'OMS,

La démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. (Démence, para 1).

Les personnes démentes occupent un tiers des places dans les institutions belges pour les personnes âgées. D'après la banque ING (2018), ce chiffre a augmenté au cours des trois dernières années : la proportion de personnes démentes est passée de 32% en 2014 à 34,4% en 2017. De plus, le rapport nous montre une augmentation croissante du taux de dépendance des résidents. Ce dernier est évalué par l'échelle de KATZ (Annexe I) qui se base sur six domaines de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se transférer et se déplacer, aller à la toilette, être continent et manger. Le score comptabilisé correspond alors à un forfait. Le nombre d'échelle de KATZ correspondant aux forfaits B, C et D, est passé de 76,2% en 2014 à 78,3% en 2017. D étant le forfait déterminant un patient presque grabataire et le A une personne globalement indépendante et autonome. Malgré tout, les normes de l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité) gérées par les autorités régionales concernant les effectifs restent insuffisantes pour une charge de travail qui ne cesse de croître. « Pour trente patients classés dans la catégorie C déments, les normes sont fixées à 6,7

membres du personnel soignant » (d'après l'arrêté fixant le montant et les conditions d'octroi dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées, 2003). Lors d'un échange téléphonique, Infor-home m'a indiqué que ces normes, actuellement gérées par les autorités régionales, correspondrait au minimum acceptable. Pour des soins de qualité, il faudrait des normes plus élevées qui demanderaient un financement plus important des régions ou une augmentation de la facture du résident.

1.1.2. Prise en charge de la démence en maison de repos

Par ailleurs, plusieurs études signalent la souffrance des soignants auprès des personnes démentes (Colin et al., 2003 ; Thomas et al., 2014). En effet, le décalage entre l'idéal de soin et la réalité sur le terrain peut être une source de souffrance pour le soignant. Comme je l'ai évoqué dans l'introduction, cet état peut s'apparenter à la dissonance cognitive. Cette problématique est un des points qui aura guidé le choix de notre questionnement pour ce travail.

D'après Van der Linden M. (2014), actuellement, le modèle biomédical prédomine dans les maisons de repos, c'est-à-dire qu'il se focalise sur les questions médicales, la sécurité, l'uniformité et les directives bureaucratiques. Le décalage entre les missions pour lesquelles les soignants travaillent et celles qu'ils effectuent réellement, semble souvent être source de souffrance pour les soignants.

Dans cette partie-ci, je me suis focalisée essentiellement sur des articles français ou belges pour des raisons culturelles et linguistiques ainsi que pour la réalité du terrain.

1.1.2.1. Le manque de sens dans le travail des soignants

Comme nous l'explique Van der Linden M. (2014), les maisons de repos tentent de répondre aux défis suivants : le vieillissement de la population, une maîtrise des dépenses en soins de santé, le maintien de l'offre de soins dans certaines zones géographiques. Ces défis sont ajoutés aux profils de patients de plus en plus dépendants qui demandent une attention plus importante, et plus particulièrement pour les personnes démentes. Comme le souligne Colin G. (2003), la vieillesse, la pathologie et la mort sont souvent source de souffrance chez les soignants et une remise en question dans le sens donné au travail. Ils sont régulièrement confrontés à l'échec thérapeutique dans le stade avancé de la maladie dégénérative. L'objectif d'améliorer la santé du résident est remis en cause et parfois difficile à vivre pour le soignant.

D'après Morin (2007), les caractéristiques d'un travail qui a du sens sont l'utilité sociale du travail, la rectitude morale du travail, l'occasion d'apprentissage et de développement, l'autonomie et la qualité des relations. Le tableau suivant, présenté par Meurens (2018) dans la cadre du cours de

Management humain et comportement organisationnel, reprend ces différentes caractéristiques ainsi que leurs définitions.

Tableau 1 : Caractéristiques d'un travail qui a du sens

Caractéristiques du travail	Définitions
Utilité sociale du travail	Faire quelque chose qui est utile aux autres ou à la société, qui apporte une contribution à la société
Rectitude morale du travail	Faire un travail moralement justifiable, autant dans son accomplissement que dans les résultats qu'il engendre
Occasions d'apprentissage et de développement	Exercer un travail qui procure du plaisir parce qu'il répond aux centres d'intérêts, qu'il fait appel aux compétences et permet la réalisation personnelle
Autonomie	Pouvoir exercer ses compétences et son jugement pour résoudre des problèmes et prendre des décisions qui concernent son travail
Qualité des relations	Faire un travail qui permet d'avoir des contacts intéressants et de bonnes relations avec ses collègues

Selon E. Morin 2007

D'après Meurens (2018), le sens du travail a des effets sur le plan personnel : une plus grande satisfaction dans la vie, une meilleure estime de soi, une bonne santé mentale et physique. Il a aussi des effets sur le plan organisationnel comme la motivation au travail, l'engagement au travail, la satisfaction au travail, le climat de travail et le développement des compétences.

Dans le contexte des maisons de repos, le manque de personnel et de moyens entraîne des difficultés dans la mise en œuvre du rôle propre du soignant. En reprenant le tableau 1 ci-dessus, ce manque de moyens touche directement la rectitude morale du travail. PRESST (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) est une enquête réalisée, par Estryne-Behar et al. (2007), dans 55 établissements de soins en France, tous secteurs confondus. Dans cette étude, les soignants évoquent de souffrance d'un travail mal accompli :

Je pense que le plus pénible à supporter dans notre travail est le rapport difficile avec des personnes âgées atteintes de démence. Il faut être douce, patiente, vigilante, être toujours à l'écoute et ce n'est pas simple, lorsque nous-même sommes fatigués et, moralement, pas en meilleure forme. (Estryne-Behar et al., 2007)

En effet, d'après les chiffres selon Estryne Behar et al. (2007), 18,3% des soignants en maison de repos ont un épuisement important. Très souvent, les soignants s'impliquent énormément dans la prise de

décision pour les personnes démentes, dépendantes. C'est alors très épuisant moralement pour ces soignants qui ont la volonté de bien faire.

1.1.2.2. Difficultés dans la relation avec la personne démente

Dans leur étude, Garcia et al. montrent que :

La parcellisation du travail des soignants, entre la recherche d'information, la traçabilité, la préparation et le rangement des soins et leur réalisation, empêche un accompagnement du patient passant essentiellement par la présence du soignant à ses côtés pour une possibilité de soins relationnels. (Garcia et al. 2016)

En effet, 36,6% (Estryn-Behard et al. 2007) des soignants déclarent avoir « *rarement* » le temps de parler aux patients. Or, pour les résidents, ces interactions avec le personnel soignant constituent pratiquement les seuls contacts sociaux qu'ils peuvent avoir. Ce manque de communication aggrave les troubles comportementaux chez les personnes démentes.

Plus de 60% (Estryn-Behard et al. 2007) du personnel en maison de repos se plaint d'être confronté « *souvent* » voire « *toujours* » à des patients agressifs. Chez les personnes démentes, les troubles comportementaux sont présents dans 50 à 90% des cas (Auer et al. 1996). Ces troubles sont généralement mal vécus par le personnel soignant.

1.1.2.3. Difficultés dans la relation entre collègues

D'après l'enquête PRESST (Estryn-Baher et al. 2007), réalisée sur un échantillon européen de 40 000 soignants paramédicaux, le manque de travail en équipe est le facteur le plus important pour lequel les soignants ont l'intention d'abandonner leur profession. Garcia et al. (2016) nous indique que « *les échanges de plus de cinq minutes sont exceptionnels au sein des équipes soignantes, tous métiers confondus, lors de partages collectifs* ». Ces échanges sont souvent restreints par une charge de travail trop importante. Or, ces échanges interdisciplinaires permettent d'aborder et de traiter les différents problèmes rencontrés dans les prises en charge.

D'ailleurs, d'après le tableau des caractéristiques du sens dans le travail (voir tableau 1), nous retrouvons la qualité des relations. Elle est définie par « *faire un travail qui permet d'avoir des contacts intéressants et de bonnes relations avec ses collègues* » (Morin, 2007). En maison de repos, l'organisation des soins fait que les soignants sont constamment en mouvement. Ils n'ont donc pas l'occasion de prendre soin de ces relations.

1.1.2.4. Le rôle du référent démence en maison de repos

Pour documenter ce paragraphe, je reprends les informations communiquées dans une circulaire envoyée aux MRS et MRPA par l'INAMI et le SPF Santé Publique en 2011 (Annexe II).

Depuis 2010, l'INAMI finance 0,5 ETP pour un référent démence dans les MRS et MRPA, mais cet engagement reste facultatif.

Un référent démence est une personne engagée pour donner des conseils pour l'encadrement et les soins aux personnes atteintes de démence. Il a aussi une fonction de liaison avec le réseau hospitalier et entre les différents professionnels autour de la personne (médecin, infirmière, etc.). Il a un rôle de soutien dans les difficultés rencontrées. Dans mon expérience de chef infirmière dans un service fermé d'une maison de repos, nous faisons régulièrement appel au référent démence lorsqu'un patient refusait de prendre sa douche, de manger ou présentait des comportements agressifs. Il participait aux réunions interdisciplinaires et nous donnait des pistes dans certaines prises en charge. Selon moi, leur rôle est indispensable en maison de repos où les soignants ne sont pas toujours formés pour accompagner les personnes démentes.

Depuis 2013, le référent démence doit suivre une formation reconnue par le SPF santé publique répondant à plusieurs exigences (Annexe II).

Pour pouvoir prendre en charge la personne atteinte de démence dans le cadre des maisons de repos, il faudrait pouvoir trouver des alternatives pour le soignant. Dans la cadre de mon travail, je vais m'intéresser à l'approche Montessori.

1.1.3. Montessori

1.1.3.1. Origines de la pédagogie Montessori : de l'enfant avec une déficience mentale à la personne âgée atteinte de démence

a. Maria Montessori : un pilier de la pédagogie pour les enfants

Maria Montessori (1870-1952) est mondialement reconnue pour son approche pédagogique, communément nommée la méthode Montessori. A travers différentes expériences professionnelles au contact d'enfants avec des troubles cognitifs, Montessori remarqua l'importance d'un soutien pédagogique pour ces enfants. Elle développa une méthode d'éducation centrée davantage sur l'aspect pédagogique que médical. En observant l'évolution de ces enfants, elle développa des théories sur l'éducation qui furent partagées dans le monde médical. D'après les résultats de ces observations, en utilisant sa méthode, certains enfants qui présentaient une déficience cognitive se

développaient plus rapidement que d'autres enfants sans déficience mais ne bénéficiant pas de sa méthode. En conséquence, Maria Montessori proposa d'appliquer sa méthode d'apprentissage à tous les enfants.

« *Aide-moi à faire seul* » (Poussin 2017) est le grand principe véhiculé par cette approche. L'observation est le meilleur moyen pour déceler les besoins et les capacités de l'enfant. L'adulte joue alors le rôle de facilitateur (voir le paragraphe 1.1.4.2. le facilitateur) pour l'accompagner dans son éducation et lui permettre de s'intégrer à son milieu. Montessori a révolutionné la pédagogie en permettant à l'enfant de développer son potentiel physique, social et spirituel, afin qu'il devienne un adulte responsable, en harmonie avec lui-même, les autres et son environnement. Comme l'écrit Charlotte Poussin (2017), administratrice de l'Association Montessori de France (AMI) et éducatrice Montessori AMI : « *Bien plus qu'une méthode, la pédagogie Montessori est un état d'esprit, qui ne se limite pas à une tranche d'âge* ».

b. L'approche Montessori adaptée aux personnes âgées sous Cameron Camp

Cameron Camp est un professeur américain de psychologie. Il réalise un doctorat de psychologie à Houston avec une thèse sur la cognition et le vieillissement. Camp porte un intérêt tout particulier à développer des processus pour améliorer la mémoire chez les personnes âgées (Anschutz et al. 1987). Il étudie également les stratégies de mémoire utilisées spontanément par les jeunes adultes et les personnes plus âgées (Camp et al. 1983). Il se rend compte que toutes les méthodes qu'il pratiquait jusqu'à présent avec les personnes non atteintes de troubles cognitifs, ne fonctionnaient pas avec les personnes démentes. Camp commence alors à développer des interventions pour les comportements difficiles associés à la démence. Dès lors, il remarque le potentiel de la méthode Montessori auprès de ces personnes. Il réalise des recherches dans la mise au point d'une technique d'amélioration de leur mémoire (Camp et al. 1996).

En 1993, il propose une théorie sur les « *interventions de mémoire* » pour les personnes âgées avec et sans démence. Ces interventions ciblent la mémoire implicite et explicite, en utilisant le stockage interne et externe des informations (Camp et al, 1993). Ainsi, elles démontrent la capacité de la méthode à accéder à la mémoire interne et procédurale. Toutes ces expériences lui permettent d'observer les liens entre l'approche Montessori et les concepts de neuroscience, dans la prise en charge de personnes atteintes de démence. Camp demande alors à un étudiant de réaliser une étude sur l'utilisation des principes Montessori avec une personne atteinte de démence, dans un centre de jour (Vance et al. 2001).

En 1995, avec son épouse, ils ouvrent un centre de jour, Menorah Park, dans lequel ils développent l'approche Montessori pour les personnes âgées atteintes de démence. La partie suivante de ce mémoire présente les différents principes de cette méthode appliquée à des personnes âgées avec troubles cognitifs.

1.1.4. Les grands axes du modèle Montessori en maison de repos pour la personne âgée atteinte de la démence

En réhabilitant les patients aux gestes de la vie courante et en renforçant les liens sociaux, cette approche améliore la qualité de vie de tous. Elle renforce l'estime de soi des patients, et reconforte les familles ainsi que les soignants qui sont témoins des progrès réalisés. En pratiquant ces valeurs, la vie des résidents et des soignants est transformée.

Dans le tableau 2 ci-dessous, l'organisme de formation AG&D reprend 12 principes selon l'approche Montessori.

Tableau 2 : Les 12 principes de Montessori

Les 12 principes de Montessori
1. L'activité doit avoir un but/sens pour la personne, capter son intérêt.
2. Penser à demander à la personne et à l'inviter à participer.
3. Offrir du choix à chaque fois que c'est possible.
4. Parler moins, montrer plus !
5. Se concentrer sur les capacités de la personne.
6. Ralentir. Adapter sa vitesse à celle de la personne.
7. Utiliser des modèles, des indices visuels dans le matériel et l'environnement.
8. Donner à la personne quelque chose à tenir et manipuler.
9. Toujours aller du plus simple au plus complexe.
10. Si besoin, diviser l'activité en sous étapes. Une étape à la fois.
11. Terminer en demandant : « Avez-vous aimé ? », « Voudriez-vous le refaire ? »
12. Le but de l'engagement. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise manière à faire.

« La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées. » ©AG&D 2013.

Dans les paragraphes suivants, je développe les principes Montessori que j'ai classé en 3 catégories : la personne, le facilitateur ainsi que l'environnement et le matériel.

1.1.4.1. La personne

Selon Ducak et al. (2018) : « *Les activités Montessori se basent sur les valeurs de soins centrés sur la personne car elles mettent l'accent sur le respect, la dignité et l'indépendance, et peuvent donc être utilisées avec des personnes de tout âge.* ». En effet, pour respecter ces valeurs, la personne doit pouvoir choisir ses activités, ses repas, l'heure à laquelle elle fait sa toilette. Ces choix lui permettront de retrouver un sentiment de contrôle sur sa vie. Or, certaines contraintes peuvent limiter le choix à deux possibilités mais c'est suffisant pour qu'elle ne soit pas en situation d'échec et qu'elle maintienne un pouvoir de décision. Les choix ne sont jamais acquis, il faut laisser la personne se repositionner par rapport à ce qu'elle souhaite. D'après les « *12 principes Montessori* » (AG&D 2013), il faut « *offrir du choix à chaque fois que c'est possible* », « *penser à demander à la personne et à l'inviter à participer* » (voir le tableau 2 ci-dessus).

Un des 12 principes Montessori est de donner un sens à l'activité, capter l'intérêt de la personne. Pour cela, comme nous l'avons vu précédemment avec Maria Montessori, l'observation est indispensable dans la prise en charge. En maison de repos, la méthode invite à observer le résident pour remarquer ses capacités préservées et ses déficits. Car le but est d'éviter à tout prix que le bénéficiaire se sente en situation d'échec. De plus, ce temps d'observation va permettre aux soignants de prendre du recul par rapport à la pathologie de la personne et ne pas les confondre avec leurs troubles. Il est donc indispensable de bien connaître la personne, son histoire de vie, ses goûts, ses préférences, pour la valoriser par ses compétences tout en maintenant ses ressources.

D'après le professeur Camp (2010), le bénéficiaire doit pouvoir obtenir un rôle social par ses compétences. Ce rôle lui permettra de renforcer son sentiment d'appartenance. C'est ce qui correspond au principe n°5 de l'approche Montessori ; « *se concentrer sur les capacités de la personne* ». En effet, cette dernière retrouvera une place au sein d'une communauté et le sentiment d'être utile. De plus, en lui laissant le choix, la personne choisit la vie qu'elle veut vivre, elle se sent soutenue et se sent exister en tant qu'individu. Ce paragraphe reflète la valeur du respect de la personne en lui accordant un rôle dans la société, tout en étant connectée au monde extérieur et pas seulement à la vie de la résidence dans laquelle elle vit. Ce rôle sera soutenu par l'engagement de la personne. Cet engagement n'est pas seulement résumé aux actions mais aussi à l'observation. Le patient dément préférera observer, être passif dans un premier temps, pour prendre confiance.

Les personnes atteintes de démences prennent confiance en mémorisant les actions répétitives car leur mémoire procédurale est préservée. Ce phénomène est similaire à ce que Montessori a décrit chez les enfants comme « *l'apprentissage inconscient* ». Les activités de routine font partie des principes à mettre en place dans l'environnement de la personne, notamment par le facilitateur.

1.1.4.2. Le facilitateur

D'après Orsulic-Jeras et al. (2001), le rôle de facilitateur consiste à créer les conditions pour permettre à la personne de réussir au quotidien, de réaliser elle-même les activités de la vie journalière. Il se centre sur les capacités préservées et les intérêts de la personne. Généralement, les facilitateurs sont la famille, l'entourage et bien sûr les soignants.

De plus, l'aidant est invité à créer les conditions pour faire ré-émerger la personne cachée par ses déficits. Ce concept est décrit en 1936 par Maria Montessori : « *Une fois qu'ils sont arrivés au but fixé, ils éprouvent alors le sentiment de revenir entièrement à eux.* ». Ces attitudes à avoir répondent aux valeurs comme la dignité et le respect de la personne.

1.1.4.3. L'environnement et le matériel

Pour commencer, selon Camp, le résident doit se sentir chez lui, comme à la maison. L'environnement joue un rôle important dans le bien-être de la personne âgée comme nous le démontre Razes (2015) dans sa thèse sur l'environnement architectural et la qualité de vie d'une personne âgée. Pour cela, elle explique qu'il faut aller au-delà de nos stéréotypes sur les bénéficiaires, leurs modes de vie, ce qui nous semble beau, notre définition de la qualité de vie. Il faut donc aller à la rencontre des personnes, les faire participer, leur laisser le pouvoir de décision comme nous l'avons expliqué ci-dessus. Comme nous l'explique Favre (2017), l'environnement doit être adapté aux besoins de la personne et non l'inverse. Ainsi, il leur permettra de retrouver ce rôle social que nous avons évoqué dans le point précédent.

De plus, l'activité doit porter du sens pour la personne, elle doit avoir un but. L'utilisation d'objets rappelant la vie quotidienne, va lui permettre d'être autonome. En répétant les activités, les gestes avec ces objets, elle les identifiera plus facilement dans la vie de tous les jours.

Le choix du lieu de l'activité est important. Comme l'évoque Razes (2015), l'environnement joue un rôle important dans la qualité de vie de la personne. Le facilitateur doit veiller à limiter les distractions autour du bénéficiaire. L'activité doit se faire dans un endroit calme pour qu'il puisse se concentrer et éviter les échecs. D'après Maria Montessori, la structure et l'ordre permettent une meilleure concentration.

Ensuite, pour que le résident adhère au mieux aux activités, ces dernières doivent être adaptées. Elles peuvent l'être en fonction des capacités préservées de la personne comme je l'ai évoqué précédemment. L'utilisation de modèles, de gabarits, d'indices visuels, d'après le principe n°7

« *Utiliser des modèles, des indices visuels dans le matériel et l'environnement* », permet d'ajuster l'animation aux capacités de la personne.

Nous pouvons remarquer que le rôle du facilitateur est absolument essentiel pour pouvoir mettre en place toutes ces activités, en prenant compte de la personne dans son environnement.

1.2. Impact de l'approche Montessori

1.2.1. *Impact sur le résident*

Pour argumenter cette partie sur l'impact de l'approche Montessori sur les résidents atteints de troubles cognitifs, je vais me baser sur différentes études réalisées auprès des personnes démentes.

Ducak (2012) a réalisé une thèse sur la méthode Montessori au sein d'un établissement de longue durée dans l'Ontario au Canada. Selon l'étude de Ducak (2012) mais également Orsulic-Jeras et al. (2001), en augmentant les activités de la vie quotidienne, en valorisant les rôles des résidents et en stimulant leurs relations, l'approche Montessori participe à réduire l'ennui des résidents et les aide à trouver un nouveau sens à leur vie. En effet, les comportements réactifs des personnes avec des troubles cognitifs, sont souvent liés à l'ennui et au manque de moyens pour exprimer leurs frustrations. En participant aux activités, les comportements réactifs vont alors diminuer. D'après le témoignage des soignants interviewés, les bénéficiaires sortent plus régulièrement de leur chambre, entament plus facilement une conversation et chutent moins souvent. Ces activités participent donc à l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie des résidents.

Les activités réduisent les comportements réactifs comme les cris, elles permettent alors de diminuer la prescription d'antipsychotiques et de sédatifs. Je peux le justifier par une étude menée dans un service (Robert et al, 2015). Dans cette unité, il y a 16 résidents. 12 d'entre eux avaient des sédatifs et antipsychotiques dans leur traitement au début du projet. Neuf mois après le début de l'expérimentation, 9 résidents sur les 12 ne prennent plus aucun sédatif ni antipsychotique.

L'approche Montessori permet également d'observer un impact positif sur les comportements des résidents. D'après Giroux et al. (2010), le non verbal des résidents montre qu'ils semblent plus heureux et présentent moins de signes d'anxiété, de colère et de peur en participant aux activités basées sur leurs capacités. Les personnes avec des troubles cognitifs sont alors concentrées pendant plus longtemps et participent plus souvent aux activités Montessori par rapport aux autres activités.

Pour conclure, nous pouvons remarquer qu'il n'y a aucun point négatif relevé dans les différents articles alors que l'impact positif est mis en avant. En effet, les activités basées sur l'approche Montessori favorisent l'estime de soi, l'accomplissement de soi, une diminution des comportements réactifs, une diminution significative des antipsychotiques et sédatifs, une valorisation de la personne,

etc. Maintenant que j'ai présenté l'impact que l'approche a sur les résidents, nous allons nous intéresser à l'impact au niveau de l'équipe de professionnels qui entoure les résidents.

1.2.2. *Impact sur le personnel soignant*

Pour réaliser les recherches et trouver les articles, j'ai procédé de la même manière que pour les autres parties théoriques. Dans un premier temps, j'ai réalisé une recherche plutôt globale dans le moteur de recherche des bibliothèques de l'UCL « libellule ». Les mots clés les plus utilisés étaient : Montessori, LTC (long term care), caregivers, dementia, person-centered care.

Duffy et al. (2009) nous montrent que les soignants des institutions pour les personnes avec démence, sont plus à risque d'épuisement professionnel lié à un épuisement émotionnel, un sentiment d'inefficacité et une dépersonnalisation. En revanche, je vais tenter de montrer l'impact positif, ainsi que les limites que peut avoir l'approche Montessori pour une équipe qui la pratique au cœur des soins.

Comme nous le présentent Orsulic-Jeras et al. (2001), la programmation des activités basées sur Montessori peut permettre à l'équipe de déployer sa créativité. Cependant, il est important de veiller à ce que chacune des activités réponde aux besoins individuels des résidents. Comme je l'ai expliqué précédemment, ils ont chacun une histoire de vie et présentent des désirs différents. La programmation des activités selon Montessori s'adapte à chaque contexte.

Ducak (2012), quant à elle, met en lumière deux gros obstacles pour la mise en œuvre de l'approche Montessori. Nous retrouvons dans un premier temps le système biomédical (définition 1.1.2. Prise en charge de la démence en maison de repos) bien ancré dans les structures de soins qui met la priorité sur la prise en charge médicale et non sur la qualité de vie du résident. Et dans un deuxième temps, le financement est insuffisant pour la formation du personnel mais aussi pour l'achat de matériel pour les activités.

Ducak (2012) et McCormack (2010) nous expliquent que le personnel soignant témoigne d'une meilleure « connexion » avec les résidents, d'une attention plus importante envers les résidents depuis l'application de l'approche Montessori. Ils expliquent qu'ils communiquent plus facilement (le non-verbal dans certains cas). En effet, en adaptant les activités aux capacités des bénéficiaires, ceux-ci se sentent valorisés, leur estime de soi est renforcée et donc ils s'ouvrent davantage aux personnes qui les entourent. Ensuite, d'après ces mêmes études, le personnel exprime un engagement et épanouissement professionnel plus important, ils ont une plus grande envie de venir travailler. D'après Strens (2011) cette approche encourage les nouvelles perspectives, les nouvelles activités et impacte donc directement la satisfaction du personnel soignant.

De plus, McCormack (2010) nous explique que l'approche centrée sur le résident combinée à l'approche Montessori, implique un changement de regard, d'attitude, et aura un impact direct sur les soins mais aussi sur la satisfaction du personnel infirmier.

Pour terminer, Ducak (2012) et McCormack (2010) nous montrent la valorisation du travail interdisciplinaire. D'après Ducak (2012), les éducateurs et les infirmiers qui expriment une certaine difficulté à travailler ensemble étant donné leur différence dans leur façon de travailler, sont encouragés par la méthode Montessori à « *penser autrement* » et mettre la priorité sur la qualité de vie du résident. McCormack nous parle d'un soutien entre collègues et d'une meilleure communication qui allègent la charge de travail et diminuent donc le stress. Strens (2011) évoque aussi la diminution du stress des soignants. Comme nous pouvons le constater, l'implémentation de l'approche demande un partage des connaissances et des compétences au sein de l'équipe. Enfin, Witt-Hoblit évoque une réduction du turnover chez les soignants ainsi qu'une réduction du stress.

Hanna et al. (2018) présentent un protocole d'évaluation des effets de la pratique Montessori dans les soins aux personnes atteintes de démence dans un centre de répit. Etant donné que la recherche est toujours en cours, et bien que je les ai contactés, je n'ai malheureusement pas accès aux résultats qui pourraient m'intéresser dans ma démarche.

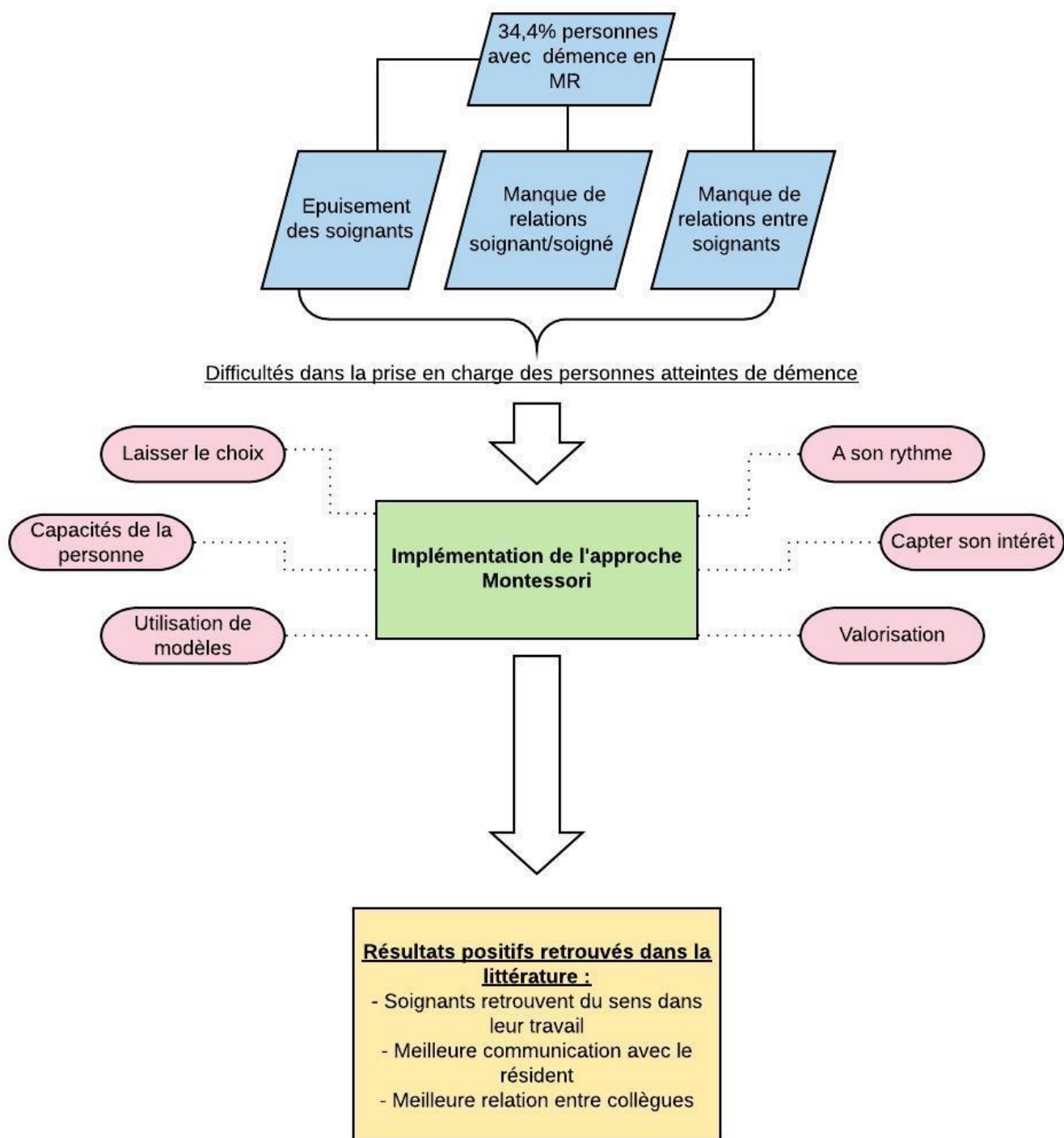
Tableau 3 : Résultats de la recherche documentaire sur l'impact de l'approche Montessori sur le personnel soignant

AUTEUR Pays Année de publication	n =	Méthode	Mesures	Résultats
HANNA, A. Australie 2018	48 personnes (résidents, soignants, aidants naturels)	Cohorte, observation, évaluation qualitative, étude comparative entre services avec approche Montessori et sans Sur base volontaire	Résidents : cognition, dépression, comportements et engagement Aidant naturel : charge, fidélité au programme Soignants : Burnout, satisfaction, engagement professionnel, fidélité au programme	Etude en cours : Epuisement professionnel Satisfaction du personnel Engagement professionnel
DUCAK, K. Canada 2012	17 soignants	Echantillonnage raisonné, stades différents de la mise en œuvre de l'approche Montessori Entretiens téléphoniques semi-dirigés auprès du personnel soignant Méthode qualitative	Questions individuelles et démographiques Expérience par rapport à l'approche Montessori	Motivation Favorisation des nouvelles idées et perspectives Difficultés dans la collaboration entre les professionnels Meilleure communication avec le résident
ROBERTS, G. Australie 2015	49 (soignants, résidents, familles)	Entretiens qualitatifs auprès des familles par un membre du personnel Mesures quantitatives du CMAI (résidents) Mesures qualitatives et quantitatives par rapport au personnel soignant	Résidents : Utilisation d'antipsychotiques (rétrospectifs), Troubles comportements et psychologiques Qualité des soins et qualité de vie des résidents Soignants : TURNIP : environnement, attitudes, connaissances, organisation des soins.	Changements positifs Valorisation du résident Approfondissement des connaissances sur la démence Confiance du personnel
MCCORMA CK, B. Irlande 2010	18 institutions de soins	Collecte des données en 3 temps répartis sur 2 ans. Méthode quantitative	Infirmiers et résidents : processus et résultats des soins centrés sur la personne. Perception des soins dans la relation soignant/soigné Evaluation des soins	Epanouissement professionnel Diminution du stress Allègement charge de travail Soutien entre collègues et meilleure communication Attention plus importante envers le résident
STRENS, A. USA 2011	40 soignants	Méthode qualitative Entretiens (coordinateur paramédical et éducateurs) auto-évaluation après mise en œuvre du programme	Expérience, perceptions et attitudes des soignants	Satisfaction dans le travail Diminution des frustrations et du stress Plus grande interaction entre les soignants et les résidents
WITT- HOBLIT, I. USA 2016	16 institutions de soins	Etude comparative dans le temps Observation des soignants Qualitative	Administration des médicaments, déambulation, agitation, turnover du personnel et paramètres des résidents (poids, sommeil, alimentation)	Réduction du turnover des soignants Réduction du stress

In fine, les études sur l'impact de l'approche Montessori sur les équipes soignantes sont encore peu nombreuses. Malgré des recherches élargies, seuls six articles concernaient ce sujet. De plus, ces travaux présentent plusieurs limitations qui entravent leur interprétation. Dans l'étude de Ducak, 71% des participants sont des « *employés de loisirs* », qui correspondent aux éducateurs en Belgique, il y a peu de diversité dans les professions interrogées. L'étude de McComarck consiste à évaluer la méthode centrée sur le patient accompagnée des principes Montessori. De plus, cette dernière étude est exclusivement réalisée sur les soins infirmiers. Effectivement, nous pouvons remarquer une hétérogénéité dans l'utilisation des méthodes et les contextes dans lesquelles se sont déroulées les études (qualitatives, quantitatives, cohortes, observations...). Cette hétérogénéité rend toute méta-analyse impossible.

Dans la carte mentale suivante, j'ai synthétisé les différentes notions rencontrées dans la partie théorique.

Carte mentale 1 : Synthèse de la partie théorique



II. Problématique

Comme nous venons de le voir, le contexte actuel de l'accueil des personnes atteintes de démence en maisons de repos, est difficile. En effet, j'ai parlé d'épuisement des soignants, du manque de relations entre le soignant et la personne soignée et un manque de relation entre collègues. Après avoir présenté l'approche Montessori pour les personnes âgées, j'ai présenté des recherches sur l'impact de Montessori sur les soignants. Cependant, nous venons de voir que les recherches sont peu nombreuses et peu fiables. Pour en savoir plus, je décide d'aborder la problématique suivante :

III. Question de recherche

Quelles sont les expériences de l'implémentation de l'approche Montessori au sein des équipes en maison de repos ?

Avant de poursuivre, je définis les termes de mon interrogation. En mentionnant le terme « expériences », j'attends du personnel qu'il puisse partager aussi bien leur pratique dans les soins avec les résidents que leurs impressions face au travail. L'implémentation est l'application d'une méthode, la mise en pratique d'un modèle. Ici, je parle de la réalisation de l'approche Montessori au sein des maisons de repos. L'équipe correspond au personnel travaillant au sein de la maison de repos pris au sens large : ergothérapeutes, personnel d'entretien, infirmiers et aides-soignants, direction, etc. Tout au long de ce travail, le terme « *soignants* » s'appliquera donc à tout le personnel travaillant au sein des maisons de repos. Enfin, je n'ai pas fait de différence entre MR, MRPA, MRS (voir Lexique), lorsque je parle de « *maison de repos* » j'inclue les différents types d'institutions.

IV. Hypothèses

La méthode Montessori est une approche de soins pour la prise en charge des personnes âgées en maison de repos :

- Elle améliore le sens dans le travail pour le soignant
- Elle améliore les relations entre collègues
- Elle améliore la relation avec le résident

V. Objectifs

Les objectifs généraux sont :

- L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées avec des troubles cognitifs.
- La proposer aux soignants comme outils alternatifs pour une prise en charge adaptée des personnes présentant des troubles cognitifs.

Dans cette étude, pour avoir une triangulation des avis, je confronte la théorie aux témoignages d'expériences des professionnels recueillis lors d'entretiens ainsi qu'à un focus groupe ciblant le suivi de la formation à l'approche Montessori. La finalité de cette expérimentation est de :

- Présenter les expériences des professionnels dans l'implémentation de la philosophie Montessori au sein des maisons de repos.
- Montrer les bénéfices et dommages au niveau des soignants.
- Observer l'évolution des relations entre collègues ainsi qu'avec le résident lors de l'implémentation de l'approche Montessori en maison de repos.

Pour répondre aux objectifs précédents, j'ai choisi de réaliser des entretiens auprès de personnes formées à l'approche Montessori (Annexe III) et travaillant en maison de repos. J'ai aussi participé à un focus groupe lors d'un suivi de la formation à l'approche Montessori au sein de la maison de repos le Grand Pré à Wépion.

VI. Les entretiens individuels

1.1.Méthodologie

Avec ma promotrice, nous avons eu l'opportunité de rencontrer le directeur ainsi que la coordinatrice des soins de la maison de retraite le Grand Pré à Wépion. Lors de cet entretien, je leur ai présenté mon projet de mémoire et M. Gorjon, le directeur, nous a dressé le contexte dans lequel la méthode Montessori a été mise en place.

L'augmentation de la capacité d'accueil de la maison de repos, prévue en août 2019, en passant de 58 à 100 lits agréés, a suscité des réflexions d'équipes. Cela a engendré le désir d'une modification de leur projet de vie institutionnel et d'une amélioration de l'accompagnement relationnel des résidents.

En janvier 2019, la maison de repos a commencé le processus de formation à l'approche Montessori pour quinze membres de son personnel.

Début février 2019, ils ont commencé l'organisation de réunions d'informations pour l'ensemble du personnel, les résidents et les familles. J'ai eu la possibilité d'assister à la réunion d'informations pour les infirmières non formées. L'ensemble du personnel ainsi que les familles, ont signé un « pacte d'adhésion » pour le nouveau projet institutionnel sur l'approche Montessori.

Pour le suivi de la formation, ils organisent des réunions mensuelles pour le personnel formé. N'ayant pas la possibilité d'y assister, ils m'ont fait parvenir les PV de réunions. Je ne peux malheureusement pas utiliser ce matériel. Ce dernier rassemble des informations ne concernant pas le cadre de ma recherche.

Puis, compte tenu de la crise sanitaire actuelle, les entretiens n'ont pu être réalisés. Cependant, le guide d'entretien (Annexe IV) avait été validé par le comité d'éthique du CHU de Mont-Godinne pour me permettre d'interviewer des soignants.

Chacune des personnes interviewées était invitée à partager son expérience sur l'implémentation de l'approche Montessori au sein de la maison de repos. Pour leur garantir la confidentialité des informations et leur anonymat, les données ont été anonymisées à l'aide d'un code d'identification.

1.1.1. Choix de l'approche qualitative et des entretiens semi-dirigés

Le but de cette expérimentation est de récolter les expériences des soignants dans le cadre de l'implémentation de l'approche Montessori au sein de la maison de repos dans laquelle ils travaillent. Dans ce contexte, la méthode qui nous paraît la plus pertinente est l'entretien semi-dirigé pour une étude qualitative.

Dans un premier temps, l'entretien semi dirigé va permettre de :

Saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les professionnels et le chercheur, dans une dynamique de co-construction du sens. Il va en outre donner des points de repères pour l'interviewer. Il permet d'amasser des informations de bonne qualité, orientées vers le but poursuivi. Il contribue au développement de connaissances favorisant les approches qualitatives et interprétatives. Enfin, il se fait dans un laps de temps raisonnable. (Imbert, 2010).

Ces entretiens semi-dirigés ont été menés avec un guide d'entretien pour pouvoir respecter un cadre sans s'éloigner de l'objet de la recherche.

Dans un second temps, la méthode qualitative permet « *d'appréhender l'objet d'étude, ici l'expérience des professionnels, de manière globale, proximale, directe et interprétative* » (Imbert, 2010). Elle vise à explorer la connaissance du phénomène de l'étude.

1.1.2. Construction du guide d'entretien

Le contenu du guide d'entretien est défini à partir des hypothèses ressorties à la suite de la théorie mais aussi par rapport à notre expérience personnelle quant à l'approche Montessori. Les questions visent à atteindre les objectifs fixés auparavant et sont en lien avec l'implémentation de la philosophie Montessori au sein d'une maison de repos. Pour rappel, les objectifs de notre recherche sont les suivants :

- Présenter les expériences des professionnels et montrer les bénéfices et dommages au niveau des soignants
- Observer l'évolution des relations entre collègues et avec le résident.

L'avantage de réaliser des entretiens semi-dirigés est de pouvoir organiser l'entretien en fonction des réponses de l'interviewé.

Les trois catégories thématiques qui découlent des hypothèses sont : le sens donné au travail, la relation du soignant avec le résident ainsi que la relation entre soignants. Dans le choix des items, j'ai décidé de garder des thèmes suffisamment larges pour ne pas me restreindre dans la collecte de données. La carte mentale 1 rassemble les éléments retenus dans la partie théorique. Elle m'a permis de cibler les points importants lors des entretiens. Dans les questions posées, il fallait être attentif à ne pas porter de jugement pour que le participant puisse répondre en toute liberté. L'utilisation de questions ouvertes m'a permis d'être plus objective. La charge de travail n'a pas été abordée dans la théorie mais il me paraît intéressant d'évaluer ce point lors des entretiens. Pour terminer, pour pouvoir

imaginer des pistes d'actions, j'ai ajouté un point sur les freins, leviers et suggestions dans l'implémentation des principes.

1.1.3. Validation du guide d'entretien et entretien test

Le guide d'entretien a été retravaillé à plusieurs reprises. Dans un premier temps, ma promotrice, Marie de Saint Hubert a été une personne ressource. Ce guide a ensuite été présenté au Professeur Vincent Lorant, Professeur à la faculté de santé publique et pour terminer à Cécile Piron, co-promotrice.

Les entretiens devaient commencer en mars 2020 au Grand Pré. Dans le contexte pandémique, les équipes des maisons de repos ont dû faire face à des priorités bien plus grandes. Pour tester le guide d'entretien et vérifier la compréhension des questions, j'ai donc contacté un groupe Facebook qui rassemble des soignants autour de l'approche Montessori. Un ergothérapeute, formé à l'approche Montessori depuis 3 ans, a répondu aux différentes questions. L'entretien s'est bien déroulé, et je n'ai donc fait aucune modification du guide d'entretien à la suite de cette interview. Cependant, l'entretien test m'a permis d'ajuster notre grille pour le codage des données. Je l'expliquerai ultérieurement dans le travail.

1.1.4. Stratégie d'échantillonnage

Au départ, il était prévu d'interviewer le personnel formé à Montessori au sein de la maison de repos le Grand Pré à Wépion. Dû aux circonstances de la crise sanitaire du coronavirus, j'ai changé d'échantillon. J'ai régulièrement posté des publications sur un groupe Facebook « *la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées* » qui regroupe 8360 membres. Les personnes se portaient volontaires pour répondre à l'enquête. Puis, sur LinkedIn, j'ai réalisé une recherche à partir de « *Montessori personnes âgées* ». J'ai envoyé un message privé à quatorze personnes sur LinkedIn. Deux d'entre elles ont répondu favorablement. Il s'agit d'un échantillon de convenance, en fonction de la disponibilité des personnes sur Facebook et LinkedIn, de la crise sanitaire et de l'impossibilité de me rendre dans les maisons de repos.

Les participants ont été choisis sur base de leur formation à l'approche Montessori pour les personnes âgées. Afin de s'assurer de l'impact global de cette approche, j'ai choisi d'interroger plusieurs professionnels, sur base volontaire, pour que le répondant puisse se sentir libre dans la déclaration de ses propos.

Les critères d'inclusions sont donc : avoir été formé à l'approche Montessori pour les personnes âgées et avoir travaillé ou travaillant en maison de repos.

Il n'y a aucun critère d'exclusion.

Je n'ai pas prédéfini une taille pour l'échantillon. A partir du moment où les répondants n'ont plus apporté de nouvelles informations, j'ai arrêté l'étude. De plus, je suis limitée dans le temps et le traitement des données.

1.1.5. Analyse et traitement des données

Au début de chaque entretien, j'informais la personne sur la durée de celui-ci (environ 30-45min), son déroulement et lui certifiais l'anonymisation de ses propos. Je lui expliquais que l'entretien aurait la forme d'une discussion et qu'ils étaient libres de leurs propos. Je demandais l'accord d'enregistrement et enregistrerais l'entretien. En parallèle, je prenais note des idées pertinentes dans des fiches individuelles. Rapidement après l'entretien, je prenais le temps de le réécouter et de compléter les notes avec des mots clés cités.

Ensuite, j'ai choisi de classer toutes ces données par catégories dans une grille (Annexe V). En effet, d'après Paillé et Mucchielli (2003) « *la thématization constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique)* ». Pour commencer, la grille reprenait les trois thèmes suivants qui correspondent aux hypothèses : le sens donné au travail, la relation du soignant avec le résident ainsi que la relation entre soignants. Pour terminer, j'ai inséré une colonne « *autre* » afin d'ajouter des informations qui ne rentreraient pas dans les catégories thématiques précédentes mais qui seraient intéressantes à collecter dans le cadre de la recherche. Puis, après l'entretien test, j'ai décidé de rajouter les catégories suivantes : leviers, freins et suggestions. En effet, le guide d'entretien permet d'aborder des points clés qui ne se retrouvaient pas dans les catégories choisies auparavant.

Dans le tableau suivant, je présente la classification des données collectées lors des entretiens.

Tableau 4 : classification des données collectées

Code d'identification	Sens donné au travail	Relation entre collègues	Relation avec le résident	Leviers	Freins	Autres	Suggestions
...

Les données sont analysées de manière sémantique. Cette technique permet de s'intéresser aux idées clés sans reprendre mot à mot toutes les réponses. « *Les unités de contenu sont les idées clés énoncées par les interviewés*» (Andreani, 2005, p.7).

Au terme de cette recherche, j'ai répertorié les expériences des professionnels dans l'implémentation de l'approche Montessori. Les expériences analysées sont principalement orientées sur le sens donné au travail, la relation soignant/soigné et la relation soignant/soignant.

La retranscription des entretiens ne se trouve pas dans ce document mais elle peut être consultée sur un CD Rom se trouvant au secrétariat de la faculté de santé publique.

1.2. Les résultats

1.2.1. *Echantillon*

Pour rappel, l'échantillon initialement prévu pour l'étude correspondait au personnel formé à l'approche Montessori dans la maison de repos le Grand Pré à Wépion. Cependant, pendant plusieurs mois, le personnel était peu disponible puisque la maison de repos était en agrandissement. Puis dû aux circonstances de crise sanitaire liée au Coronavirus, je n'ai pas pu me rendre dans la maison de repos pour réaliser les entretiens. Ils n'ont pas accepté de réaliser les entretiens par téléphone, par manque de temps et une charge de travail importante. J'ai donc choisi de faire appel aux membres d'un groupe sur Facebook : « *La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées* » sur lequel j'avais trouvé une personne pour l'entretien test. J'ai aussi fait appel à des personnes trouvées sur LinkedIn.

De nombreuses personnes ont proposé leur aide en répondant à ma demande puis lorsque je les contactais, ils ne répondaient plus. Les soignants étaient probablement moins disponibles en raison de l'épidémie de Coronavirus et n'avaient pas envie de prendre du temps pour répondre à l'interview. Finalement, j'ai eu l'opportunité d'interroger neuf personnes par téléphone. Une des limites de cette collecte de données est l'impossibilité d'observer les éléments de communication non verbale des personnes interviewées, ce qui est pourtant une source importante d'informations.

Le tableau ci-dessous reprend le profil des soignants constituant l'échantillon des personnes auprès desquelles j'ai mené les entretiens.

Tableau 5 : Echantillon des personnes interviewées

Fonction	Age	Formation Montessori	Formé depuis combien de temps	Suivi de la formation	Formation Montessori de l'institution depuis
Ergothérapeute et référent démence	39 ans	Institutionnelle	3 ans	Réunion hebdomadaire	3 ans
Psychologue	35 ans	Individuelle	6 mois	Aucun	Non formée
Ergothérapeute	24 ans	Individuelle	1 an	Aucun	Non formée
Gestionnaire en intendance	24 ans	Institutionnelle	3 ans	Aucun mais organisation de l'institution en fonction de Montessori	10 ans
Aide médico-psychologique	31 ans	Institutionnelle	3 ans	Non spécifié	8 ans
Ergothérapeute, référente pour la démence	41 ans	Institutionnelle	10 ans	Non spécifié	Pas de réponse
Ergothérapeute	33 ans	Institutionnelle	6 mois (lors de son engagement)	Suivi mensuel	5 ans
Coordinatrice centre de jour	42 ans	Individuelle	4 ans	Aucun suivi	Non formée
Infirmière	37 ans	Individuelle	10 ans	Non spécifié	Non formée

Le guide d'entretien était initialement prévu pour la maison de repos du Grand Pré, je me suis donc adaptée en fonction des personnes interviewées. En effet, les questions ne seront pas identiques dans le cadre d'une formation individuelle plutôt qu'institutionnelle.

Lors des entretiens téléphoniques, les personnes interviewées se sont rendues totalement disponibles et semblaient très enthousiastes en partageant leur expérience dans l'application de l'approche Montessori. La majorité, se rendaient disponibles par téléphone juste après leur journée de travail. La plupart ont proposé d'être recontacté pour compléter leurs réponses si nécessaires et certains ont aussi demander d'avoir le travail finalisé.

1.2.2. Collecte et analyse des données

1.2.2.1. Sens donné au travail

Comme il est défini dans la théorie, le sens donné au travail est caractérisé par : l'utilité sociale, la rectitude morale, les apprentissages et développement, l'autonomie et la qualité des relations. Dans le tableau suivant, j'ai relevé les termes qui se rapportent à ce sujet. Les mots utilisés par les personnes interviewées ne sont pas toujours identiques mais j'ai essayé de les rassembler pour pouvoir les traiter.

Tableau 6 : Résumé du sens dans le travail des soignants

Idées	Fréquence/ 9 entretiens
Travail avec sens/ utilité / reconnaissance / gratification	7
Positivité / Enthousiasme / Satisfaction	6
Motivation / Dynamisme / Envie de s'investir	4
Bouleversement, remise en question	3
Confiance	2
Absentéisme en baisse	1
Moins de stress	1
Sentiment de libération	1

Dans le guide d'entretien, les questions étaient posées de manière à observer la différence avant et après la mise en application des principes Montessori. Tout d'abord, la majorité des personnes interviewées parlent d'un bouleversement, d'un chamboulement. Elles expliquent que la formation et la pratique des principes Montessori les amènent à remettre leur pratique en question et à se rendre compte de leur manière de travailler.

1S09 « *J'ai été complètement chamboulée dans ma manière de travailler. J'avais l'impression que je n'étais pas suffisamment humaine. C'était un vrai bouleversement, beaucoup de remise en question. Je me suis rendu compte de comment je travaillais.* »

Ensuite, les soignants me rapportent que la mise en application de ces principes amène du sens dans leur travail. Ils me disent se sentir plus utile. La majorité d'entre eux m'expliquent que les principes Montessori correspondent exactement à leurs valeurs. C'est régulièrement une des raisons pour lesquelles ils se sont orientés vers cette formation. De plus, l'application des principes Montessori apporte un sentiment de gratification, de reconnaissance de la part des familles et surtout des résidents.

0G01 « *Je me retrouvais vraiment dans l'approche, dans les valeurs : plus d'autonomie et de liberté de nos habitants. On retrouvait vraiment les valeurs auxquelles on s'accrochait depuis plusieurs années. »*

1S03 « *Ça a du sens avec ce que je fais, ça a du sens pour la personne. Je me sens beaucoup plus utile et soutenue. Le fait de voir la réaction positive du résident, ça fait énormément plaisir. Lui demander son aide procure du plaisir aux soignants, ça apporte beaucoup de sens dans mon travail. Le plaisir est réciproque en plus. »*

1G04 « *Depuis que j'ai fait la formation je suis très reconnaissante et fière du travail que je fournis. »*

1G06 « *Ça m'a permis de me reconforter dans mon métier et mieux accompagner les équipes. Personnellement ça m'a permis de me renforcer dans ma façon de penser et de travailler. »*

1S09 « *Je me sens bien plus en phase avec ce « pourquoi j'ai fait ce travail », la dimension médicale n'est plus autant primordiale que l'humain. »*

Lors des entretiens j'ai remarqué une positivité générale. Nous pouvons l'affirmer notamment par l'idée qui revient régulièrement dans les entretiens, l'enthousiasme, la satisfaction. Dès le début des entretiens, plusieurs personnes ont expliqué que la formation leur a permis d'ouvrir les yeux, de se remettre en question. Certains parlent même de bouleversement, de chamboulement. Comme nous pouvons le montrer dans les répliques suivantes :

1G05 « *C'est merveilleux ! »*

1G04 « *Quand je rentre le soir chez moi c'est très gratifiant, je suis contente d'avoir fait beaucoup de belles choses. »*

1G05 « *Je suis un peu une idéaliste et je suis vraiment contente de travailler avec cette approche-là. »*

1S08 « *Comme si j'avais enlevé un voile devant mes yeux et mis en avant ce dont j'étais convaincue. »*

1S09 « *J'ai été chamboulée dans ma manière de travailler qui n'était pas suffisamment humaine. C'est un vrai bouleversement avec beaucoup de remise en question.(...) Je me sens en décalage mais je suis plus satisfaite de faire ce travail avec plus de qualité. »*

Puis, trois d'entre eux expriment une plus grande motivation, une envie plus importante de s'investir dans leur travail. Ils expliquent que ce n'est pas toujours facile parce que ça prend du temps et ils ne

voient pas toujours les résultats mais il faut persévérer. Certains expriment de la frustration. La mise en place d'une nouvelle méthode de travail demande du temps et de la persévérance, ce n'est pas facile de changer les habitudes du jour au lendemain. L'un des participants remarque que le manque de suivi contribue à la démotivation de l'équipe sur le long terme. De plus, pour cette même personne, dans son institution les efforts ne semblent tenir qu'à un fil.

0G01 « *Ça remotive et ça redonne du sens à son travail. Ça me remotive pour des choses que j'avais essayé avant, que j'avais laissé tomber. Et en fait non, il faut persévérer. C'est aussi une remise en question. On peut faire les choses différemment.* »

0G01 « *C'est parfois frustrant parce qu'on veut faire beaucoup de choses et ce n'est pas toujours possible. Il faut souvent se rappeler qu'on peut faire une chose à la fois. J'ai un sentiment de bien-être. Une collègue me disait, s'il n'y avait pas cette approche, je partirais.* »

1G06 « *A court terme, j'ai l'impression que le personnel avait envie de s'investir mais ça n'a pas tenu longtemps ... et avec le Coronavirus, on a tout oublié.* »

De plus, 2 personnes ont exprimé être plus en confiance dans leur travail.

1S03. « *Ça m'a plus mis en confiance dans ma pratique.* »

Pour terminer, pour résumer le point sur le sens dans le travail, je cite les extraits suivants :

1G05 « *ça met de la vie dans la structure.* »

1S08 « *Ce que ça m'a apporté en tant qu'être humain, comme si j'ai enlevé un voile et mis en avant ce dont j'étais convaincue. C'était la bonne façon de faire. J'étais convaincue qu'il y avait une façon de faire différente pour les personnes démentes. En faisant la formation, je me suis dit « c'est exactement ça ! ». Considérer la personne à part entière, lui offrir la vie la plus digne possible. Ce sont des outils pour une relation de confiance, Vraiment !! J'ai vécu la formation avec énormément de joie et de congruence. Je ne veux plus que faire ça maintenant. Et vraiment dans la confiance.* »

1S08 « *J'ai ressenti comme si j'étais libérée, comme si je n'étais plus cadenassée. Je me sentais vraiment très bien. J'étais contente de me lever pour aller travailler. J'aimais vraiment mon travail. J'aimais les relations. Je me sentais vraiment bien. Pendant 7 ans, je n'ai jamais eu la difficulté de me lever pour aller bosser. Mes collègues étaient beaucoup plus agréables. Les soignants ont commencé à manger avec les habitants. La charge de travail était dispatchée. Les résidents étaient vraiment une aide. Avant, heures supplémentaires et puis après, les habitants ont commencé à rendre service, elles ne terminaient plus jamais en retard. Il y avait une interconnexion et une*

valorisation tout un chacun. »

1.2.2.2. Relation entre collègues

Dans ce paragraphe, je présente les idées qui se rapportent à la relation entre collègues depuis la mise en application des principes Montessori dans les structures.

Tableau 7 : Résumé de la relation entre collègues

Idées	Fréquence / 9 Entretiens
Collaboration, travail en équipe	5
Complicité, relations plus proches, liens	5
Transfert de compétences/connaissances	5
Incompréhension des collègues non formés/ sensibilisés	4
Tout le monde sur le « même pied d'égalité »	3
Améliore la communication	2
Amène des difficultés dans la communication interdisciplinaire	2
Difficulté d'un projet commun dans équipe nombreuse	1
Peur du jugement	1
Exigence concernant le travail des autres	1
Satisfaction d'apporter des solutions/ du soutien aux collègues non formés	1

Pour commencer, nous pouvons remarquer que l'idée la plus répandue au sein des entretiens est la collaboration, le travail d'équipe. Comme ils l'expliquent, l'approche Montessori est un projet d'équipe et nécessite de travailler ensemble et en collaboration. De plus, grâce au travail en équipe et autour d'un projet commun, les liens se resserrent entre les collègues, certains parlent de « complicité ». Cinq personnes évoquent également la complicité, les liens, les relations plus proches liées à la formation ainsi que la mise en application des principes Montessori. Un des participants nous exprime sa satisfaction lorsqu'elle soutient ses collègues et qu'elle trouve des solutions aux difficultés rencontrées par des collègues non formés.

1G05 « *je me suis dit qu'il était temps que tout le monde fonctionne de la même façon, que tout le monde ait la même optique. (...)C'est le fait que chaque soignant ait participé, donné ses idées, c'est un projet en commun. C'était vraiment un travail d'équipe.* »

1G06 « *Par contre, ce qui m'a apporté c'est de pouvoir la faire avec mes collègues et pouvoir*

entendre ce qu'ils savent. Ça m'a aidé à m'appuyer sur ce qu'on a appris aussi ensemble. Pendant la formation, on a fait des études de cas sur des résidents et donc ça permettait de s'appuyer sur des faits réels et pouvoir mettre en place des choses ensemble par la suite. »

1S08 « *Beaucoup plus de complicités. »*

1S09 « *C'est très satisfaisant d'apporter des solutions et du soutien aux collègues (non formés). »*

Là où les personnes interviewées ont été formées individuellement, je remarque qu'il est plus difficile de travailler en équipe. Souvent incomprises et seules dans leurs démarches, elles n'étaient pas soutenues. Ce phénomène se reproduit dans les institutions où seulement une partie du personnel est formé. Cette incompréhension, entre les personnes formées et non formées, suscite chez une des participantes la peur du jugement. La réticence au changement des personnes non formées peut également être source de frustration pour les personnes formées.

1S02 « *Lorsque j'ai voulu présenter ce que je voulais mettre en place, mes collègues m'ont dit que ce n'était pas possible avec nos résidents et donc rien n'a été mis en place... Pour le moment, je suis seule pour mettre Montessori en application, je me sens vraiment seule. »*

1S03 « *Le personnel en lui-même qui ne comprend pas. Certains résidents étaient capables de faire telle ou telle choses, mon collègue me disait qu'il ne fallait pas le laisser faire... et c'est très énervant. »*

OG01 « *C'est toujours compliqué quand certains sont formés et d'autres non. Il y a parfois des petites jalousies entre formé et non formés. C'est pour cette raison que pour nous c'était très important de faire participer tout le personnel. Si on voulait changer les choses, il fallait que tout le monde puisse s'impliquer. Des personnes qui étaient tout à fait contre ne comprenaient pas. Disaient que ce n'était pas adapté pour les personnes démentes. Ça prend du temps d'impliquer tout le monde. »*

1S09 « *Il y a toujours cette peur du jugement dans le travail des autres. De plus, on devient exigeants par rapport au travail des collègues. Et leur incompréhension est souvent frustrant. On a envie d'avancer et de faire plein de choses. »*

Même s'ils expriment des difficultés à travailler en interdisciplinarité, en équipe, entre formés et non formés, c'est l'occasion pour certains d'échanger et de partager leurs compétences. Quatre des participants ont évoqué le transfert de compétences et connaissances. D'après trois personnes interviewées, ce transfert participe à l'effacement progressif de la hiérarchie verticale, ils ont

l'impression d'être sur le même pied d'égalité.

1G05 « *Le kiné savait facilement faire marcher les personnes. Avec nous, les résidents refusaient et faisaient comme s'ils ne savaient pas se déplacer. On a demandé de l'aide au kiné et c'est beaucoup plus facile maintenant. Il y a un transfert de compétences, connaissances entre les professions !* »

1S08 « *J'avais l'impression qu'il n'y avait pas de hiérarchie. On était tous au même niveau. On n'était pas là pour des tâches mais pour le résident.* »

1S09 « *Il y a un rapport d'égal à égal qui permet de décroïsonner les fonctions entre collègues.* »

Concernant la communication au sein des équipes, les avis divergent. Certains parlent d'une meilleure communication liée à un projet commun, à la collaboration. D'autres mentionnent qu'il n'y a pas de changement dans la communication entre professionnels mais seulement entre le professionnel et le résident.

1S08 « *Beaucoup plus de liens, de transmissions d'infos, la communication était beaucoup mieux. Les infos passaient beaucoup mieux.* »

1S03 « *Non, ça ne joue pas dans la communication entre collègues. C'est juste par rapport au résident lui-même.* »

Le témoignage suivant est particulièrement intéressant car il met en exergue que la méthode donnera des résultats différents en fonction de la dépendance des patients et des besoins de soins des résidents. Cette personne travaille dans une même institution mais sur deux sites différents. Il s'agit donc d'un même projet institutionnel, avec l'approche Montessori. D'après ce que cette personne nous livre, l'établissement où il y a le plus de soins et les patients les plus dépendants, la mise en application Montessori est plus compliquée.

1G04 « *En fait, il y a deux sites différents, il y a deux équipes différentes. L'impact sur les collègues n'est pas le même partout... Pour l'un, l'impact est positif. On est tous soudés, on fait tout, tous ensemble. Il y a vraiment une équipe soudée. Par contre l'autre site, c'est chacun son grade : infirmière : ça, Aide-soignante : ça ... Donc je ne trouve pas que Montessori a un impact sur les relations entre les soignants. Les deux équipes ont été formées par la même personne et en même temps. Mais le site où ça se passe mal, il a été créé au début de la formation Montessori. Donc quand il a ouvert, tout le monde était formé à Montessori. Malgré tout, l'approche est plus compliquée à mettre en place. Les autres collègues diraient peut-être autre chose mais voilà mon point de vue.*

L'autre site, les habitants sont plus dépendants. C'est plus difficile à mettre en place. La plupart des habitants restent alités. Tout est différent, c'est compliqué de comparer les deux. Après, ils ne prennent pas autant de temps avec chacun des habitants. »

1.2.2.3. Relation avec le résident

Dans le tableau suivant, je présente les idées se rapportant à la relation avec le résident après la mise en application de l'approche Montessori.

Tableau 8 : Résumé de la relation avec le résident

Idées	Fréquence / 9 Entretiens
Valorisation du résident	5
Pas de changement	3
Confiance	3
Relation d'amour/ d'amitié/ familiale	2
Le résident s'affirme : difficulté	1

Pour commencer, 5 personnes évoquent la valorisation du résident. L'approche Montessori implique la connaissance des capacités restantes de la personne sur lesquelles se baser dans la prise en charge. Comme nous pouvons le remarquer, cette méthode implique inévitablement la valorisation de la personne avec des troubles cognitifs.

1G05 « *On voit que les résident se sentent beaucoup plus valorisés. On ne fait pas à leur place. Mon regard n'a pas changé. J'ai toujours eu beaucoup de respect pour les personnes avec troubles cognitifs. Quand je suis au boulot, en fait le résident peut me faire confiance. Je rassure beaucoup le résident. Ça prend beaucoup de temps mais il m'aide énormément. »*

1G06 « *Pour ma part, ça m'a permis de m'ancrer dans cette vision des choses où il faut vraiment voir ses capacités restantes. Mais j'avais déjà cette vision mais j'ai quand même senti un changement. »*

OG01 « *Certains habitants, ça a changé la façon de les comprendre. J'étais déjà très ouvert et très compréhensif en tout cas sur les comportements difficiles. Mais c'est vrai que le fait d'inverser la relation de leur demander de l'aide, on ne le faisait pas. Ça aide à avoir une relation et de les valoriser plus facilement. »*

Pour certains (3 personnes), ils n'ont observé aucun changement dans le regard et la relation avec le résident. Comme ils l'expliquent, ils appliquent déjà les principes auprès des résidents ou avaient déjà

suffisamment de respect et de considération pour ces personnes démentes.

1S03 « *Mon regard n'a pas vraiment changé. Je faisais déjà fort attention aux capacités des résidents. Montessori m'a vraiment confortée dans ce que je faisais déjà avant.* »

1S02 « *Pour moi, ça n'a pas changé à ce niveau-là. Mais je mettais déjà en application beaucoup de principes.* »

Puis, plusieurs ont évoqué une relation familiale, d'amitié. D'autres parlent d'une relation de confiance. Les mots utilisés sont forts et laissent sous-entendre un lien, une relation particulière avec les résidents.

0G01 « *C'est un esprit plus familial. On est plus proche d'eux.* »

1G04 « *Comme je disais, chez nous c'est très familial. Les résidents quand ils arrivent, ils nous font la bise, le baise main pour les messieurs. C'est très familial, je les prends pour mes grands-parents et ils nous prennent pour leurs petits-enfants.* »

1S08 « *Je vais encore revenir avec ce terme de confiance. Complicité avec les familles. C'était aussi bien d'un côté que de l'autre. C'était une relation d'amour/d'amitié. Il n'y avait pas de distance professionnelle. De la tendresse.* »

1S09 « *Avec le résident, j'ai maintenant une relation de confiance. Ce n'est pas une relation soignant/soigné mais d'humain à humain. La relation est beaucoup plus fluide, respectueuse. J'ai l'impression qu'il y a une sensation de dignité du résident plus présente. La relation est plus vraie, plus apaisée. C'est parfois plus compliqué parce qu'ils s'affirment plus que lorsqu'on ne leur demande par leur avis et qu'on ne les considère pas.* »

Pour terminer, nous venons de voir dans l'extrait ci-dessus une difficulté pour le soignant lorsque le résident commence à s'affirmer. En lui donnant le choix, le résident prend confiance et ose affirmer son opinion.

1.2.2.4. Charge de travail

La charge n'a pas été abordée dans les recherches de la littérature. Cependant cela me paraissait important de l'évaluer par rapport à l'impact de l'implémentation de l'approche Montessori.

Certains évoquent ne trouver aucun changement dans la charge de travail. Mais cinq d'entre eux parlent d'une charge de travail différente. D'après ce qu'ils expliquent, le travail est réparti différemment entre les professionnels. Ils ne se plaignent pas d'une surcharge de travail.

0G01 « *La charge de travail n'a pas augmenté mais le travail est différent. Mais il n'y a pas plus de travail qu'avant. Je n'ai pas l'impression d'être en surcharge de travail depuis. Mais j'ai l'envie de faire plus de choses. »*

1G05 « *La charge de travail c'est juste une question de mentalité. On prend plus de temps mais il y a moins de stress ? Il n'y a pas de stress en faisant comme ça. »*

1S09 « *La charge de travail n'a pas changé, c'est toujours la même mais elle est utilisée différemment. La conception des activités peut parfois prendre du temps parce qu'on essaye d'adapter au maximum aux capacités des résidents. Ça demande du temps et de la patience. »*

1.2.2.5. Les freins et leviers

Dans un premier temps, j'ai traité les résultats concernant les leviers dans la mise en application de l'approche Montessori. Certains leviers ne sont pas cités directement dans ce paragraphe, il faut tenir compte des idées énoncées ci-dessus qui peuvent être des leviers dans la démarche. Le tableau ci-dessous reprend les idées retenues pour ce paragraphe.

Tableau 9 : Résumé des leviers dans l'application des principes Montessori

Idées	Fréquence / 9 entretiens
Projet commun, travail d'équipe	6
Soutien de la hiérarchie (direction et coordination)	5
Facilité d'application, outils concrets	3
Conviction	2
Equipe nombreuse	1
Ressources matérielles importantes	1
Peu de budget	1
Volonté du résident	1

L'approche Montessori est, pour la majorité des personnes interviewées, avant tout un projet d'équipe, un projet institutionnel. D'après ce qu'ils expriment, c'est un levier, un moteur dans la mise en application des principes. L'approche invite à changer la manière de travailler, de penser. Si la personne est seule dans le changement, c'est souvent difficile de persévérer.

1G05 « *C'est le fait que chaque soignant ait participé, donné ses idées, projet en commun. C'était vraiment un travail d'équipe. »*

1G07 « *Ce qui m'aide à mettre en place Montessori, globalement, c'est une formation de tout*

le personnel pour que le personnel soit cohérent et que le résident s'y retrouve. »

1S09 « *Il faut trouver ses alliés. Certains collègues je savais que ça pouvait fonctionner et le fait de le faire ensemble allait nous mener loin. »*

Ensuite, le soutien de la hiérarchie semble très important pour la plupart d'entre eux. En effet, la direction est souvent responsable des décisions prises dans l'organisation des maisons de repos. Il faut pouvoir prendre en considération le travail sur le terrain et ce que ça implique. D'après ce que les personnes expliquent, l'approche Montessori induit une nouvelle organisation, une nouvelle philosophie au sein de l'institution. Par exemple, les soins ne sont plus la priorité dans la prise en charge de la personne, c'est avant tout son bien-être en respectant ses choix. Pour cela, les soignants ont besoin du soutien de la coordinatrice nursing.

1S08 « *Le directeur est un fameux levier. Il nous guide et nous oriente. Le soutien des infirmières en chef est également un puissant levier dans l'organisation des soins. Pour les soignants, il n'est pas du tout évident de lâcher le côté curatif du soin, il y a vraiment beaucoup de travail. »*

1S09 « *Le cadre était d'accord pour que je fasse la formation mais c'était impossible de la réaliser pour l'ensemble du personnel. Le cadre s'est rendu compte par la suite que je trouvais des solutions pour apaiser les résidents, rendre la communication plus fluide. Il m'a alors nommé « référent pour la démence ». J'ai alors pris le temps d'écouter les situations et j'aiguillais mes collègues. »*

Par ailleurs, les principes proposés par l'approche Montessori sont des outils concrets et faciles à appliquer. Comme l'exprime des participants, c'est plutôt encourageant.

1S02 « *Ça m'a apporté des outils concrets. Moi, j'étais très enthousiaste. C'est très encourageant. »*

1S09 « *à ma grosse surprise, ce sont des choses simples et évidentes. C'est du bon sens que j'avais perdu. Il y a de la simplicité dans les principes mais c'est malgré tout complexe de changer les habitudes. »*

Pour terminer, dans les propos des participants, j'ai ressenti de fortes convictions dans les valeurs de l'approche Montessori. D'après les douze principes de Montessori, le point 1 peut s'appliquer à cette situation : « *L'activité doit avoir un but/sens pour la personne, capter son intérêt. »*

OG01 « *La direction c'est primordial qu'elle nous soutienne. L'envie d'évoluer. La conviction pour l'approche, suivi responsable des soins, sentiment de ne pas être seul, effet de groupe. »*

Dans un deuxième temps, je présente les résultats concernant les freins dans la mise en application des principes de Montessori. Le tableau suivant expose les différentes idées des participants.

Tableau 10 : Résumé des freins dans l'application des principes Montessori

Idées	Fréquence / 9 Entretiens
Incompréhension des collègues, non formés/sensibilisés	6
Pas de suivi, pas de référent Montessori, manque de personnel	2
Aucun	2
Turn-over	1
Manque de motivation	1

Tout d'abord, l'idée émise par la majorité des participants, concerne l'incompréhension de la part de certains collègues. Ces collègues qui ne comprennent pas l'approche sont souvent les personnes qui ne sont pas formées ou sensibilisées. D'après ce que les personnes m'expliquent, c'est un gros frein dans la prise en charge des personnes avec des troubles cognitifs.

1S08 « *Les obstacles : le scepticisme du personnel qui ne connaît pas la méthode. Le scepticisme envers les personnes avec troubles cognitifs. Les familles qui ne comprenaient pas non plus. Et après quand ça fonctionnait, les gens se demandaient pourquoi ça fonctionne avec vous et pas moi ? Ils n'étaient pas formés.* »

1S03 « *Le personnel en lui-même qui ne comprend pas. Certains résidents étaient capables de faire telle ou telle choses, mon collègue me disait qu'il ne fallait pas le laisser faire... et c'est très énervant.* »

Ensuite, le manque de suivi, l'absence d'une personne responsable Montessori ou même d'un référent pour la démence, peut être une difficulté pour les équipes. En effet, ils disent avoir besoin de rappel, de suivi pour rester motivé et sur la bonne voie.

1G06 « *Manque d'envie de la part de l'équipe. J'ai essayé de mettre de choses en place mais je me retrouve seule à mettre en place certains outils. Manque d'implication de la part de certains collègues. La formation est volontaire de la part de chaque personne. Mais je pense que l'établissement s'essouffle un peu.* »

1S03 « *On reçoit le soutien de la hiérarchie mais on manque de personnel pour la mise en application de Montessori.* »

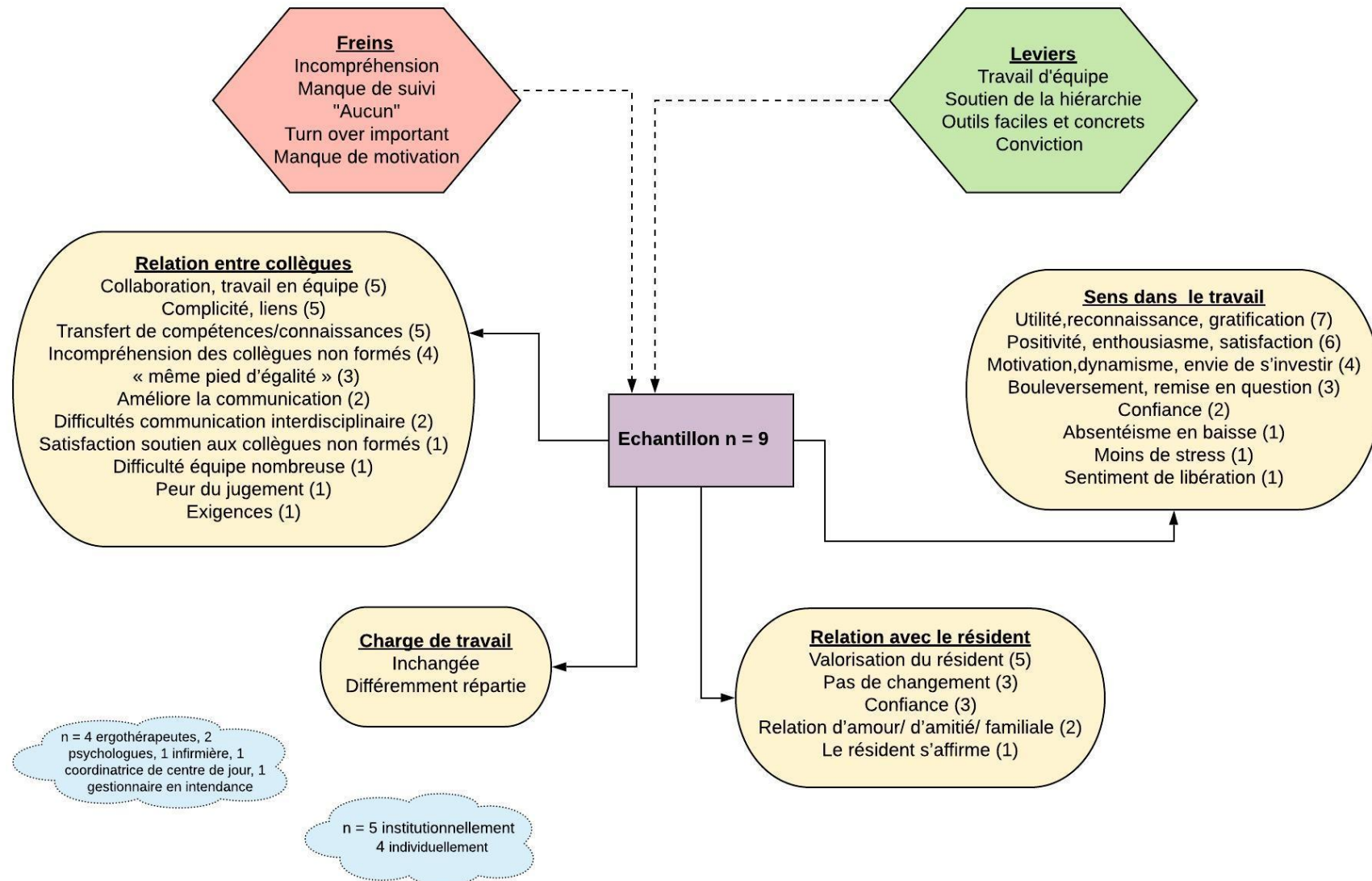
Pour terminer, un point interpellant concerne les deux personnes qui disent n'avoir aucun frein dans la mise en application de l'approche Montessori. Ce sont toutes les deux des personnes qui semblent d'emblée convaincues par l'approche Montessori.

1G05 « *Aucun obstacle ! Je n'en ai pas vu. Comme c'était un travail d'équipe, tout le monde était partant. On a mis le plan d'action pendant la formation. Ah mais c'est merveilleux !!! La hiérarchie a proposé la formation ! Elle nous soutient à 100%. »*

1G04 « *Il n'y a aucun frein, pas du tout au contraire. Le supérieur est toujours là pour nous soutenir et on a des projets de réalisation de soi. »*

Tous les entretiens étaient globalement positifs par rapport à cette approche Montessori, sauf une personne. Au début de l'entretien elle était positive et puis en cours d'entretien elle a tout à fait changé de position et est devenue négative. En revanche, malgré sa position, elle reste favorable au modèle et a confirmé les limites évoquées par les autres personnes interviewées.

Carte mentale 2 : Synthèse des résultats des entretiens individuels



V. Focus groupe

Pour rappel, la question de recherche est la suivante : « **Quelles sont les expériences de l'implémentation de la méthode Montessori au sein d'une équipe de maison de repos ?** » Pour continuer la recherche, après avoir présenté la théorie et les entretiens réalisés auprès des professionnels, je vais procéder à un focus groupe.

1.1.Méthodologie

D'après Andrien et al. (1993), « *Le focus groupe permet l'expression des opinions, croyances, perceptions, attitudes et représentations en rapport avec un sujet particulier* ». Pour apporter des éléments de réponses à la recherche, ce focus groupe a permis de récolter les représentations, les opinions du personnel face à la mise en application des principes Montessori. De plus, comme nous l'indique Aujoulat (2016), « *Les interactions au sein du groupe sont une source valide de savoirs, et peuvent permettre une connaissance plus approfondie du sujet exploré que ne le ferait un entretien individuel structuré.* ». Le focus groupe est une méthode d'entretien de groupe, comme un groupe de discussion semi-structuré. Enfin, « *L'entretien collectif permet de donner plus de poids aux critiques que dans les entretiens individuels.* » (Touboul, n.d. p.1)

J'ai réalisé le focus groupe lors d'une réunion de suivi de la formation Montessori au sein de la maison de repos le Grand Pré à Wépion. En janvier 2019, 15 personnes ont reçu la formation par l'association Senior Montessori. Le directeur a fait le choix de former les différents secteurs de l'institution : l'équipe d'entretien, de la cuisine, les soignants et lui-même. Lors de cette réunion de suivi, 6 mois après la formation, tout le personnel formé était présent. L'entretien collectif s'est déroulé en deux journées, de 8h à 16h, dans un local externe de l'institution.

La réunion de suivi était animée par la formatrice de Senior Montessori. Cette formatrice les suit depuis le début de la démarche. C'est la première fois qu'elle revenait sur place après la formation qui a eu lieu 6 mois plus tôt. J'étais présente en tant qu'observatrice pour collecter les informations. Le matériel a été retranscrit sous forme de points pour pouvoir traiter plus facilement la quantité d'informations récoltées. Les participants ont été assurés de l'anonymat de leurs réponses mais n'ont pas accepté l'enregistrement.

L'animatrice avait un guide d'entretien pour mener la réunion. L'ordre établi n'était pas figé. Il permettait d'aborder les sujets en fonction du déroulement.

Dès le début, l'animatrice a donné le cadre de communication. Il permettait à chacun de se sentir en sécurité et libre. Chacun était invité à parler en « je ».

Une fois l'entretien de groupe retranscrit, je l'ai envoyé au groupe qui a donné son accord concernant l'exactitude des données.

Pour traiter les données et pouvoir les comparer avec celles des entretiens individuels, j'ai décidé de les classer dans un tableau reprenant les mêmes catégories.

1.2. Résultats

En annexe VI, un document reprend l'intégralité du focus groupe. En annexe VII, les mots clés, retenus lors des deux journées passées avec l'équipe de professionnels, sont catégorisés selon la même méthode que pour les entretiens individuels.

1.2.1. Sens donné au travail

Les mots clés cités par les participants sont de l'ordre du positif. Je cite : « *enthousiaste* », « *content* », « *de plus en plus positif* », « *sentiments positifs* ». En effet, l'un d'entre eux dit se sentir « *libéré* ». D'autres personnes ont confirmé ressentir la même chose. Avant la mise en application des principes Montessori, la plupart exprime qu'ils culpabilisaient sur la manière dont ils travaillaient, prenaient soin des habitants. Depuis la formation, ils se sentent « *libérés* », « *apaisés* ».

De plus, ils expliquent que l'approche Montessori leur permet de renforcer leurs valeurs dans le métier de soignant. Avant la formation, certains expliquent qu'ils se sentaient « *perdus et leur travail ne correspondait plus à leur vocation* ». Ils disent retrouver du sens dans leur travail, de la gratification ainsi qu'une plus grande « *motivation* ». Pour eux, Montessori est un « *changement de mentalité* » qui peut aussi s'appliquer à la vie quotidienne, la vie privée. L'un d'eux expliquait qu'il l'appliquait avec ses enfants et depuis, il parle d'une relation moins conflictuelle.

1.2.2. Relation entre collègues

Pour commencer, tous les participants s'accordent sur le développement de la collaboration entre les différents professionnels. Un ergothérapeute explique qu'il aide lors des petits déjeuners avec le soutien des aides-soignantes. Il explique que chacun transmet ses connaissances aux autres pour travailler ensemble. Depuis la formation, ils citent une « *implication communautaire* ». Ils expliquent que tout le monde s'investit dans son travail. Les participants décrivent une « *plus grande complicité* » au sein de l'équipe et surtout entre les personnes formées. Cependant, ils font remarquer les difficultés éprouvées dans le travail d'équipe avec les personnes non formées. Ils mentionnent une « *double vitesse* » liée à l'incompréhension de la part de ces dernières. Mais ils disent ne pas baisser les bras, ils citent le point 4 des principes Montessori « *Parler moins, montrer plus* ». D'après le directeur depuis janvier 2020, l'autre partie du personnel est formée.

1.2.3. Relation avec le résident

Concernant la relation avec le résident, les participants disent le « *regarder autrement* », « *le considérer autrement* ». En effet, les soignants expliquent qu'ils accompagnent différemment le résident, avec un respect plus important, en le valorisant. Ils ont plus de reconnaissance pour les personnes avec les troubles cognitifs depuis la formation. Les principes les aident à avoir une relation « *plus proche* » et de « *confiance* ». Actuellement, ils demandent régulièrement l'aide du résident dans l'accomplissement des tâches quotidiennes, ils expliquent avoir une meilleure collaboration et surtout ils communiquent beaucoup plus. Pour terminer, ce changement de relation avec le résident a un impact marqué sur l'agitation de ceux-ci, ils sont « *apaisés* ».

1.2.4. La charge de travail

Les soignants évoquent un changement dans la charge de travail. Comme chacun participe aux tâches quotidiennes, soignants comme résidents, le travail est réparti différemment. Ils ajoutent qu'il y a donc moins de stress. Cependant, ils sont plusieurs à se sentir plus fatigués en fin de journée. Ils l'expliquent par un investissement plus important dans leur travail mais signalent que c'est une « *fatigue positive* ».

1.2.5. Les leviers et freins

Ici, à la maison de repos le Grand Pré, à la suite de la formation, le directeur a fait signer un « *pacte d'adhésion* » à tout le personnel. Cette convention consiste à confirmer l'engagement de chacun dans la mise en application de l'approche Montessori. D'après eux, ce contrat est un levier pour cette nouvelle philosophie institutionnelle et l'utilisation de nouveaux outils. De plus, chaque mois, une « *réunion Montessori* » leur permet de se retrouver et d'échanger. Ils expliquent que ces réunions sont une force pour eux. A chaque rencontre, ils invitent 2 personnes non-formées pour qu'elles puissent comprendre plus facilement leur nouvelle manière de travailler. De plus, pour eux, les formations et suivis par Senior Montessori sont un vrai levier dans l'application des principes et permettent d'avoir un regard externe souvent plus facile à accepter que de la part des collègues.

Comme je l'ai expliqué plus haut, dans cet établissement, seulement une partie du personnel a été formé en janvier 2019. D'après l'équipe, ils ressentent une double vitesse entre les personnes formées et non formées et c'est une difficulté pour eux dans la mise en application des principes. De plus, certains évoquent de la « *réticence au changement* » de la part de certains collègues. Ils travaillent depuis des années avec la même philosophie et c'est très compliqué de changer de manière de penser. Même si les outils sont concrets et facile à appliquer, comme l'expliquent une personne interviewée, « *changer les habitudes, c'est complexe* ». Ils expriment également une « *difficulté de se remettre en*

question » de la part des personnes non formées. Ils parlent aussi de « *manque de confiance* », « *manque de connaissance* », « *manque de communication* », « *d'incompréhension* » de l'autre partie du personnel. Depuis le focus groupe, le directeur a pris la décision d'entamer la formation de l'autre partie du personnel petit à petit par Senior Montessori. En effet, d'après le directeur, le budget pour former tout le personnel est un frein dans la mise en application. Ensuite, le groupe exprime une peur de l'inconnu. Lorsqu'ils ont commencé l'application des principes, ils ne savaient pas à quoi s'attendre, ils ne connaissaient pas la réaction des résidents et de leurs collègues. Ils parlent de « *peur de l'inconnu* ».

VII. La discussion

1.1. Interprétation des résultats

Avant l'interprétation des résultats, je rappelle la question de recherche qui m'a guidée pendant cette étude : **Quelles sont les expériences de l'implémentation de l'approche Montessori au sein d'une équipe de maison de repos ?**

Puis, les objectifs poursuivis dans cette recherche sont :

- Présenter les expériences des professionnels dans l'implémentation de la philosophie Montessori au sein des maisons de repos.
- Montrer les bénéfices et dommages au niveau des soignants.
- Observer l'évolution des relations entre collègues et avec le résident lors de l'implémentation de l'approche Montessori en maison de repos.

A l'heure actuelle, la littérature est pauvre en ce qui concerne l'objet de notre recherche. En effet, nous pouvons trouver beaucoup d'informations au sujet des résidents, des familles mais très peu sur les équipes et le personnel soignant.

Dans cette discussion, je vais aborder trois aspects dans le cadre de l'implémentation de l'approche Montessori : le sens dans le travail puis l'équipe et enfin le résident.

Premièrement, comme nous l'avons vu dans la littérature, le sens dans le travail est caractérisé par différents facteurs. Pour commencer, la motivation est citée par Ducak (2012), dans les entretiens mais aussi dans le focus groupe. D'après les informations récoltées tout au long de cette expérimentation, la mise en application de l'approche Montessori est un facteur de motivation important. Tout d'abord, la méthode adhère aux convictions et valeurs du personnel mais encourage également les nouvelles idées et perspectives de chacun (Ducak, 2012). De plus, les outils sont

concrets, faciles à appliquer.

Ensuite, un deuxième facteur qui revient dans la littérature et les entretiens, c'est la satisfaction au travail. D'après Strens (2011), le modèle Montessori encourage les nouvelles idées, activités et perspectives et donc impacte directement la satisfaction au travail. De plus, comme je l'ai précisé ultérieurement, les personnes interviewées partagent un enthousiasme important, beaucoup de positivité, de bien-être. Une des personnes interviewées a observé une diminution de l'absentéisme. Selon moi, si ce point n'a pas été abordé par d'autres personnes, c'est peut-être lié à leur fonction qui ne reprend pas la gestion du personnel.

De plus, comme nous le font remarquer McCormack (2010) et Witt-Hoblit (2016) cet épanouissement professionnel induit une diminution du stress. Ce dernier l'associe aussi à une diminution du turnover des soignants. Lors des entretiens et le focus groupe, ils parlent aussi d'une diminution du stress. Strens (2011) aborde également une diminution de stress ainsi que des frustrations. En revanche, dans les entretiens, certains expliquent que cette volonté de s'investir dans son travail, lié à l'idéalisation de l'approche, peut aussi être une source de frustration. En effet, comme l'expliquent plusieurs personnes interviewées, en rentrant de la formation, ils souhaitaient tout changer. La majorité des soignants interrogés conseille alors d'« *y aller petit à petit* ». Enfin, dans le focus groupe et les entretiens, nous retrouvons le sentiment de liberté, qui est associé au renforcement de leurs valeurs en tant que soignants.

Puis, dans les entretiens comme dans le focus groupe, nous retrouvons à plusieurs reprises le sentiment d'utilité, la reconnaissance, la gratification. Les personnes interviewées expliquent qu'elles retrouvent effectivement les valeurs auxquelles elles sont attachées, la raison de leur vocation. Comme exposé dans la partie théorique, actuellement, le modèle biomédical est dominant. Les soins et le curatif passent avant le bien-être de la personne. Pour un soignant ou tout autre personne, c'est gratifiant d'observer le sourire de la personne soignée. Cette reconnaissance permet au personnel de retrouver confiance dans son travail, elle « *renforce les valeurs de soignants* » comme évoqué dans le focus groupe. Dans ce dernier, ils parlent d'un travail moins culpabilisant.

D'après les explications de Meurens (2018), le sens du travail a des effets sur le plan personnel mais aussi sur le plan organisationnel. En effet, après la triangulation des avis, nous constatons réellement une plus grande motivation dans le travail, un engagement professionnel plus important, une satisfaction au travail, une meilleure confiance en soi.

Deuxièmement, McCormack (2010) mentionne un soutien plus important entre collègues, accompagné d'une meilleure communication depuis la mise en application des principes de

l'approche Montessori. En effet, dans les entretiens, la majorité des personnes interviewées évoque une plus grande complicité, des relations plus proches, des liens plus affectueux. De même, dans le focus groupe, ils parlent aussi de complicité entre collègues. D'après les entretiens individuels et en équipe, cette complicité se crée d'abord lors d'une formation régulièrement suivie en institution et puis par le projet commun où l'entièreté de l'équipe s'engage. Le focus groupe parle alors d'« *implication communautaire* ».

D'après certains entretiens, ce projet amène alors à une plus grande collaboration associée à un transfert des compétences et des connaissances de chacun. Je prends comme exemple les dires d'un soignant qui relate comment un kinésithérapeute montre à ses collègues de quelle manière stimuler le résident pour la marche. Ils se retrouvent « *sur le même pied d'égalité* ». Tout le monde travaille ensemble et oublie parfois sa fonction de base. Ce modèle incite à établir des objectifs concrets et communs à un ensemble de professions dont le principal aspect est de prendre soin de la personne. Selon moi, c'est une réelle opportunité pour les équipes de se souder entre elles.

En revanche, ce projet commun n'est pas vu d'un même œil par tout le monde. Ducak (2012) évoque des difficultés dans la collaboration entre professionnels. D'après son étude, les infirmiers et les éducateurs n'ont pas les mêmes objectifs dans leur fonction et éprouvent alors des difficultés dans la collaboration. Ces obstacles sont également abordés dans les entretiens où les soignants parlent de difficultés dans la communication, notamment dans une équipe avec un trop grand nombre de membres.

Un grand nombre des personnes interviewées lors du focus groupe pointe un autre obstacle : l'incompréhension de la part des collègues non formés. En effet, l'approche Montessori est avant tout une nouvelle façon de travailler et de penser. Personnellement, lors de notre expérience en maison de repos, en tant qu'infirmière en chef d'un service, je proposais à l'équipe de demander de l'aide aux résidents dans la réalisation de certaines tâches. Ne comprenant pas l'aboutissement de la démarche, ils ne la mettaient pas en application. De plus, les personnes non formées et/ou non sensibilisées sont parfois réticentes aux changements. Cette réticence peut être liée à la peur de l'inconnu. Comme certains l'expliquent, une fois que leurs collègues se rendent compte que le résident et le soignant en retirent du positif, ils acceptent plus facilement le changement. Par exemple, lors du focus groupe, une personne expliquait que ça la rendait heureuse de voir son collègue prendre en charge les résidents.

Pour terminer, je constate que la majorité des freins évoqués dans l'application de l'approche Montessori concernent le manque de motivation et l'incompréhension de la part des soignants. Ces obstacles se confirment aussi dans les entretiens auprès des personnes formées individuellement et

qui travaillent dans des structures où l'approche Montessori ne fait pas partie du projet institutionnel. De même, les leviers concernent majoritairement le travail en équipe, le soutien de la hiérarchie. Les personnes interviewées individuellement ou en groupe suggèrent d'ailleurs d'étendre la formation à l'équipe et à l'ensemble du personnel. Elles insistent pour qu'il y ait un suivi de cette formation afin que les équipes restent motivées et reçoivent des rappels dans l'application des principes. Le suivi de l'approche Montessori en maison de repos peut faire partie du rôle du référent pour la démence. Et enfin, d'après leurs suggestions, il faut avoir une vision à plus long terme. Le changement demande du temps, il faut persévérer pour voir le résultat et maintenir les nouvelles habitudes.

Troisièmement, d'après Morin (2007), la qualité de la relation est une caractéristique d'un travail qui a du sens. Nous pouvons dire que cette relation participe donc à donner du sens dans le travail du soignant.

Pour commencer, je constate que la valorisation du résident est relevée dans les trois types de points de vue. En effet, l'approche Montessori invite à prendre en compte les capacités restantes du résident tout en limitant les mises en échec. Ce comportement induit la valorisation du résident comme l'évoque Roberts (2015). D'après Ducak (2012) ainsi que le focus groupe, cette valorisation participe à « une meilleure communication » ainsi qu'à une « plus grande interaction entre les soignants et les résidents » (Strens, 2011). En revanche, comme l'explique une personne interviewée, cette valorisation permet au résident de prendre confiance et de s'affirmer et rend parfois la mise en place d'un cadre difficile. Pour la majorité des personnes interviewées, le fait que le résident puisse choisir et s'affirmer prend vraiment du sens dans le travail du soignant.

Dans le focus groupe ainsi que dans les entretiens, les soignants parlent d'une relation de confiance établie entre le résident et le soignant. Dans la maison de repos à Wépion, ils évoquent un plus grand respect pour le résident mais également un accompagnement plus individuel qui demande des réflexions plus approfondies autour de sa prise en charge. Dans la littérature, McCormack (2010) aborde également une attention plus importante envers le résident. Dans les entretiens, ils parlent aussi d'une relation d'amitié, d'amour, une relation familiale. Une personne raconte d'ailleurs que les résidents la considèrent comme leur petite fille.

Dans la théorie également, nous avons vu que l'agitation des personnes avec des troubles cognitifs est une grosse difficulté pour le soignant dans l'accomplissement de sa mission. Dans le focus groupe, d'après les soignants, l'application des principes Montessori participe à l'apaisement des résidents. Indirectement, il contribue au bien-être du soignant qui peut accomplir sa mission plus facilement.

En revanche, certains soignants interviewés n'ont observé aucun changement dans leur relation avec les résidents. D'après leurs explications, ils étaient déjà très respectueux pour les personnes avec des troubles cognitifs et appliquaient déjà sans le savoir les principes de l'approche Montessori individuellement.

1.2.Limites et forces

Tout d'abord, avant de commencer ce travail de recherche, j'étais déjà inspirée par l'approche Montessori. Il n'a pas été facile de garder un regard critique à la vue de mon affinité et mon enthousiasme pour cette méthode.

Dans la partie théorique de mon travail, j'étais limitée dans la quantité, la pertinence et la qualité des ressources. En revanche, je constate que les données trouvées sont confirmées et/ou parfois nuancées par les résultats des entretiens individuels et du focus groupe.

En ce qui concerne la collecte des données, j'ai pris beaucoup de retard par rapport au timing. Tout d'abord, l'accord du comité d'éthique a pris du retard (2 mois et demi au lieu des 20 jours ouvrables théorique) pour des raisons internes. Puis, en raison de la crise du coronavirus et du confinement, nous avons rencontré des biais de sélection qui rendent vraisemblablement impossible un échantillonnage aussi représentatif et divers que souhaité de l'ensemble des expériences pouvant être vécues par les soignants. Dans notre échantillon, nous n'avons aucun directeur/directrice de maison de repos, une seule infirmière, aucun aide-soignant(e), aucun kinésithérapeute, aucun personnel d'entretien, ... Les entretiens de l'ensemble des intervenants qui, initialement, étaient prévus au mois de mars et avril n'ont pu avoir lieu.

J'ai alors fait le choix de modifier l'échantillon et d'interviewer des personnes attachées à l'approche Montessori par leur adhésion à un groupe Facebook ou une page sur LinkedIn. Selon moi, ces personnes sont, pour la majorité, convaincues et sont susceptibles de prendre moins de recul par rapport à ce modèle. Etant moi-même enthousiaste par ce modèle, ainsi que les personnes interviewées, la recherche n'est-elle peut-être pas suffisamment objective.

Selon moi, cette période était particulièrement compliquée pour les soignants qui ont fait face à une surcharge de travail et de ce fait étaient moins disponibles pour participer à notre enquête. Malgré tout, j'ai eu l'opportunité d'avoir un échantillon d'expériences du terrain.

De manière générale, par rapport à la collecte des données, il me semble important de garder en tête les recommandations d'Aujoulat (2016). Il faut tenir compte des contextes et situations dans lesquels les expériences ont été vécues. Les recommandations sont :

Les résultats issus de l'analyse des informations recueillies par une approche qualitative ne se veulent pas généralisables à une population. Ces résultats sont souvent contextualisés et concernent l'échantillon dont les informations sont issues. Ils sont alors reproductibles à un échantillon qui aurait des caractéristiques similaires. (Aujoulat, 2016)

Une autre limite se situe dans le choix d'utiliser l'entretien semi-dirigé constitué de questions que j'ai élaborées. Ce guide d'entretien, malgré la formulation de questions ouvertes, laisse peu de liberté aux répondants. Lors de la retranscription des interviews, je me suis rendu compte que le guide n'était pas toujours respecté lors des interviews et que je transformais parfois les questions ouvertes par des questions fermées. En revanche, dans les réponses, les soignants semblaient suffisamment à l'aise pour développer leur opinion.

Concernant le focus groupe, un entretien en équipe peut être intimidant pour certaines personnes. Même si le rôle de l'animateur est de laisser la parole à chaque participant, certains peuvent éprouver de la réticence à exprimer leurs idées personnelles en public. Puis, certains ayant davantage un profil de meneur et d'autres de suiveur, l'équilibre entre l'expression de chacun n'est pas toujours atteint.

Pour les entretiens, les personnes interviewées sont seulement des personnes formées. Nous n'avons pas l'avis de collègues non formés.

Senior Montessori et AG&D sont des organismes lucratifs. L'approche Montessori alimente leur activité commerciale. A savoir, le focus groupe a été animé par une formatrice Senior Montessori ce qui peut influencer les résultats

Enfin, ce travail est pour moi la première fois que je réalise une étude qualitative. Ce travail m'a permis de développer des compétences dans la recherche, un regard critique mais aussi d'observer les étapes d'une recherche qualitative.

1.3.Perspectives

Dans cette étude, nous avons pu rassembler les expériences d'une population après la formation à l'approche Montessori. Pour des futures recherches, il serait enrichissant de réaliser une étude prospective en suivant une même équipe avant et après la formation. Il serait intéressant de se baser sur des mesures telles que le MBI : Maslach Burnout Inventory. Cette échelle permet de mesurer l'épuisement professionnel du soignant en évaluant trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la perte d'accomplissement personnel. L'échelle ProQOL, dont l'acronyme signifie Professional Quality Of Life, permet d'évaluer la qualité de vie d'un professionnel. Elle permet de mesurer la satisfaction, la fatigue, le burn-out. Ces mesures donneraient un regard plus critique. Cela nous permettrait d'obtenir une analyse plus nuancée.

Il serait également intéressant de collecter les opinions de directeurs de maisons de repos dans le cadre de l'implémentation de l'approche Montessori. Nous en saurions davantage sur les enjeux managériaux et de gestion auxquels ils font face dans ces changements institutionnels.

VIII. Conclusion

Dans ce mémoire, j'ai tenté de faire l'état des lieux pour répondre à la question suivante :

Quelles sont les expériences de l'implémentation de l'approche Montessori au sein d'une équipe de maison de repos ?

Nous constatons que l'expérience des équipes lors de l'application de l'approche Montessori au sein des maisons de repos est globalement très positive. Le personnel retrouve du sens dans son travail, de la motivation. Pour eux, la volonté de s'investir semble très présente. Les relations entre collègues et avec le résident reprennent également du sens.

Les soignants parlent de complicité, de confiance dans leur relation avec le résident. En effet, l'application des principes de l'approche Montessori participe à la valorisation de la personne âgée, son autonomie et sa dignité. Ces relations entre le résident et l'équipe (re)donnent du sens à la vie de la personne âgée mais également du sens dans le travail du soignant.

En contrepartie, ce changement de regard implique un suivi et un engagement de l'ensemble du personnel. Cette transformation peut parfois être mal interprétée par des collègues non formés et peut aussi demander plus d'investissement du personnel formé. C'est un réel projet d'équipe. Le changement des habitudes ne peut s'opérer que sur du long terme et demande de s'armer de beaucoup de patience et de cohérence au sein des équipes. La communication ne semble pas toujours facile entre les professions qui ont des objectifs différents. C'est pour cette raison que le projet doit être porté par l'équipe et pour permettre le transfert de compétences et de connaissances.

La crise sanitaire que nous traversons actuellement est une source de souffrances pour les maisons de repos qui se sentent souvent oubliées par la société et par les pouvoirs publics. Il faudrait toujours faire plus avec toujours moins de budget et de matériel. Le personnel soignant est souvent fatigué, démotivé et en sous-effectif. A l'heure où le bien-être au travail est de plus en plus considéré comme essentiel, les institutions de soins tentent de trouver des alternatives pour que le personnel puisse retrouver du sens dans son travail

Bibliographie

- ANDRIEN, M., MONOYER, M., PHILIPPET, C., VIERSET, V. (1993). Le groupe focalisé (focus group) : une méthode qualitative de recueil d'informations. *Education santé*, 77, 3-9.
- AUJOULAT, I. (2016). Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique, WFSP2106. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
- ANDREANI, J-C., CONCHON, F. (2005). Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : Etat de l'art en marketing.
- ANSCHUTZ, L., CAMP, C. J., MARKLEY, R. P., KRAMER, J. J. (1987). Remembering mnemonics: A three-year follow-up on the effects of mnemonics training in elderly adults. *Experimental Aging Research*, 13(3), 141-143. doi:10.1080/03610738708259315
- Arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées, M.B., 26 novembre 2003.
- AUBRY, J-F. (2017). Le travail comme scène de reproduction des émotions. Clinique Saint-Luc Bouge. Bouge.
- AUER, S. R., MONTEIRO, I. M., & REISBERG, B. (1996). Behavioral symptoms in dementia: Community-based research. *International Psychogeriatrics*, 8(3), 363-366. doi:10.1017/S1041610297003633
- CAMP, C. J. (2010). Origins of montessori programming for dementia
- CAMP, C. J., BURANT, C. J., GRAHAM, G. C. (1996). The InterpreCare system: Overcoming language barriers in long-term care. *The Gerontologist*, 36(6), 821.
- CAMP, C. J., MARKLEY, R. P., KRAMER, J. J. (1983). Spontaneous use of mnemonics by elderly individuals. *Educational Gerontology*, 9(1), 57-71. doi:10.1080/0380127830090106
- COLIN, G., COLSON, B., LECRU, C., NOËL, J. & THELLIER, J. (2003). Travailler auprès de patients déments. *Gérontologie et société*, vol. 26 / 104(1), 81-89. doi:10.3917/gs.104.0081.
- DE RIDDER, R. DECOSTER, C. (2011). Circulaire aux maisons de repos pour personnes âgées, aux maisons de repos et de soins : personne de référence pour la démence dans les MRPA/MRS, INAMI et SPF Santé Publique.

- DUCAK, K. (2012). Montessori methods for dementia in ontario long-term care homes: staff perceptions of factors affecting implementation. Consulté à l'adresse <https://macsphere.mcmaster.ca/bitstream/11375/12574/1/fulltext.pdf>
- DUCAK, K., DENTON, M., & ELLIOT, G. (2018). Implementing montessori methods for dementia™ in ontario long-term care homes: Recreation staff and multidisciplinary consultants' perceptions of policy and practice issues. *Dementia*, 17(1), 5-33.
- DUFFY, B., OYEBODE, J. R., & ALLEN, J. (2009). Burnout among care staff for older adults with dementia: The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. *Dementia*, 8(4), 515–541. <http://dx.doi.org/10.1177/1471301209350285>.
- ESTRYN-BEHAR, M., SALBREUX, R., PAOLI, M., & LE NEZET, O. (2007). La situation professionnelle des accompagnants dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées. *Revue De Geriatrie*, 32(2), 95-110.
- FAVRE, N. (2017). L'approche montessori dans l'accompagnement de nos aînés porteurs de troubles cognitifs. Jusqu'à La Mort Accompagner La Vie, 130(3), 85-92. doi:10.3917/jalmaalv.130.0085
- GARCIA, F., HÉLÈNE, D., RAVACHE, A., BITOT, T., CHAUMON, E., MILANINI-MAGNY, G., & ESTRYN-BEHAR, M. (2016). Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie. *Activités*, doi:10.4000/activites.2516
- GIROUX, D., ROBICHAUD, L., & PARADIS, M. (2010). Using the montessori approach for a clientele with cognitive impairments: A quasi-experimental study design. *International Journal of Aging and Human Development*, 71(1), 23-41.
- HANNA, A., DONNELLY, J., & AGGAR, C. (2018). Study protocol: A montessori approach to dementia-related, non-residential respite services in australia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 77, 24-30. Doi :10.1016/j.archger.2018.03.013
- 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. doi:10.3917/rsi.102.0023.
- ING. (2018). Maisons de repos: tendances et indicateurs. Retrieved from https://www.ing.be/Assets/nuid/documents/714429_studie_design_ouderenzorg_FR_papag.pdf
- MCCORMACK, B., DEWING, J., BRESLIN, L., COYNE-NEVIN, A., KENNEDY, K., MANNING, M., SLATER, P. (2010). Developing person-centred practice: Nursing outcomes arising from

- changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 93-107. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x
- MEURENS P. (2018). *Management humain et comportement organisationnel : Sens du travail*, WFSP2260. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
 - MORIN, E. M., & FOREST, J. (2007). Promouvoir la santé mentale au travail : Donner un sens au travail. *Gestion*, 32(2), 31-36. doi:10.3917/riges.322.0031
 - Organisation Mondiale de la santé (2017). *Projet de plan mondial d'action de santé publique contre la démence : Soixante-dixième assemblée mondiale de la santé*.
 - Organisation Mondiale de la Santé. (s. d.). *Démence*. Consulté le 13 novembre 2019, à l'adresse <https://www.who.int/topics/dementia/fr/>
 - ORSULIC-JERAS S., SCHNEIDER N., CAMP C., NICHOLSON P. & HELBIG M. (2001) *Montessori-Based Dementia Activities in Long-Term Care*, *Activities, Adaptation & Aging*, 25:3-4, 107-120, DOI: 10.1300/J016v25n03_08
 - PAILLÉ, P., MUCCHIELLI, A. (2003) *L'analyse thématique* (pp. 123-145). In : *L'analyse qualitative en sciences humaines*. Armand Colin, Paris, 2003
 - POUSSIN, C. (2017). *La pédagogie Montessori*. Paris: PUF.
 - RAZES, F. (2015). *Architectural environment and health behavior of elderly in institutions: From respect for the autonomy to quality of life improvement*
 - ROBERTS, G., MORLEY, C., WALTERS, W., MALTA, S., & DOYLE, C. (2015). *Caring for people with dementia in residential aged care: Successes with a composite person-centered care model featuring montessori-based activities*. *Geriatric Nursing*, 36(2), 106-110. doi:10.1016/j.gerinurse.2014.11.003
 - SENIOR MONTESSORI. (2016). *Formation et accompagnement des professionnels du vieillissement*. Retrieved from <https://www.senior-montessori.org/>
 - STERNS, A. A., STERNS, H. L., STERNS, R. S., & LAX, G. (2011). *Bridging the intergenerational gap in therapeutic activity delivery between younger professional caregivers and older adults living with dementia*. *Journal of Intergenerational Relationships*, 9(2), 161-175. doi:10.1080/15350770.2011.568340
 - STEYAERT J. (2016). *Hoeveel personen in Vlaanderen hebben dementie?* In M. VERMEIREN (Red.), *Dementie, van begrijpen naar begeleiden*. Bruxelles: Politeia

- THOMAS P., BILLON R., CHAUMIER J., (2014). Qualité de vie au travail, harcèlement et burnout pour le personnel travaillant en Gériatrie et en Psychogériatrie. *Rev Fr Geriatr Gerontol.* 21. 162-169.
- TOUBOUL, P. (n.d.). Recherche qualitative : La méthode des focus groupes. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. Département de Santé Publique CHU Nice.
- VAN der LINDEN, M., & JUILLERAT VAN der LINDEN, A-C. (2014). *Penser autrement le vieillissement.* Bruxelles: Mardaga.
- VANCE, D. E., & PORTER, R. J. (2001). Montessori methods yield cognitive gains in alzheimer's day cares. *Activities, Adaptation & Aging*, 24(3), 1-22. doi:10.1300/J016v24n03_01
- VANDRESSE M., DUYCK J., PAUL J-M., LUSYNE P., WILLEMS P. (2016) Perspectives de population 2015-2060. Bureau fédéral du plan, Direction générale Statistique - Statistics Belgium.
- Witt-Hoblit, I. D., Miller, M. N., & J. Camp, C. (2016). Effects of sustained, coordinated activities programming in long-term care: The memory in Rhythm® program. *Advances in Aging Research*, 5(1), 1-8. doi:10.4236/aar.2016.51001

Annexe I : Echelle de Katz

ANNEXE 41

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS

Identification du bénéficiaire :

Numéro INAMI de l'institution :

NOM – Prénom : Numéro national :

A. Echelle (ne compléter que la colonne 'nouveau score' en cas de première évaluation)

CRITERE	Ancien Score	Nouveau Score	1	2	3	4
SE LAVER			est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER			est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS			est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE			est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE			est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER			est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire
CRITERE			1	2	3	4
TEMPS (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer

OU : le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé en date du

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - la catégorie O catégorie A catégorie B catégorie C catégorie Cdément catégorie D est demandée ⁽¹⁾

- un accueil en centre de soins de jour est demandé ⁽²⁾

B. Raisons qui justifient le changement de catégorie (uniquement en cas d'aggravation) :

C. Le Médecin (obligatoire si la catégorie D est demandée ou si aggravation de la dépendance moins de 6 mois après changement d'échelle lors du dernier contrôle) ou le praticien de l'art infirmier :

Nom et numéro Inami ou cachet du médecin Nom de l'infirmier(ère) responsable ⁽¹⁾	Date :/...../.....	Signature
--	-----------------------------	-----------

(1) Biffer la mention inutile.

(2) Ne pas compléter si le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé.

Catégories de dépendance

MAISON DE REPOS POUR PERSONNES AGEES - MAISON DE REPOS ET DE SOINS

Sur base de l'échelle d'évaluation, reprise au recto, les catégories de dépendance sont déterminées comme suit (le bénéficiaire est considéré dépendant lorsqu'il obtient un score de «3» ou «4» pour le critère concerné) :

Catégorie O : y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et psychologiquement ;

Catégorie A : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;
- les bénéficiaires dépendants psychologiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont entièrement indépendants physiquement ;

Catégorie B : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;
- les bénéficiaires dépendants psychologiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;

Catégorie C : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et aller à la toilette, et
ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;

Catégorie D : y sont classés les bénéficiaires diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie ;

Catégorie C dément : y sont classés :

- les bénéficiaires dépendants psychologiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace ou
ils ont été diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste, et
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour incontinence, et
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger.

Critères de dépendance

CENTRE DE SOINS DE JOUR

Le bénéficiaire doit satisfaire aux critères de dépendance suivants :

- soit il est dépendant physiquement :
il est dépendant pour se laver et s'habiller, et
il est dépendant pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;
- soit il est dépendant psychologiquement :
il est désorienté dans le temps et dans l'espace et
il est dépendant pour se laver et/ou s'habiller ;
- soit il a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

Annexe II : Circulaire concernant le référent pour la démence



CIRCULAIRE AUX MAISONS DE REPOS POUR PERSONNES AGEES,
AUX MAISONS DE REPOS ET DE SOINS
CIRC. MRPA. 2011/8
CIRC. MRS. 2011/8

Correspondant pour l'INAMI: Direction Etablissements et services soins
Correspondant le SPF Santé publique : Service Soins aigus, chroniques et aux Personnes âgées
Tel INAMI: 02/739.78.35 **Tel. SPF Santé publique :** 02/524.85.19
E-Mail INAMI: Mrpa.Mrs@inami.fgov.be **E-Mail SPF Santé publique:** staff-training@health.belgium.be

Bruxelles, le 30 juin 2011.

Personne de référence pour la démence dans les MRPA/MRS

- description de fonction
- conditions de financement INAMI
- formation du référent pour la démence
- reconnaissance des formations par le SPF Santé Publique.

Madame, Monsieur,

Cette circulaire d'information fournit aux établissements qui souhaitent engager une personne de référence pour la démence au sein de leur équipe, les renseignements et les directives relatives aux conditions de financement INAMI. Outre une description de fonction, elle reprend également l'ensemble des éléments exigés en termes de formation. Elle a également pour objet de donner aux organismes de formations les directives à suivre dans le cadre de la reconnaissance des formations prévues par le SPF Santé Publique.

1. Description de fonction

Il est prévu de financer, dès le 1^{er} juillet 2010 et à concurrence de 0,5 E.T.P., un membre du personnel infirmier ou de réactivation, qui fera office de personne de référence pour la démence, et dont la description de fonction est la suivante :

1° être la personne de conseil et d'avis pour les questions concernant l'encadrement et les soins pour les personnes atteintes de démence et leur entourage ;

2° s'informer de la législation relative à la démence ;

3° conseiller la direction sur la formation du personnel en matière de démence en veillant à proposer des experts externes pour dispenser certains aspects de cette formation ;

4° sensibiliser le personnel à l'identification des signes de démence naissante. Compte tenu de ceux-ci et en coordination avec l'infirmière-chef, avertir le médecin traitant et/ou le médecin coordinateur ;

5° encourager le personnel et l'entourage des personnes atteintes de démence à la réflexion sur la problématique de la démence et les stimuler à une approche et des attitudes favorisant le bien-être de ces personnes ;

6° contribuer au développement et à la mise en œuvre d'une politique de qualité (procédures, concertation multidisciplinaire, etc.) en matière d'encadrement et de soins aux personnes atteintes de démence ;

7° susciter la création de réseaux impliquant des acteurs pertinents actifs sur le terrain : le centre d'expertise en démence, l'hôpital de jour gériatrique avec lequel est créé un lien fonctionnel, le médecin coordinateur, d'autres personnes de référence en matière de démence ;

8° assurer une fonction de liaison avec ces réseaux et le médecin coordinateur ;

9° sensibiliser le personnel et la direction à continuer à chercher des moyens pour améliorer la qualité de la vie des personnes atteintes de démence ;

10° proposer à la direction des moyens pour améliorer la qualité de vie du personnel qui soigne ou côtoie des personnes atteintes de démence, notamment au travers de l'organisation de supervision par des experts externes.

2. Conditions de financement INAMI relatives au « référent démence »

2.1. Conditions de financement

L'engagement ou l'affectation du 0,5 ETP d'un membre du personnel à la fonction de personne de référence pour la démence est **facultatif**, cette fonction ne figure donc pas parmi les normes de personnel.

Les **conditions** pour obtenir ce financement sont les suivantes :

1. avoir hébergé une moyenne de *25 patients minimum* classés dans la catégorie de dépendance Cd pendant la période de référence ;
2. transmettre à l'INAMI le contrat ou l'avenant au contrat d'engagement attestant qu'un membre du personnel est employé pour 0,5 ETP en tant que personne de référence pour la démence (pour le personnel statutaire, il s'agit de la décision de nomination ou de la décision de désignation).
3. avoir désigné une personne qui répond aux conditions de formation telles que prévues au point 3.

2.2. Quelles qualifications entrent en considération ?

Sont pris en considération pour remplir la fonction de personne de référence pour la démence les membres du personnel détenteurs :

- d'un diplôme d'infirmier ou
- d'un des diplômes visés à l'article 4, § 2, de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003, à savoir :
 - graduat ou baccalauréat ou licence ou master en kinésithérapie;
 - graduat ou baccalauréat ou licence ou master en logopédie;
 - graduat ou baccalauréat en ergothérapie;
 - graduat ou baccalauréat en thérapie du travail;
 - graduat ou baccalauréat en sciences de réadaptation
 - graduat ou baccalauréat en diététique;
 - graduat ou baccalauréat ou licence ou master en orthopédagogie;
 - graduat ou baccalauréat ou post-graduat ou master en psychomotricité;
 - licence ou master en psychologie;
 - graduat ou baccalauréat d'assistant en psychologie et assimilés;
 - graduat ou baccalauréat d'assistant social et assimilés;
 - "graduaat of bachelor in de gezinswetenschappen";
 - licence ou master en gérontologie;
 - graduat ou baccalauréat d'éducateur.

3. Formation du référent pour la démence

3.1. Pendant une période transitoire allant jusqu' au 30 juin 2013

Jusqu'au 30 juin 2013, la personne désignée comme référente pour la démence doit avoir, entre le 1^{er} janvier 2005 et la date de sa désignation :

- soit suivi une formation appropriée d'au moins 30 heures
- soit acquis une expérience professionnelle adéquate d'au moins 24 mois.

3.2. A partir du 1er juillet 2013

A partir du 1^{er} juillet 2013, toute personne désignée comme personne de référence pour la démence devra avoir suivi une formation d'au moins 60 heures, reconnue par le SPF Santé Publique. Cette condition s'applique également aux personnes qui auraient été précédemment désignées sur la base du point 3.1.

La formation de 60 heures comprendra au minimum les matières suivantes :

- les aspects médicaux de la démence
- les aspects psycho-sociaux de la démence
- les aspects éthico-déontologiques de la démence
- les aspects juridiques de la démence
- l'organisation des soins
- la communication interdisciplinaire et la gestion des plans de soins
- méthodologie et élaboration de formations internes.

Les conditions spécifiques auxquelles cette formation doit répondre sont mentionnées au point 4 ci-dessous.

Les formations reconnues par le SPF Santé Publique seront publiées sur le site web <http://www.staf-training.be>.

Sont **dispensés** de cette formation :

- 1) les praticiens de l'art infirmier (bachelor ou équivalent) ayant le titre d'infirmier spécialisé en santé mentale ou gériatrique ou une licence ou un master en gérontologie ou en gériatrie ;
- 2) les candidats à la fonction de personne de référence pour la démence qui, après le 1^{er} janvier 2005 et avant le 31 décembre 2011, ont suivi une formation d'au moins 90 heures, comprenant les matières visées ci-avant, et reconnue comme suffisante par la Commission de convention entre les MRPA/MRS/CSJ et les organismes assureurs.
- 3) les candidats à la fonction de personne de référence pour la démence qui, après le 1^{er} janvier 2005 et avant le 31 décembre 2011, ont suivi une formation d'au moins 60 heures, comprenant les matières visées ci-avant, reconnue comme suffisante par la Commission visée au point 2), et qui travaillent dans le secteur des soins aux personnes âgées depuis au moins trois ans.

Pour les formations visées au points 2) et 3) ci-dessus, les demandes de reconnaissance, accompagnées des pièces justificatives nécessaires, doivent être adressées au Service des soins de santé de l'INAMI **avant le 1^{er} juillet 2013**, soit par les institutions, soit par les individus concernés, soit par les organismes de formation.

Le Service, après avoir soumis ces demandes à la Commission précitée, leur répond dans les 60 jours.

La liste de ces formations reconnues comme suffisantes sera publiée par le Service sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be/care/fr/residential-care/>

Il appartient au responsable de l'établissement qui engage un référent pour la démence de vérifier si toutes les conditions pour permettre son assimilation sont remplies (lors d'un contrôle, les documents probants pourront être exigés).

4. Conditions de reconnaissance des formations par le SPF Santé publique

Les formations de 60 h exigées à partir de 2013 doivent faire l'objet d'une reconnaissance par le SPF Santé publique qui, dans les 60 jours, examine si elles satisfont aux exigences minimales détaillées ci-dessous. A défaut de réponse dans les 60 jours suivant la date d'introduction de la demande, le programme de formation est considéré comme approuvé.

Les demandes de reconnaissance par le SPF Santé publique seront envoyées via le formulaire ad hoc dont vous trouverez le modèle sur le site web du SPF Santé publique (<http://www.staf->

training.be). Ce formulaire est à compléter par les organismes ou institutions qui organisent la formation et devra être accompagné du détail complet du programme proposé.

Pour obtenir la reconnaissance, les programmes de formation devront répondre aux critères suivants :

Le programme de formation doit être dispensé en Belgique.

Le nombre maximum autorisé d'élèves par module de formation est de 30.

Le programme de formation comportera un volume global de **60 heures** au moins, réparties en respectant **le minimum des heures indiquées par matière** repris ci-après :

a) les aspects médicaux de la démence : 4h minimum

Se basant sur l'approche de la démence clinique à partir d'un point de vue médical : syndrome de la maladie, étiologie, prévention, formes de démence, le lien entre le cerveau et le comportement, le mécanisme de la mémoire, diagnostic différentiel, les avancées médicales et les perspectives de traitements.

b) les aspects psycho-sociaux de la démence : 14h minimum

Ce module mettra particulièrement l'accent sur l'intégration des proches au processus de soins et leur accompagnement.

En effet, la prise en charge des patients déments est multimodale et intègre plusieurs niveaux d'intervention.

Un autre axe d'intervention sera articulé sur la gestion relationnelle des équipes, y compris la gestion du stress, voire les techniques de gestion des conflits.

Thématiques conseillées :

- approche de la personne atteinte de démence et communication avec elle : repères théoriques, exercices, matériel visuel et étude de cas ;
- modes d'approche (réminiscence, « snoezelen », musicothérapie, prise en charge intégrée partant du vécu) ;
- vécu de la famille et du prestataire de soins : contexte, ... ;
- comportement difficile à gérer : causes, conséquences pour le prestataire de soins et pour la personne atteinte de démence, communication avec la personne atteinte de démence et son entourage. Étude de cas.

c) les aspects éthico-déontologiques de la démence : 4h minimum

Thématiques conseillées visant à traiter de points de discussion utiles à la prise de décisions dans une démarche éthique. En effet, dans des cas de figure comme ceux repris ci-dessous, dans lesquels le patient est compétent ou non, une décision doit être envisagée et proposée au nom de l'autonomie. Or cette décision peut être en contradiction avec une attitude proposée au nom de la bienfaisance ou de la « non-maléfience ».

- Liberté de mouvement, d'aller et venir, usage des contentions physiques, limitation des libertés...
- Principe de cohabitation entre les résidents déments et les autres résidents.
- Développement de culture de « bien-traitance ».
- L'alimentation artificielle et l'hydratation (Ce module envisagera l'application des principes éthiques de bienfaisance, de non-maléfience, d'autonomie et de justice en matière de gestion de la nutrition artificielle dans le cadre spécifique de la démence, et particulièrement dans la phase palliative de cette pathologie).
- L'administration des médicaments.
- ...

d) les aspects juridiques de la démence : 2h minimum

Au cours de l'évolution de la maladie, les personnes atteintes de démence se fragilisent de plus en plus et perdent progressivement leur autonomie, tant mentale que physique. Elles deviennent dépendantes de leur entourage et elles perdent l'aptitude à exprimer leur

volonté, à prendre des décisions, à faire des choix. Comment, dès lors, garantir la protection des droits et libertés des malades atteints de démence ?

Tel sera l'objet de ce module à travers les thématiques conseillées dans cette liste non exhaustive :

- statut juridique spécifique ;
- l'administration provisoire ; notion de capacité, notions de droits du patient ;
- notions de mandat ;
- testament ;
- captation de l'héritage ;
- l'euthanasie ;
- la responsabilité du prestataire de soins ;
- le retrait du permis de conduire.

e) l'organisation des soins : 2h minimum :

Ce module sur l'organisation des soins peut-être axé sur des aspects plus concrets, spécifiques à des thématiques comme par exemple l'aide à la préservation de l'autonomie, à la prévention des chutes, de l'incontinence, à la lutte contre la douleur, ou d'autres sujets touchant à des aspects plus particuliers de la prise en charge des patients en fin de vie et de leur famille. La qualité des soins, l'hygiène et la lutte contre les infections nosocomiales peuvent également être envisagées dans ce module.

Un autre axe de développement de ce cours peut également dégager des pistes de réflexions sur les principes qui sous-tendent l'organisation des soins, en particulier le modèle de soins centrés sur le patient et la pratique clinique fondée sur les preuves ; les facettes de l'organisation des soins que sont les structures, les processus, le système d'information et l'équipe interdisciplinaire. Il peut aussi être intéressant d'y aborder les modèles d'organisation des soins empruntés à d'autres pays, qui sont autant de sources d'inspiration et d'initiatives intéressantes à la création d'alternatives à proposer (centres de compétences, services spécialisés, itinéraires cliniques).

f) la communication interdisciplinaire et la gestion des plans de soins : 2h minimum

Le rôle de la personne de référence. Faire ses preuves en tant que personne de référence : comment recueillir l'adhésion de son équipe et de son organisation pour améliorer la qualité des soins et du soutien aux personnes atteintes de démence, facteurs qui facilitent ou compliquent la communication au sein de l'organisation.

g) méthodologie et élaboration de formations internes : 2h minimum

Il s'agit d'aborder des thématiques telles que : définition du groupe-cible, identification des besoins de formation, méthodes de formation, approches pédagogiques, théorie et pratique, évaluation d'une formation, ...

h) Le programme de formation qui respecte les heures minimums renseignées par module, peut intégrer des thèmes spécifiques à la démence comme par exemple : les formes atypiques de démence, la politique de réduction de l'immobilisation, la prise de parole en public, les activités pertinentes, l'alimentation, l'approche contextuelle de la démence, la façon dont le prestataire de soins peut prendre soin de lui, l'architecture pour les personnes atteintes de démence. L'ensemble de ces heures entrent en ligne de compte des 60 heures de base exigées.

Quand un programme de formation est agréé par le SPF Santé publique, celui-ci délivre un numéro d'agrément.

La durée de validité de cette reconnaissance est de quatre années scolaires, sauf s'il ressort d'un contrôle que le programme effectivement suivi ne correspond pas au programme pour lequel l'approbation a été donnée. Toute adaptation ayant un impact sur l'information transmise dans le dossier de demande électronique doit faire l'objet d'une nouvelle approbation par le SPF Santé publique. Un formulaire destiné à cet effet sera mis à disposition sur le site web du SPF Santé publique.

Pour dispenser la formation, les formateurs doivent avoir une formation de niveau supérieur ou universitaire et disposer tant de connaissances suffisantes que d'une expérience dans les matières du module enseigné.

Au terme de la formation de 60 heures, une attestation est délivrée à chaque participant ayant suivi l'ensemble du cycle, suivant le modèle figurant sur le site web du SPF Santé publique.

A chaque fin de cycle, les organismes de formation transmettront au SPF Santé publique la liste des étudiants ayant réussi et/ou participé à l'ensemble du cycle. Le modèle de cette liste figure sur le site web du SPF Santé publique. Cette liste doit être transmise au SPF Santé publique dans les 60 jours qui suivent la fin du cycle de formation via l'adresse e-mail : staff-training@health.belgium.be.

La présente circulaire, ainsi que le formulaire de demande de reconnaissance, le modèle d'attestation et le modèle de liste de participants sont mis à la disposition des organismes de formation sur le site web du SPF Santé publique à la page : <http://www.staf-training.be>.

Les demandes de reconnaissance sont à adresser au SPF Santé publique Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement au moins deux mois avant le début de la formation (sauf formation déjà en cours à la date de la présente circulaire), par courrier électronique, via l'adresse e-mail : staff-training@health.belgium.be.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre parfaite considération.

Ri DE RIDDER,
Directeur général,
Service des soins de santé
de l'INAMI.

Chris DECOSTER,
Directeur général,
Organisation des établissements de soins
SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne
alimentaire et Environnement

Annexe III : Descriptif de la formation initiale Montessori

Les deux organismes proposant la formation : Senior Montessori et AG&D ont le même programme. En effet, les moteurs dans les deux structures sont les frères Erkes, Simon et Jérôme. Dans l'extrait ci-dessous, les informations sont tirées de la page internet Senior Montessori (2016), Formation initiale.

Une formation pour acquérir des outils pratiques visant à développer l'indépendance, l'autonomie et la participation sociale des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs ou de maladies apparentées Alzheimer.

Objectifs

Comprendre les fondements de la démarche de Maria Montessori et leurs adaptations aux problématiques des personnes âgées présentant des troubles cognitifs ;

*Modifier les représentations et perceptions portées sur la "démence" et les personnes concernées ;
Être capable de repérer, d'évaluer et d'utiliser les capacités préservées, même lorsque les déficits sont sévères ;*

Apprendre à utiliser une approche adaptée dans les interactions avec les personnes concernées ;

Apprendre à créer et adapter des activités en fonction des personnes et de leurs capacités pour augmenter l'engagement (activités individuelles et collectives) ;

Apprendre comment redonner des rôles sociaux et un sentiment d'appartenance à une communauté aux personnes concernées ;

Pouvoir analyser et comprendre les comportements problématiques et mettre en place des solutions, concrètes et adaptées.

Contenu

Représentation de la démence: représentations sociales, les modèles d'institution, vivre avec une « démence » et prise en compte de la personne ;

De Maria Montessori aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs : qui était Maria Montessori, fondements de la pédagogie Montessori, adaptation aux personnes âgées ;

L'importance des activités : Activités ? De quoi parle-t-on ? De l'importance des activités pour la personne, adapter les activités, impact pour l'institution et les familles ;

Comprendre la démence: les mémoires et les capacités d'apprentissage, repérer les capacités préservées, une autre vision des comportements problématiques ;

Activités basées sur l'approche Montessori: l'engagement dans une activité, les principes Montessori pour créer et adapter des activités, événements et rôles sociaux des résidents;

Amorcer le changement : le plan d'action: identifier les actions qui peuvent être entreprises et définir leur mise en place opérationnelle.

Formation de 3 jours sur site. 15 personnes maximum.

Annexe IV : Guide d'entretien

A. Profil de l'enquêté

En quelques mots, pourriez-vous me parler de vous, de votre fonction, de votre parcours ... ?

- *Homme ou Femme ?*
- *Quel âge avez-vous ?*
- *Quelle est votre formation ? Quel niveau d'études avez-vous (secondaire, supérieur universitaire ou non universitaire) ?*
- *Quelle est votre fonction ?*
- *Depuis quand travaillez-vous dans la maison de repos Le Grand Pré ? (Nombre de mois ou d'années)*
- *Depuis quand travaillez-vous dans le domaine de la démence ? (Nombre de mois ou d'années)*

B. Questions

La formation : Concrètement, que vous a apporté la formation Montessori ?

- Avez-vous déjà suivi d'autres formations sur la démence ? Si oui, lesquelles ?
- Pourquoi avez-vous choisi de faire cette formation proposée par l'institution ?
- Comment avez-vous vécu la formation ? (*Temps, implication...*)

L'implémentation : Comment s'est passée la mise en œuvre de la philosophie Montessori dans l'institution ?

- Quels sont vos ressentis par rapport à l'implémentation de la philosophie Montessori ?
- Quels sont les changements que vous voyez depuis la formation ?
- Quels sont les leviers que vous avez rencontrés dans la mise en pratique de la méthode Montessori ?
- Quels les freins que vous avez rencontrés dans la mise en pratique de la méthode Montessori ?
- Quel a été le soutien de la hiérarchie ?

Les relations entre collègues : Depuis la mise en œuvre de l'approche Montessori, qu'est ce qui a changé dans l'institution ? Qu'a-t-elle apporté dans vos relations ?

- Comment pouvez-vous décrire la collaboration entre les personnes formées et les non-formées ? entre les différentes professions (*médecins, soins, entretien, ...*) ?
- Que pouvez-vous dire sur la communication au sein de l'équipe ? (*depuis le projet, depuis la formation*)
- Comment pouvez-vous décrire votre expérience de collaboration avec les autres professions ? (*Transfert de compétences entre les professions*)
- Comment pouvez-vous décrire la qualité des relations entre collègue ? (*sens dans votre travail*)

Le sens dans votre travail : Comment vous sentez-vous dans votre travail depuis l'implémentation de la méthode ?

- Avez-vous remarqué des changements dans votre humeur depuis la formation ? Sont-ils positifs ou négatifs ? Quels sont-ils ?
- Comment sont acceptées vos idées et vos initiatives par vos collègues, par votre hiérarchie ?
- Que pouvez-vous dire par rapport à votre sentiment d'utilité dans votre travail ? La formation a-t-elle influencé ce sentiment ?
- Comment ressentez-vous la charge de travail ?

La relation avec le résident : Comment pouvez-vous décrire votre relation avec le résident ? Comment la relation avec le résident a-t-elle évolué depuis la formation Montessori ?

- Votre regard, sur les personnes avec des troubles cognitifs, a-t-il changé ? Si oui, comment voyez-vous le résident ?

Que pourriez-vous suggérer aux autres professionnels d'autres institutions qui mettraient en pratique cette approche ?

Avez-vous d'autres informations à apporter à cet entretien que nous n'avons pas abordées ?

Annexe V : Tableau récapitulatif des résultats des entretiens individuels

Code d'identification	Sens donné au travail	Relation entre collègues	Relation avec le résident	Leviers	Freins	Autres	Suggestions
0G01	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation - Donne du sens au travail - Charge de travail inchangée mais organisation différente - Changement de regard 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté d'un projet commun dans une équipe nombreuse - Collaboration +++ - Création d'échanges mais ne facilite pas toujours la communication - Transfert de compétences : réunion de connaissances où les professionnels échangent 	<ul style="list-style-type: none"> - Changement de regard sur le résident - Valorisation +++ 	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien de la direction - Conviction pour Montessori - Suivi par le responsable de soins - Effet de groupe 	<ul style="list-style-type: none"> - Les collègues réfractaires - Sentiment d'imposer une méthode de travail aux autres 	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome de sauveur - Avenant au contrat du travailleur : facilitateur et accompagnateur - Sent moins seul - Changement de regard 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas aller trop vite - Ne pas imposer - Se mettre d'accord sur un cadre - Amener les collègues non formés à la réflexion
1S02	<ul style="list-style-type: none"> - Nouvelle dynamique au travail - Renouveler pratique professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilite relations avec certains collègues (outils applicables à son entourage) - Incompréhension par le personnel - Se sent seule dans son institution 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de différence - Beaucoup de principes déjà appliqués avant la formation 	<ul style="list-style-type: none"> - Outils faciles à appliquer - Concret 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe incompréhensive - Hiérarchie incompréhensive 	<ul style="list-style-type: none"> - Outils concrets 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation en équipe - Plus facile d'appliquer les principes en collaboration

Code d'identification	Sens donné au travail	Relation entre collègues	Relation avec le résident	Leviers	Freins	Autres	Suggestions
1S03	<ul style="list-style-type: none"> - Son travail prend du sens - Enthousiaste - Plus grand sentiment de reconnaissance - Plus confiante - Soutien par rapport à sa formation de base comme ergothérapeute - Sentiment d'utilité - Charge de travail différent avec plus d'observations et répartie différemment entre les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien dans l'équipe plus important - Pas de changement dans la communication entre soignants 	<ul style="list-style-type: none"> - Réaction positive du résident - La relation avec la personne a plus de sens - Pas de changement de regard - Avait déjà beaucoup de considération pour les personnes démentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Chemins de vie - Les collègues formés - Soutien de la hiérarchie 	<ul style="list-style-type: none"> - Aménagement de la MR - Incompréhension de la part de ses collègues non formés/sensibilisés - Manque de personnel pour mise en application 	<ul style="list-style-type: none"> - Montessori l'a confortée dans ce qu'elle faisait avant 	<ul style="list-style-type: none"> - Lentement - Ouverture d'esprit
1G04	<ul style="list-style-type: none"> - Gratifiant - Heureuse - Enthousiaste - Sentiment de reconnaissance - Pas de stress - Permet de se rendre compte de la manière dont on travaillait 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 sites : impact positif sur l'un et négatif sur l'autre 	<ul style="list-style-type: none"> - Avant la formation impression de maltraitance - PA valorisée +++ - A le temps d'échanger et discuter avec les PA - Comme une famille - Voit les PA différemment 	<ul style="list-style-type: none"> - Philosophie Montessori très ancrée depuis plus de 10 ans dans l'institution 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun 	<ul style="list-style-type: none"> - Très belle formation au niveau humain - Il faut être polyvalent (cuisine, lingerie, soins ...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Plus facile d'application dans petites structures

Code d'identification	Sens donné au travail	Relation entre collègues	Relation avec le résident	Leviers	Freins	Autres	Suggestions
1G05	<ul style="list-style-type: none"> - Dynamise l'institution - "merveilleux" - Enthousiaste +++ - Se sent mieux - Idéalise - Meilleure humeur - Charge de travail différente : prend plus son temps avec le résident mais moins de stress 	<ul style="list-style-type: none"> - Projet commun - Travail d'équipe - Transfert de compétences et connaissances entre professionnels - Evolution dans les relations entre collègues 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de changement dans la relation avec le résident 	<ul style="list-style-type: none"> - Participation de tout le personnel - Travail d'équipe - Formation proposée par la hiérarchie => soutien +++ 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun 	<ul style="list-style-type: none"> - Processus rapide - Concret - Formation bénéfique également pour la vie privée 	<ul style="list-style-type: none"> - Laisser faire résident et collègues - Ne pas chercher la perfection
1G06	<ul style="list-style-type: none"> - Renforce sa façon de penser/travailler - Nouveaux outils - Changement des humeurs à court terme - Donne envie de s'investir 	<ul style="list-style-type: none"> - Transfert de compétences et connaissances (comprendre le métier d'ergo) - Echanges +++ entre collègues - Meilleure communication - Met tout le monde sur le même pied d'égalité 	<ul style="list-style-type: none"> - Changement de regard - Attention portée sur les capacités restantes plus importante 	<ul style="list-style-type: none"> - Projet commun - Formation institutionnelle - Equipes nombreuses sans surcharge de travail - Ressources matérielles et budgétaires importantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'enthousiasme de l'équipe - Manque de motivation - Turn over important - Equipe rapidement essoufflée par manque de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de la formation ergo = Montessori => reconforte dans sa façon de travailler - Permet de mieux accompagner les équipes - "beaux principes mais difficiles à mettre en pratique" 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi par un référent Montessori dans l'institution (pourquoi pas un ergo) - Formation plus longue - Faire des formations sous forme de rappels
0G07	<ul style="list-style-type: none"> - Charge de travail plus importante à l'implémentation => nouvelle façon de travailler - Satisfait 	<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels sont plus respectueux les uns envers les autres grâce aux transferts de compétences/connaissances 	<ul style="list-style-type: none"> - Les soignants demandent de l'aide dans les activités de la vie quotidienne, valorisant +++ - Résident acteur 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation de tout le personnel => cohérence dans la prise en charge, le résident s'y retrouve plus facilement 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque un référent Montessori - hiérarchie verticale 		<ul style="list-style-type: none"> - Equipe cohérente - Soutien de la hiérarchie - Population équilibrée (pas seulement des grabataires) - Charge de travail adaptée

Code d'identification	Sens donné au travail	Relation entre collègues	Relation avec le résident	Leviers	Freins	Autres	Suggestions
1S08	<ul style="list-style-type: none"> - Joie - Congruence - Libérée - Convaincue - Investissement +++ - Diminution du taux d'absentéisme - Satisfaite - Charge de travail différente : dispatchée - Changement de regard 	<ul style="list-style-type: none"> - Plus de complicité - Plus de liens - Plus de communication, les infos passent mieux - Pas de hiérarchie, tout le monde au même pied d'égalité - Solidarité - Chaleureux 	<ul style="list-style-type: none"> - Vision positive du vieillissement et troubles cognitifs - Valorisation - Confiance +++ - Relation d'amour/d'amitié - Tendresse 	<ul style="list-style-type: none"> - Centre de jour : pas les contraintes des soins - Peu de budgets, il faut être créatifs - Soutien de la direction et des coordinatrices - Volonté du résident 	<ul style="list-style-type: none"> - Scepticisme des collègues/ incompréhension 		
1S09	<ul style="list-style-type: none"> - Changement de regard, de posture - Chamboulé, bouleversée - Remise en question - Grosse surprise - Choses simples, facile à appliquer - Complexité changement habitudes 	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction d'apporter des solutions et soutien aux collègues (surtout les non formés) - Frustration réticence des collègues - Exigence par rapport aux collègues - Peur du jugement du travail des autres - Permet de décloisonner les fonctions entre collègues 	<ul style="list-style-type: none"> - Relation plus respectueuse - Sensation de dignité plus présente - Relation de confiance, plus vraie, plus apaisée, plus sereine, plus fluide - Parfois plus compliquée quand ils s'affirment - Importance du respect dans la relation 	<ul style="list-style-type: none"> - Collègues alliés - Soutien hiérarchie : nommée référent pour la démence 	<ul style="list-style-type: none"> - Motiver les collègues non formés 	<ul style="list-style-type: none"> - Double impact <ul style="list-style-type: none"> - personne convaincue +++ - sentiment de différence 	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre le temps - Aller en formation sans avoir peur d'être jugé - Ne pas oublier pourquoi on fait ce métier

Annexe VI : Récapitulatif des journées de suivi de la formation Montessori au sein de la maison de repos le Grand Pré

Journées de suivi formation Montessori

1^{ère} journée :

⇒ **Comment vous vous-sentez ?** tour de table

Formation en même temps que les travaux, beaucoup de changements dans l'organisation...

Cadre de communication lors de la formation (cadre c'est sécurisant mais tout en laissant libre)

- Parler en Je
- Eviter Tu
- Eviter débats non constructifs
- Parler en positif
- Je suis garant du cadre
- Tutoiement
- Confidentialité

⇒ **Pour vous, Montessori c'est quoi ?**

C'est :

- Nouvelle façon de vivre
- Liberté
- Choix
- Renforcement
- Positionnement
- Le monde des possibles
- Le respect
- Cool, manière d'être
- Considérer l'autre autrement
- Accompagnement
- Pourquoi (même dans la vie de tous les jours)
- Recherche au quotidien
- Revenir à l'essentiel
- Reconnaissance de soi et de l'autre
- Envie de donner
- Apaisement
- Relationnel
- Découverte de capacités

- Autonomie
- Bien-être réciproque
- Difficile
- Fatigant ++++
- Prison/enfermement
- Donné à tout le monde
- Un aboutissement mais un chemin

Ce n'est pas :

- Faire à la place de la personne
- Sectaire
- Fermé
- Choisir la facilité
- Méthode
- Imposer
- Décider
- Science infuse

Ce qui a fonctionné :

- Observation de petits miracles chez les résidents : se lavent seuls, mettent la table, ...inespéré chez certains
- Relations avec les habitants plus proches
- Accompagnement
- Moins de culpabilité
- Confiance en soi de l'habitant
- Ambiance générale
- Regard de la personne +++
- Fatigue émotionnelle mais gratifiante +++
- Visite de la MR pour les personnes intéressées de rentrer : dates bien précises. Demandes aux résidents d'accueillir ces visiteurs dans leur chambre. Fonctionne ++. Se sentent mis en valeur. Comité d'accueil par les résidents => la chambre doit être nickel, le résident doit être préparé => implication du personnel
- Implication communautaire : pour qu'ils se disent qu'ils ne sont pas seuls
- Top avec les PA avec troubles cognitifs
- Changement de mentalité
- Stop toutes les infos médicales dans les chambres : ex PM pour les aérosols au mur

- Moins de sonnettes au RDC : moins de résidents qui sonnent ATTENTION : fonctionne au RDC mais pas aux étages => moins de stress pour l'équipe => COMMUNICATION +++ au résident
- Amélioration de la charge de travail, moins de stress
- Panneaux avec les choses que le résident aime : stimulent les conversations
- On leur laisse plus de choix : compliqué au début
- Chacun se lave le visage, les mains et se coiffent : les patients sont contents de le faire eux même, c'est mieux fait
- Une infirmière dit qu'elle est heureuse de voir sa collègue qui essaye de faire qqch avec un patient
- Une résidente qui se maquille et elle sort de sa chambre depuis (grâce aux petites affiches)
- Collaboration équipe +++ : aides-soignantes qui font appel à l'ergo
- Collaboration avec résidents : ex pliage des serviettes
- Calendrier avec météo, bcp de succès
- Plus de réflexions pour le résident, sans prendre la voie la plus facile
- Affiches et flyers en arial 40, plus lisibles pour les résidents
- Demander de l'aide au résident : plus d'échanges entre le personnel et le résident => meilleure communication, meilleure relation
- Stop planning activités ergos : donne trop de possibilités et donc les résidents sont perdus. Il faut un cadre avec un planning avec un cadre et le résident sait vers quoi aller. Proposent du choix dans les activités, plusieurs activités à la même heure.
- Changement ressenti mais longbcp de mouvements, de va et vient
- Vivre le moment sur place
- Montrer, faire et que ça suit. Oublier le temps, l'horloge
- Adaptation au rythme du résident
- Parler et prendre du temps avec les résidents

⇒ **Que pensez-vous avec tous ces changements ?**

- Contents
- Prendre le temps

- Mentalité a vraiment changée
- On ne voit pas toujours tout ce que les autres font
- Par rapport à la dernière réunion : très négatif et maintenant plutôt positif : bon en avant
- Bcp de choses ont été faites et des belles choses
- Difficultés par rapport aux collègues : violence par l'incompréhension des autres
- Les veilleuses remarquent que les résidents sont plus apaisés
- Les collègues communiquent plus par sms en disant que ça se passe bien, les résidents sont mieux
- Avancement +++

Quels sont les challenges ?

- Défi : rester des colibris pour le groupe, double vitesse avec ceux qui n'ont pas suivi la formation
- Communication vis-à-vis de l'extérieur ...
- Changer les mentalités dans les actes
- Tendance aux réticences
- Travailler autrement
- Propagation, colibri +++ continuer sans vouloir démontrer (Famille, résidents, collègues, étudiants ...)
- Récit de vie, capacités => doivent être coordonnés
- Coordination ++
- Motiver la personne : marcher (kiné), médocs (infirmière)
- Ouverture des portes
- Toilettes 3 fois
- Transmission des outils parfois compliquées
- Gérer la résistance
- Transmission de la philosophie aux résidents
- Manque de temps
- Transmettre le msg au niveau des collègues
- Prendre le temps
- Certains patients avec qui c'est plus compliqué de mettre Montessori en place ...
- Communication au sein de l'équipe

- Analyses troubles du comportement
- Accueil des nouveaux résidents
- Manque d'échanges entre les visiteurs et les résidents ...
- Travailler en intelligence collective
- Capacités préservées
- Redonner le pouvoir aux habitants : ex comité repas
- Réunions Montessori : 1x par mois. Parfois décevant parce que manque d'évolution. Se concentrer sur le projet Montessori
- Proposition d'activités porteuses de sens
- Environnement adapté/ou pas

Transmission aux collègues ?

- Réunion d'informations à tout le personnel (toutes les fonctions)
- Faire un pacte d'adhésion
- Formation aux autres ?

Freins pour transmission aux collègues :

- Financier : formation, matériel
- Peur de l'inconnu
- Réticence au changement
- Refus/difficulté de se remettre en question
- Contexte : travaux, Montessori ...
- Incompréhension, manque de connaissance
- Non implication
- Ne pas s'écouter
- Différence institution/ organisation
- Manque de confiance
- Mémoire procédurale
- Trop d'analyse ... faire des pb où il n'y en a pas

- Influence négative
- Intolérance, blocage
- Robotisation
- Manque d'ouverture d'esprit
- Manque de communication
- Manque d'empathie
- Pas assez de concret pour elles
- Manque de cohésion
- Problèmes entre personnalités

Moteurs pour transmission aux collègues :

- NON
- Exemples
- Formation

- Pacte
- Transmission outils (12 principes, projets de vie)
- Réunions
- WAT
- Montrer plus et parler moins
- Utilisation d'autres canaux de communication
- S'occuper de ses fesses
- Se laisser du temps

- Remettre l'humain au centre/ se centrer sur la personne
- Colibri
- Garder confiance

⇒ **PLAN D'ACTION :**

- **Team building**
- Jeux de rôles
- **Phrases philos à afficher**
- Réunion mise à plat
- Réunion capacités préservées
- Former tout le personnel à Montessori
- Témoignage par les personnes confrontées à d'autres maisons Montessori
- **Inviter 2/3 membres qui n'ont pas fait la formation aux réunions du groupe Montessori**
- Ludique

2^{ème} journée :

Météo intérieure

Leviers pour **bon fonctionnement équipe** représenté par ICEBERG (la partie sous l'eau qui permet de flotter : positif de l'équipe. Freins : (l'eau qui fait fondre la glace : négatif)

Leviers :

- Respect
- Bonne ambiance
- Partage
- Diversifier les équipes
- Communication
- Respect des résidents
- Diversité
- Complicité
- Motivation

- Partage, dialogue avec résidents
- Acceptation de l'autre
- Ne pas croire que l'on a toujours raison
- Remise en question
- Acceptation de la différence
- Respect de la consigne
- Réunion avec un sens
- Distinguer vie privée et vie professionnelle
- Humilité
- Humour, sourire
- Confiance
- Activités qui donnent de l'énergie
- Laisser chacun évoluer
- Parasites
- Charge de travail
- Mauvaise communication
- Pression
- Stress
- Malentendus
- Critiques
- Manque d'empathie
- Argent
- Incompréhension
- Non-respect
- Individualisme
- Non-sens
- Intrusif
- A priori
- Manque d'implication

Freins :

- Jugement
- Intolérance
- Non-dits

Se concentrer sur le positif pour le bon fonctionnement d'une équipe.

Tour des opinions :

- Visuellement : plus de positifs
- Quand il y a trop d'eau, ça fait fondre l'iceberg : voir le positif +++
- Trouve dans liens avec ce qui est fait pendant ces 2 jours. Individuellement, tout le monde va dans le même sens
- Positif de la part d'un médecin
- Equipe plutôt positif en voyant ces post it.
- Education
- Valeurs humaines de bases
- Valeurs dans l'iceberg : valeurs que l'on peut transmettre à ses collègues (temps ++)

3 règles du manager : Collaboration, communication, responsabilisation

Outils intelligence collective :

⇒ Choisir un maître du temps

Sphère de pouvoir :

- Gérer le temps
- Avertir le temps de pause
- Garant du cadre

Sphère de compétence

- Savoir lire l'heure
- Ponctuel
- Avoir l'outils
- Capacité de communication
- Autorité
- Attention
- Savoir se reposer sur le cadre

➔ Vote d'une personne qui est maître du temps :

Chacun vote en mettant son prénom sur le post it : on justifie son choix

Douche de gratitude => émotions ++

➔ Qui veut changer son vote ? personne

➔ Une personne qui veut désigner la personne gardien du temps : une personne qui n'a pas eu le plus de vote

➔ Demande à la collectivité : ok pour tout le monde

➔ La personne désignée accepte-t-elle ? oui => maître du temps désigné

Mettre les potentiels individuels au service de la collectivité, sans hiérarchie

Proposition 1

➔ OUI

➔ NON -> arguments - obstructifs : Non se transforme en Oui et - constructifs -> qu'est-ce que tu proposes ?

- Proposition 2
 - OUI
 - NON ...

Tous debout en cercle on se tourne vers son voisin de gauche, massage dos. On se tourne vers son voisin de droite.

On se tourne à nouveau vers son voisin de gauche et on s'assied sur les genoux de la personne derrière nous => on se soutient les uns les autres

⇒ Construction réunion à intelligence collective type :

Privilégier des réunions sans tables, se mettre à nus. Empêcher les barrières

On commence par météo personnelle : Comment chacun se sent ?

Réunion d'information

Réunion de triage (avec un OJ à travailler tous ensemble)

⇒ OJ construit avec le groupe présent :

- Stress :
- Perception après réunion
- Appréhensions
- Pistes d'action T+ cognitifs
- Transmission
- Inviter collègues aux prochaines réunions
- Comment fédérer ?

⇒ Questions de clarification des sujets (tour du groupe pour clarifier les sujets OJ proposés, plusieurs tours autorisés)

⇒ Quelle est ta demande ? (Que veux-tu qu'on fasse pour toi ?)

⇒ Tour d'opinions, mise en place d'un plan d'action, ... en fonction de la personne qui fait la demande

Réunion de décision : avec des fiches de propositions

Ronde de frustrations

Ronde de fermeture

Annexe VII : Tableau récapitulatif des résultats du focus groupe

Code d'identification	Sens donné au travail	Relation entre collègues	Relation avec le résident	Leviers	Freins	Autres	Suggestions
Journée de suivi au Grand pré	<ul style="list-style-type: none"> - Liberté - Renforcement des valeurs du métier de soignant - Apaisement - Fatiguant - Moins culpabilisant comme façon de travailler - Gratifiant - Moins de stress - Changement dans la charge de travail - Sentiments positifs - Enthousiastes - Contents - De plus en plus positifs - Motivation 	<ul style="list-style-type: none"> - Implication communautaire - Heureux lorsqu'ils voient leurs collègues communiquer avec les résidents - Collaboration +++ entre les différents professionnels - Transfert de compétences et connaissances - Incompréhensions des personnes non-formées - Complicité 	<ul style="list-style-type: none"> - Respect du résident plus important - Le considérer autrement - Accompagnement plus important - Reconnaissance - Relations plus proches avec le résident - Confiance - Meilleure communication - Collaboration +++ - Réflexions plus importantes sur le résident - Apaisement des résidents 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation et suivi - Pacte d'adhésion - Utilisation d'outils - Réunions Montessori 	<ul style="list-style-type: none"> - Double vitesse entre les formés et non formés - Budget (former tout le personnel) - Peur de l'inconnu - Réticence au changement - Difficulté de se remettre en question - Manque de connaissance - Incompréhension - Manque de confiance - Manque de communication 	<ul style="list-style-type: none"> - Nouvelle façon de vivre applicable à la vie quotidienne - Changement de mentalité 	<ul style="list-style-type: none"> - Oublier le temps - Former tout le personnel - Pacte d'adhésion