

Faculté de santé publique

Comment un manager peut-il promouvoir l'autonomie des personnes âgées dépendantes en MRS ?

Leviers & obstacles

Mémoire réalisé par
Élisa DUPUIS

Promoteur(s)
Pr Pascale Cornette
Mr Miguel Lardennois

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

Faculté de santé publique

Comment un manager peut-il promouvoir l'autonomie des personnes âgées dépendantes en MRS ?

Leviers & obstacles

Mémoire réalisé par
Elisa DUPUIS

Promoteur(s)
Pr Pascale Cornette
Mr Miguel Lardennois

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

Remerciements

À l'issu de ce travail, j'aimerais exprimer ma reconnaissance et mes sincères remerciements envers ma promotrice, Pr Pascale Cornette et mon co-promoteur, Mr Miguel Lardennois, pour m'avoir guidé et conseillé tout au long de la réalisation de ce mémoire. Je tenais aussi à remercier mes deux lectrices, Mme Clémence Van Der Bruggen, et Mme Chantal Dehon, de tous leurs intérêts pour celui-ci.

Je tenais à remercier tous les participants à l'étude pour y avoir contribué, pour m'avoir accordé de leurs temps et de leurs énergies, et ce malgré les difficultés actuelles.

Je tenais aussi à remercier de tout cœur mes collègues de l'Unité 72 aux Cliniques Universitaires Saint-Luc, pour tous leurs soutiens, leurs encouragements incessants et leurs sourires réconfortants durant ces années de labeur. Et tout particulièrement, je tenais à remercier du fond du cœur mon infirmière en chef, Mme Catherine De Tiège, d'avoir toujours acceptée, organisée, agencée mon temps de travail à mes études, avec une volonté sincère. Encore une fois, je te dis merci !

Je tenais à remercier ma famille de m'avoir toujours soutenue et encouragée, avec force et d'un naturel sans nom, durant mes années d'études bien sûr, mais aussi dans tous les choix de ma vie, grands ou petits.

Enfin, je voulais remercier mes ami(e)s, camarades de travail et plus encore, pour tous ces sourires partagés et ces rires prononcés, pour leurs écoutes attentives et leurs folies productives... Merci les ami(e)s !

Note relative au 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

1	INTRODUCTION	9
2	CADRE CONTEXTUEL	11
2.1	LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS, EN WALLONIE ET À BRUXELLES	11
2.2	LE RÔLE DU DIRECTEUR EN MRS	15
3	CADRE CONCEPTUEL	17
3.1	INDÉPENDANCE ET DÉPENDANCE	17
3.2	AUTONOMIE	18
3.3	LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES	21
3.3.1	<i>Soins centrés sur la personne</i>	22
3.3.2	<i>Participation aux prises de décisions</i>	24
3.3.3	<i>Communication</i>	25
3.3.4	<i>Environnement structurel</i>	27
4	QUESTION DE RECHERCHE	28
5	MÉTHODOLOGIE	28
5.1	POURQUOI UN CADRE PRATIQUE ?	28
5.2	CHOIX DE LA MÉTHODE	29
5.3	RÉCOLTE DES DONNÉES	31
5.4	ÉCHANTILLON	32
5.5	PRÉPARATION DE LA BASE DES DONNÉES	33
6	RÉSULTATS	34
6.1	DIMENSION 1 – VISION DE L’AUTONOMIE ET DE L’INDÉPENDANCE	34
6.2	DIMENSION 2 – ACTIONS MISES EN PLACE DANS L’ÉTABLISSEMENT	36
6.3	DIMENSION 3 – SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE	38
6.4	DIMENSION 4 – PARTICIPATION AUX PRISES DE DÉCISION	39
6.5	DIMENSION 5 – COMMUNICATION	41
6.6	DIMENSION 6 – ENVIRONNEMENT STRUCTUREL	42
6.7	DIMENSION 7 – LA FAMILLE	44
6.8	DIMENSION 8 - UN LIEU DE VIE	45
6.9	DIMENSION 9 - MODÈLE TUBBE	46
7	DISCUSSION	47
7.1	DIMENSION 1 - VISION DE L’AUTONOMIE ET DE L’INDÉPENDANCE	47
7.2	DIMENSION 2 - ACTIONS MISES EN PLACE DANS L’ÉTABLISSEMENT	48
7.3	DIMENSION 3 - SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE	49
7.4	DIMENSION 4 - PARTICIPATION AUX PRISES DE DÉCISION	50

7.5	DIMENSION 5 – COMMUNICATION	52
7.6	DIMENSION 6 – ENVIRONNEMENT STRUCTUREL	53
7.7	DIMENSION 7 – LA FAMILLE	53
7.8	DIMENSION 8 – LIEU DE VIE.....	54
7.9	DIMENSION 9 – MODÈLE TUBBE.....	55
8	LIMITES.....	58
9	CONCLUSION.....	58
10	BIBLIOGRAPHIE.....	60
11	ANNEXES.....	65
11.1	ANNEXE 1 : LES FORMES D’HABITATION SOUHAITÉES PAR LA PERSONNE ÂGÉE SI SA SANTÉ L’EMPÊCHE DE VIVRE DE FAÇON INDÉPENDANTE.....	65
11.2	ANNEXE 2 : ÉCHELLE DE KATZ AVEC LES CATÉGORIES ET CRITÈRES DE DÉPENDANCE.....	66
11.3	ANNEXE 3 : LES CATÉGORIES DE DÉPENDANCE – ARRÊTÉ ROYAL (1996)	68
11.4	ANNEXE 4 : DESCRIPTION DU SECTEUR (NOMBRE DE LITS) 2014.....	69
11.5	ANNEXE 5 : LES MODALITÉS DU RÈGLEMENT D’ORDRE INTÉRIEUR.....	69
11.6	ANNEXE 6 : GUIDE D’ENTRETIEN	70
11.7	ANNEXE 7 : LE MODÈLE ORGANISATIONNEL TRADITIONNEL VS. LE MODÈLE TUBBE.....	71

1 INTRODUCTION

La personne âgée dépendante dans les maisons de repos... Nous l'imaginons très souvent comme une personne passive, ne pouvant pas réaliser ses souhaits et ses envies. Nous percevons ces personnes comme n'ayant que peu de choix, sur la manière d'agencer leur journée, leurs activités, leurs repas... Tout simplement de décider de l'organisation institutionnelle. Cela peut être dû à différents obstacles comme par exemple, les conditions physiques et/ou cognitives de la personne âgée dépendante, un manque d'effectifs du personnel soignant, un manque de moyens ou de budget financier. Souhaitant à la suite de ce Master en Sciences de la Santé Publique, développer ma carrière professionnelle dans les Maisons de Repos (MR) et les Maisons de Repos et de Soins (MRS), et ayant observé mes aînés en hébergement dans ce type d'établissement, je souhaitais approfondir ce sujet.

Et puis, il s'agit d'une problématique qui aura une importance dans les années à venir. En effet, le vieillissement démographique est un phénomène abordé par des experts en sociologie, qui aujourd'hui lancent un cri d'alarme : « *le vieillissement de notre société résonne comme une plainte qui domine tous les discours sur l'avenir de la sécurité sociale et des soins de santé. Celle-ci rappelle inlassablement qu'il faut absolument prendre des mesures aujourd'hui si on veut éviter les catastrophes de demain.* » (KCE, 2011). La population va vieillir de manière importante : « *selon les dernières projections démographiques réalisées par le Bureau Fédéral du Plan (2011), la proportion de personnes âgées (65 ans et plus) dans la population totale devrait passer de 17% environ en 2010 à 21% en 2025, voir à près de 26% en 2050.* » (KCE, 2011). Cela entraînera inévitablement un besoin de soins plus important, auquel les établissements de soins de longue durée vont devoir répondre. En effet, « *le taux d'institutionnalisation en MR et MRS augmente fortement avec l'âge ; le profil des personnes âgées qui vivent en maison de repos évolue donc ; les résidents sont de plus en plus âgés, ils sont plus dépendants, ont besoin de plus de soins et présentent des polypathologies ou de la démence* » (UNIPSO, nd.) (Carlson, 1998).

Voyant une évolution au niveau démographique de notre société, les maisons de repos et de soins vont jouer un rôle important à l'avenir. Il s'agit des établissements ayant davantage de personnes âgées dépendantes, en comparaison aux maisons de repos pour personnes âgées (MRPA). Cependant, actuellement, pour les personnes âgées, il ne s'agit pas d'un choix de

logement adopté majoritairement. Selon la Fondation Roi Baudouin, (2017) « *en cas de dépendance, les seniors préfèrent des formules de logement qui leur permettent de continuer à vivre le plus longtemps possible chez eux en bénéficiant d'une aide professionnelle ou informelle.* » Selon le graphique (annexe 1) publié par la Fondation Roi Baudouin, (2017), le choix de loger dans une maison de repos ou une maison de repos et de soins n'est que de 11% chez les interrogés. Nous pouvons imaginer cette faible proportion suite à cette vision de perte de choix pour les personnes âgées, au sein de ces établissements. En effet, selon une publication de la Fondation Roi Baudouin, les facteurs primordiaux pour vivre bien et vivre chez soi en institution sont les suivants : « *être respecté et considéré comme un individu à part entière avec sa propre histoire de vie ; pouvoir donner son avis dans l'institution et y être écouté ; rester un acteur de la société.* » (Charlot et al., 2009). La promotion de l'autonomie de ces personnes âgées dépendantes a donc une place importante dans les projets de soins mis en place dans ces MRS.

Dans ce mémoire, je souhaitais donc explorer la question de l'autonomie de ces personnes : comment peut-elle être respectée ? Comment peut-on promouvoir cette autonomie ? Quels seraient les facteurs facilitateurs et les obstacles pour déterminer et mettre en place des actions dans ces établissements ? Et pour cela, je souhaitais mettre en avant le rôle clé du directeur de MRS, puisqu'il s'agit de l'agent décideur le plus influant, et ayant le plus de pouvoir pour permettre la mise en place d'interventions adaptées.

Le cadre théorique reprendra dans un premier temps un cadre contextuel, définissant la maison de repos et de soins, ainsi que le rôle de son directeur selon la réglementation actuelle. Le cadre conceptuel sera développé par la suite, avec les notions de dépendance, d'indépendance, ainsi que d'autonomie, grâce aux différentes recherches scientifiques effectuées. Puis des recommandations de bonnes pratiques seront énoncées, via la littérature. Dans un second temps, le cadre pratique énoncera la méthode utilisée, et pour quelle raison ; ainsi que les résultats de l'étude, suivi de la discussion. Enfin, une conclusion clôtura le travail en tentant de répondre à la question de recherche, et d'ouvrir les possibilités.

2 CADRE CONTEXTUEL

2.1 LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS, EN WALLONIE ET À BRUXELLES.

Dans cette partie, nous allons définir les Maisons de Repos et de Soins en Belgique et aussi analyser la réglementation à laquelle elles doivent répondre. Selon le site de la COCOM, (nd.) « *Les maisons de repos et de soins (MRS) sont des structures intermédiaires entre la maison de repos et l'hôpital. Ces résidences collectives prennent en charge, de manière permanente, des personnes qui nécessitent des soins lourds, des services et de l'aide à la vie journalière. Les maisons de repos et de soins accueillent des personnes fortement dépendantes, le plus souvent en raison d'une maladie de longue durée. À la différence des personnes hospitalisées, les résidents des MRS n'ont pas besoin d'une surveillance médicale quotidienne, ni d'un traitement médical spécialisé permanent. Leur état de santé exige cependant la disponibilité d'un médecin généraliste, des soins infirmiers, paramédicaux et/ou kinésithérapeutiques, ainsi qu'une aide pour les activités de la vie quotidienne.* » Et comme le précise UNIPSO (nd.) dans son cahier développant les lieux de vie pour personnes âgées dépendantes, les MRS disposent de ressources en matériel et personnel médical plus importantes en vue d'assurer un traitement approprié aux pathologies lourdes.

Selon Rombeaux, (2014), la MRS est destinée aux personnes nécessitant des soins, et dont l'autonomie est réduite en raison d'une maladie de longue durée, étant entendu toutefois :

a) que ces personnes ont dû subir, après une évaluation diagnostique pluridisciplinaire, l'ensemble des traitements actifs et réactivants sans qu'ils se soient soldés par le rétablissement complet des fonctions nécessaires à la vie quotidienne et sans qu'une surveillance médicale journalière et un traitement médical spécialisé permanents ne s'imposent ;

b) qu'une évaluation pluridisciplinaire de nature médico-sociale doit démontrer que toutes les possibilités de soins à domicile ont été explorées et que, par conséquent, l'admission dans une maison de repos et de soins est opportune ;

c) que l'état de santé général de ces personnes exige, outre les soins du médecin généraliste et les soins infirmiers, des soins paramédicaux et/ou kinésithérapeutiques ainsi qu'une aide dans les activités de la vie quotidienne.

La maison de repos et de soins est à distinguer de la maison de repos pour personnes âgées (MRPA), qui est un établissement pouvant accueillir des personnes de plus de 60 ans nécessitant des soins, aides de la vie journalière ainsi que des services collectifs, et ce par « *la particularité qu'elle [MRS] intègre un certain nombre de lits « de soins ». Ces lits sont destinés aux personnes plus dépendantes nécessitant des attentions particulières de la part du corps soignant. On y trouve des soins adaptés aux personnes ayant des affections ne pouvant être prises en charge dans une maison de repos dite « simple » faute d'équipements adéquats.* » (Rombeaux, 2007). Selon le KCE, (2011) « *toute déficience fonctionnelle entraînant des restrictions au niveau des activités de la vie quotidienne (AVQ) constitue un élément prédictif très important de l'institutionnalisation.* » Selon ces auteurs (KCE, 2011), les restrictions dans les activités de la vie quotidienne entraînant une institutionnalisation sont provoquées par différentes pathologies, dont la démence principalement, ainsi que des éléments prédictifs tels que l'accident vasculaire cérébrale (AVC), le diabète, la fracture de la hanche, la maladie de Parkinson, la dépression et autres problèmes mentaux. Les résidents rencontrés en MRS ont donc des multiples pathologies, nécessitant une adaptation des soins. Selon UNIPSO (nd.), « *la dépendance n'est bien sûr pas la raison essentielle d'une entrée en MR ou MRS, il existe une panoplie d'autres situations pouvant mener à une institutionnalisation (perte familiale, sentiment de solitude, placement forcé, etc.).* » Et ceci est ainsi résumé dans l'étude réalisée par Laasman et al., (2016) : « *Le placement en maison de repos constitue ainsi une solution pour certaines personnes âgées lorsque la vie à domicile est devenue trop risquée ou difficile suite à un état de santé dégradé, une maladie chronique, une dépendance ou une perte d'autonomie, la perte du partenaire de vie, l'isolement social, etc.* »

Selon UNIPSO (nd.), pour mesurer le niveau de dépendance, les professionnels se réfèrent à une échelle appelée « l'échelle de Katz ». Cette échelle a été développée comme outil pour évaluer les capacités fonctionnelles d'une personne âgée. Cette dernière est fréquemment utilisée dans les MRS, afin d'évaluer le niveau de dépendance de la personne âgée dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (annexe 2). Elle a pour objectif de mesurer la capacité fonctionnelle et physique des personnes âgées et de sujets souffrant de maladies chroniques. Il s'agit d'un outil simple et rapide, un questionnaire proposé au patient et à un

proche (vivant avec lui) évaluant les capacités du patient dans six domaines de la vie quotidienne : hygiène corporelle, habillement, toilette, locomotion, continence, prise des repos. À cela, s'ajoute deux critères d'évaluation psychique : l'orientation dans le temps et dans l'espace. Selon l'Arrêté Royal (1996), la combinaison des scores pour chaque critère classe la personne dans une catégorie de dépendance déterminée (O, A, B et C), « O » étant le niveau de dépendance le plus bas (annexe 3). Selon UNIPSO (nd.), « *une subvention est octroyée à l'établissement sur base du niveau de dépendance de ses résidents pour une année civile.* » L'UNIPSO souhaite que l'échelle de Katz et ce mécanisme de soutien financier soient changés, puisque « *moins de dépendance signifie moins d'encadrement en personnel, or un patient léger peut nécessiter une prise en charge importante (surveillance, motivation, etc.). L'échelle ne mesure donc pas la charge de travail.* » Et un élément intéressant est notifié dans ce cahier rédigé par l'UNIPSO (nd.) : « *un tel système d'évaluation n'encourage pas à favoriser l'autonomie des personnes puisque les institutions sont subventionnées en fonction du degré de dépendance. Sur base d'un calcul simple, moins de dépendance signifie donc moins d'argent.* »

Au niveau de la réglementation, les maisons de repos et de soins répondent à des règles établies par les autorités régionales en Belgique : « *Depuis la 6ème réforme de l'État, les entités fédérées sont compétentes pour les matières relevant des soins aux personnes âgées dans les maisons de repos. Cela couvre les maisons de repos et les maisons de repos et de soins, les centres de courts séjours et les centres de soins de jours pour personnes âgées. Les entités fédérées sont ainsi compétentes pour la programmation des lits, l'agrément et la surveillance de ces établissements ainsi que pour le financement et la régulation des prix (alors que cela relevait auparavant du pouvoir fédéral)* » (Laasman et al., 2016) En ce qui concerne la Région de Bruxelles-Capitale, une nouvelle instance a été créée pour la gestion de ces nouvelles compétences, il s'agit d'Iriscare. Pour la région Wallonne, l'instance de l'AVIQ a pris en charge ces compétences.

En Belgique, les MRS peuvent être publiques liées à des CPAS, privées associatives c'est-à-dire des ASBL, ou privées commerciales. Un descriptif du nombre de lits en fonction du type de gestion et en fonction des régions (2014), en annexe 4, permet de se rendre compte de la présence importante de MRS privées commerciales dans les régions de Bruxelles-Capitale et de la Wallonie, alors qu'en Flandre, il s'agit plutôt des MRS privées associatives qui ont un nombre de lits largement plus important. Concernant les normes des MRS, même s'il s'agit de trois types de gestions différentes, elles ont toutes les mêmes objectifs qui sont établis dans l'article 337 sur la réglementation des établissements pour aînés. Il s'agit :

- « 1° de respecter les droits individuels des résidents ;
- 2° de garantir le respect de leur vie privée, affective et sexuelle ;
- 3° de favoriser le maintien de leur autonomie ;
- 4° de favoriser leur participation à la vie sociale, économique et culturelle ;
- 5° de garantir un environnement favorable à leur épanouissement personnel et à leur bien-être ;
- 6° d'assurer leur sécurité dans le respect de leurs droits et libertés individuels. »

(AVIQ Wallonie familles santé handicap, 2019).

Pour le financement des MRS, il s'agit d'une part publique complétée par un financement privé : « *Le financement des maisons de repos provient essentiellement du financement public, via le forfait journalier de l'INAMI, et du financement privé, via les résidents sous la forme d'un prix d'hébergement et de suppléments.* » (Laasman et al., 2016) Pour le forfait journalier, selon Laasman et al., (2016), il s'agit d'un montant calculé en fonction du degré de dépendance en matière de soins de tous les résidents, selon le score obtenu sur l'échelle de Katz (comme nous l'avons vu plus haut) ; et des caractéristiques du personnel de soins travaillant dans la maison de repos pendant la période de référence. En effet, « *ce forfait couvre les soins suivants : les soins dispensés par les infirmiers, les prestations de logopédie, l'assistance dans les actes de la vie journalière et tout acte de réactivation et de réintégration sociale (en ce compris l'ergothérapie), les produits et le matériel de prévention de maladies nosocomiales, le matériel de soins, la formation et la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs, les frais de gestion et de transmission de données, une intervention destinée à encourager l'utilisation de moyens de soins supplémentaires. À ces soins s'ajoutent pour les MRS, les prestations de kinésithérapie, les tâches du médecin coordinateur et conseiller ainsi que le complément de fonction de l'infirmier en chef.* » (Laasman et al., 2016) À savoir, que depuis janvier 2019, ce sont les entités fédérées qui sont en charge du financement des MRPA et MRS : comme évoqué dans la présentation « *MRPA – MRS – CSJ - reprise des compétences par l'AViQ* » (2018), concrètement, il n'y a pas eu de changement des règles de financement. Il s'agit d'un maintien des procédures et des règles fédérales en vigueur jusqu'en 2019.

2.2 LE RÔLE DU DIRECTEUR EN MRS

Nous allons maintenant aborder le rôle du directeur en MRS afin de mettre en évidence sa place élémentaire, influente pour la mise en place d'interventions promouvant l'autonomie des personnes âgées dépendantes.

Selon le document sur la réglementation des établissements pour aînés de l'AVIQ Wallonie familles santé & handicap (2019), à l'article 334, le directeur est « *la personne physique chargée par le gestionnaire, et sous son contrôle de la gestion journalière d'un établissement pour aînés aux [maisons de repos, maisons de repos et de soins, résidences-services, centres d'accueil de jour, centre d'accueil de soirée et/ou de nuit, centre de soins de jour, court séjour].* » Selon une circulaire de la Région Wallonne (2002), le rôle d'un directeur (directrice) d'une MRPA et d'une MRS est le suivant : « *Représentant le Conseil de l'aide social, le ou la directeur(trice) organise le travail administratif et la direction générale des services de la maison de repos. Il est responsable de la sécurité et dirige le personnel de la maison de repos sous l'autorité du secrétaire. (...) Également responsable des dépenses de son établissement.* »

En voulant approfondir la promotion de l'autonomie chez les personnes âgées dépendantes en MRS, nous allons nous concentrer sur les normes concernant la liberté des résidents, le respect de leurs convictions et leurs participations, tout ceci inscrit au sein du règlement d'ordre intérieur (ROI) de l'établissement. Toutes les modalités de ce règlement sont reprises à l'annexe 5. Ce ROI est daté, signé et appliqué par le directeur de l'institution. De plus, au chapitre 1 (AVIQ Wallonie familles santé handicap, 2019), « *le ROI prévoit la plus grande liberté possible pour le résident compte tenu des impératifs d'une vie communautaire. Il doit garantir l'entière liberté d'opinion philosophique, politique et religieuse ; aucune obligation à caractère commercial, culturel, religieux, philosophique, politique ou linguistique ne peut être imposée.* » Au chapitre 1.6 de ce document, il est aussi spécifié que le ROI doit mentionner « *les modalités permettant au résident ou à son représentant, de participer à la vie de la maison de repos ou de la maison de repos et de soins, notamment, dans le cadre du conseil des résidents.* » Sur le site de la COCOM (nd.), la participation des résidents est aussi explicitée dans le cadre de ce conseil des résidents. Les personnes âgées résidentes « *sont encouragées à participer à la gestion de l'établissement via un conseil participatif. Composé de résidents et/ou*

de membres de leur famille, ce conseil émet des avis quant au fonctionnement général de la maison de repos et de soins ». (COCOM, nd.)

Nous avons ainsi vu la présence d'un règlement d'ordre intérieur, ainsi que d'un conseil des résidents, permettant aux personnes âgées de s'exprimer sur la vie quotidienne dans l'établissement. Mais il existe aussi un projet de vie élaboré par les managers et directeurs de la MRS. Le but d'un projet de vie est le suivant (AVIQ Wallonie familles santé handicap, 2019) : « 5.1. *Le projet de vie de l'établissement permet aux résidents de préserver un sens à leur vie en établissement et pour les professionnels de donner un sens à leur travail. Pour que les membres du personnel puissent fonder leurs attitudes et leurs actions sur ce que les résidents considèrent comme essentiel, il convient de laisser les résidents évoquer leurs souhaits, leurs difficultés, leurs habitudes, leurs valeurs au travers de comités et de débats.* » Afin de rédiger un projet de vie, qui soit adapté aux personnes âgées résidentes de la MRS, celui-ci est issu « *d'une réflexion collective et participative, incluant les résidents et leur entourage ainsi que les membres du personnel.* » (AVIQ Wallonie familles santé handicap, 2019). Un projet de vie doit pouvoir convenir à toutes personnes âgées, qu'importe le degré de dépendance dont la personne est atteinte. Pour cela, « *indépendamment du fait que l'établissement dispose ou non d'une unité adaptée ou d'une unité de vie en journée, les équipes de travail définissent dans le Projet de vie des objectifs spécifiques à destination des résidents qui présentent des troubles cognitifs majeurs ou diagnostiqués dément. Ces objectifs sont déclinés en actions définies dans le temps ainsi que des indicateurs permettant de les évaluer.* » (AVIQ Wallonie familles santé handicap, 2019). Ce document est ainsi élaboré par l'équipe soignante et, « *le gestionnaire et le directeur mettent les moyens nécessaires à la mise en œuvre du Projet de vie à disposition.* » (AVIQ Wallonie familles santé handicap, 2019).

Selon le règlement de l'AVIQ Wallonie familles santé handicap (2019), au point 5.2 le projet de vie doit être évalué chaque année par l'ensemble des acteurs de l'établissement, qu'ils s'agissent du gestionnaire, du directeur, du personnel et du conseil des résidents. Le directeur a donc une place essentielle dans la mise en place d'actions promouvant l'autonomie des personnes âgées dépendantes présentes dans la MRS.

En plus du projet de vie de l'établissement, chaque résident dispose d'un dossier individualisé adapté aux capacités et aux souhaits de la personne âgée. Au point 8.1.7 du document élaboré par l'AVIQ Wallonie familles santé & handicap (2019), il est spécifié que « *le dossier individualisé est un outil support à la mise en place d'une démarche d'amélioration*

continue des services et actes portés à l'attention du résident, en lien avec le projet individuel de celui-ci. Dans la mesure du possible et dans une volonté d'auto-détermination quant aux décisions qui le concernent, le résident prend part à l'élaboration de son Projet individualisé et des actions qui en découlent. » Ce dossier individualisé est donc un outil promouvant une certaine autonomie, mis en place par l'équipe pluridisciplinaire et par la direction. Ceci est un dernier exemple prouvant le rôle essentiel du directeur de la MRS dans ces différentes actions.

3 CADRE CONCEPTUEL

Afin d'approfondir la problématique, nous allons déterminer les concepts d'autonomie, d'indépendance et de dépendance au travers de la littérature. À savoir que le concept d'autonomie est bien souvent confondu à celui d'indépendance, il paraît nécessaire d'y apporter quelques éclaircissements quant aux définitions et caractéristiques de chaque concept.

3.1 INDÉPENDANCE ET DÉPENDANCE

Nous allons définir le concept de dépendance, versus indépendance, afin de déterminer les éléments reliant et différenciant ces termes avec celui de l'autonomie. « *Le concept de dépendance, versus indépendance, est défini comme la soumission ou la subordination à l'autre, sujet ou objet.* » (Piguet C. 2008) (Rey A., Rey-Debove, J. 1989). Selon Davies et al., (1997), la dépendance implique un degré d'inégalité entre la personne dépendante et le soignant. Elle est caractérisée par une perte de contrôle d'une part, et une perte de liberté personnelle d'autre part. Elle est identifiée dans 4 dimensions : « *dépendance au cycle de vie, dépendance physique et/ou psychologique, dépendance politique et dépendance économique* » (Davies et al., 1997). Les auteurs précisent que les personnes âgées requérant des soins sont fréquemment dépendantes dans l'une de ces dimensions, voire dans toutes, mais cela n'implique pas qu'elles ne peuvent prendre des décisions de manière autonome. Dans la thèse de Catherine Piguet (2008), elle cite le travail de Monseu, (1992) dans lequel il démontre comment la dépendance physique ne traduit pas automatiquement une diminution ou une absence d'autonomie, chez les personnes âgées.

“L'indépendance renvoie à la liberté d'agir notamment dans l'exercice d'une fonction.” (Piguet C. 2008) (Rey A., Rey-Debove J., 1989). Selon Davies et al., (1997) le terme

d'indépendance est fréquemment utilisé comme synonyme d'autonomie, mais il est plus approprié de le voir comme une dimension ou un facteur contribuant à l'autonomie personnelle. Les auteurs, dans cet article, associent l'indépendance à la capacité physique et fonctionnelle de la personne et donc à sa capacité d'accomplir les actes de la vie quotidienne. Monseu (1992) souligne le risque pour le soignant de confondre les deux concepts d'indépendance et d'autonomie, en centrant son accompagnement sur la capacité du patient à être indépendant, soit à faire seul et sans l'autre.

3.2 AUTONOMIE

Le terme autonomie est un concept difficile à définir : selon Welford et al (2011), les recherches scientifiques n'ont pas apporté de consensus claire sur sa définition. De même pour Piguet C. (2008), l'auteur explique que toutes les définitions de l'autonomie ramènent à l'origine du mot grec *autonomos* (« qui se régit par ses propres lois »), mais que les interprétations qui en découlent sont larges, avec des contours restant flous. « *L'autonomie est un terme philosophique central extrêmement complexe qui trouve son application pratique dans les questions éthiques, y compris dans le contexte des soins infirmiers. À l'heure actuelle, on ne peut pas supposer qu'il existe une définition unique de l'autonomie.* » (Wulff et al., 2010).

Selon Kant (nd.) (Piguet C. 2008), l'autonomie se définit comme étant une personne régissant ses lois et les appliquant. En effet, « *l'autonomie de la volonté est cette propriété d'être à elle-même sa loi (indépendamment de toute propriété des objets du vouloir). Le principe de l'autonomie est donc : de toujours choisir de telle sorte que les maximes de notre choix, soient comprises en même temps comme lois universelles dans ce même acte de vouloir.* » (Kant, nd.) (Piguet C., 2008). Cela apporte davantage de confusion entre les termes d'autonomie et d'indépendance, puisque que Kant associe ces deux termes dans sa définition générale de l'autonomie soit : « *... qui se régit par ses propres lois, indépendant, autonome. Caractère de ce qui se donne à soi-même, de ce qui obéit à sa propre loi.* » (Kant, nd.) (Piguet C., 2008)

Selon Welford et al., (2011), certains auteurs et dictionnaires définissent l'autonomie « *comme une liberté, une indépendance, une autodétermination* ». Nous remarquons ici aussi, l'introduction du terme indépendance dans la définition de l'autonomie. Dans l'article de Welford et al (2011), les auteurs publient différentes définitions au concept d'autonomie dont la suivante : « *l'autonomie est le droit de déterminer soi-même ou de gouverner ses intérêts,*

ses objectifs et ses valeurs, ainsi que sa propre conception d'une vie saine et sans ingérence injustifiée. » (Mill., 1975 ; Horowitz et al., 1991 ; Agich., 2004). Selon Davies et al., (1997) l'autonomie est « *l'exercice d'un comportement autodéterminé et orienté vers un but, qui est ou peut-être potentiellement menacé ou inhibé par une variété de circonstances, réelles ou symboliques, intrinsèques ou extrinsèques à la personne.* » (Horowitz et al., 1991) (Davies et al., 1997). Nous remarquons au travers de ces différentes citations, la répétition du terme autodétermination comme élément constitutif à l'autonomie. Il s'agit d'un déterminant de soi, établi dans une relation avec l'autre. Et en effet, si nous revenons à l'étymologie du mot autonomie, selon Welford et al (2011), le mot grec *autonomos* est dissocié en : « *« autos » signifiant « soi » et « nomos » signifiant « règle » traduits littéralement en le terme « règle personnelle »* ». Ce terme de règle personnelle est repris par Beauchamp et Childress (1994), en définissant l'autonomie comme : « *une règle personnelle qui est libre à la fois de l'interférence de contrôle des autres et des limitations personnelles qui empêchent un choix significatif* ».

La liberté est l'une des dimensions aussi souvent mentionnée ; selon Caspari et al., (2018) la liberté est en lien étroit avec l'autonomie et l'intégrité, la liberté d'être soi-même, physiquement et psychologiquement. De même, cette liberté est limitée dans les relations avec les autres : comme l'annonce Caspari et al. (2018), Marcel (1958) « *la liberté concerne toujours les possibilités de soi, comprises dans les limites des relations avec les autres.* »

Cette rencontre avec les autres a été de nombreuses fois évoquée, de même par Piguet C., (2008), évoquant la définition de l'autonomie, dans le dictionnaire général des sciences humaines, comme : « *la qualité dynamique de l'individu humain qui se singularise et assume son être propre dans sa rencontre avec autrui en y conservant son intégrité.* » Et comme le souligne Piguet C. (2008) dans sa thèse : « *si l'indépendance et la dépendance amène à une position binaire qui renvoie au pouvoir de l'un sur l'autre (la soumission de l'un à l'autre), l'autonomie comprend, quant à elle, une présence intrinsèque de l'un et de l'autre qui implique nécessairement leur interaction.* »

Welford et al. (2011) développe différents échelons au principe d'autonomie : « *L'autonomie à son niveau le plus élémentaire permet à une personne de parler librement alors que, dans son état idéal, elle permet à la personne d'agir selon son choix parlé.* » Collopy et al., (1991) apporte aussi une importance à la distinction entre l'autonomie décisionnelle (prendre une décision) et l'autonomie exécutive (implémenter sa décision). Par cette distinction,

nous comprenons que l'autonomie exécutive correspond à l'indépendance dans les actes de la vie quotidienne, tandis que l'autonomie décisionnelle est celle d'une prise de décision. C'est cette dernière qui sera abordée comme problématique au sein des MRS dans ce mémoire, et qui est donc pour les personnes âgées dépendantes, en interaction avec l'autre.

Dans la pratique, ce concept d'autonomie est aussi bien difficile à comprendre et à différencier des autres termes, pour le personnel soignant. Selon Welford et al. (2011), *« l'autonomie des personnes âgées est mal comprise... Les infirmières travaillant avec des personnes âgées doivent bien comprendre ce qu'est l'autonomie et comment la faciliter. »* La vision du soignant sur les notions telles que l'autonomie et la dépendance est importante à considérer et à comparer à celui de la personne âgée, et cela afin de définir des actions respectant et promouvant l'autonomie. Par cela, nous remarquons des différences de points de vue. En effet, selon Davies et al (1997), une étude avait été effectuée en Angleterre, dans trois établissements de soins pour aînés. Il s'agissait de demander aux soignants ainsi qu'aux résidents les facteurs contribuant à une meilleure qualité de vie pour les personnes âgées. Un élément a été relevé comme différent entre les réponses des soignants et celles des résidents : les personnes âgées de l'institution ont décrit que pour une bonne qualité de vie, il fallait qu'ils trouvent un sens dans leurs vies en s'adaptant efficacement aux changements de dépendance – un facteur non décrit par les infirmières.

La capacité de la personne est un principe aussi en relation avec le concept d'autonomie ; puisqu'il existe selon Doyal L., et Gough I. (1991) *« 4 déterminants principaux du niveau d'autonomie, la capacité étant au cœur de ceux-ci : le niveau de compréhension de l'individu, les attentes de sa culture, la capacité psychologique (ou la santé mentale) de la personne à formuler des opinions et les opportunités objectives disponibles pour exercer son autonomie. »* (Doyal L., Gough I., 1991) (Welford et al., 2011) Cette capacité psychologique de l'individu à exprimer son autonomie, si elle est réduite, est abordé par Atkins K. (2006) comme une forme d'obstacle : *« Les lacunes pratiques de cette conception traditionnelle de l'individu autonome sont bien connues. Par exemple, avec l'apparition de la démence, une personne peut répondre aux critères d'agence rationnelle à certains moments mais pas à d'autres. »* Il est important de souligner que même si la personne âgée présente des troubles cognitifs, l'empêchant d'exprimer pleinement, à tout moment, ses souhaits, intérêts ou opinions, cela ne signifie pas qu'elle ne peut pas avoir un besoin d'autonomie. En effet, *« si certaines personnes âgées n'ont peut-être pas la « capacité » d'exercer leur autonomie, elles en conservent le besoin (...) Il ne faut pas*

présumer que l'absence de capacités physiques, fonctionnelles ou cognitives chez les personnes âgées est un obstacle à leur autonomie. » (Welford et al., 2011).

Enfin, pour ce mémoire, nous retiendrons le terme d'autonomie décisionnelle, défini par Collopy et al. (1991), qui pour ma part est complémentaire de la définition de Welford et al. (2011) : « *l'autonomie est le droit de déterminer soi-même ou de gouverner ses intérêts, ses objectifs et ses valeurs, ainsi que sa propre conception d'une vie saine et sans ingérence injustifiée.* » Nous allons maintenant voir les différentes interventions promouvant l'autonomie décisionnelle d'une personne âgée en institution, au travers de la littérature.

3.3 LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

« Prendre soin des personnes âgées est une tâche complexe et multiforme dans laquelle une personne âgée interagit avec des aidants (membres de la famille et/ou professionnels), dans un contexte particulier, recevant un soutien en cas de besoin (...). La nature des soins fournis dépend non seulement des soins requis par la condition de l'ainé, mais également des connaissances du soignant, ses capacités de prise-en-charge et sa vision du vieillissement. » (Sanchez-Izquierdo et al., 2019). L'équipe soignante, paramédicale et la direction d'une MRS sont les acteurs au cœur du renforcement de l'autonomie des personnes âgées dépendantes. Selon leurs visions sur le principe de l'autonomie, de la dépendance, mais aussi du regard qu'ils portent sur la personne âgée, cela renforcera ou non des actions permettant au résident d'exprimer son autonomie. Malheureusement, *« bien que de nombreuses personnes âgées aient elles-mêmes affirmé que l'autonomie et l'indépendance étaient essentielles à une bonne qualité de vie, les infirmières travaillant dans des établissements institutionnels observent souvent la passivité et la dépendance des personnes âgées dont elles s'occupent. »* (Davies et al., 1997) Ainsi, la vision passive d'une personne âgée en MRS est souvent partagée chez les acteurs présents aux plus proches d'eux.

Afin d'identifier les possibles interventions permettant de promouvoir l'autonomie des personnes âgées dépendantes en maison de repos et de soins, nous allons recueillir les éléments énoncés dans la littérature. Selon Welford et al (2010), une étude sur le concept de l'autonomie des personnes âgées en établissement de soins longue durée a eu pour résultats quatre attributs promouvant l'autonomie : (1) La participation à la prise de décision permet d'encourager et de maintenir les capacités des personnes âgées. (2) Les résidents délèguent

leurs besoins dans les soins, sur base du droit à l'autodétermination, ce qui peut être réalisé grâce à une planification des soins négociés, encouragée par une communication ouverte et respectueuse et en incluant les familles ou toute personne importante lorsque le résident présente des troubles cognitifs. (3) L'unité résidentielle opère une culture et une atmosphère flexible dans une philosophie de maintien de la dignité des résidents. (4) Des relations significatives sont rendues possibles par la présence d'un personnel régulier et motivé, et ces relations améliorent les possibilités d'autonomie des résidents.

Ces attributs sont aussi annoncés dans l'article de Davies et al (1997) : ces auteurs ont regroupé, en analysant de nombreux articles scientifiques, différentes interventions dans les catégories suivantes : « *des systèmes de prestations de soins favorisant une évaluation individualisée complète et une planification des soins multidisciplinaires ; tenter d'encourager les patients à participer aux décisions concernant leurs soins ; des modes de communication qui évitent d'exercer un pouvoir et un contrôle sur les patients ; et tenter de modifier l'environnement pour promouvoir l'autonomie et réduire les risques au minimum.* » (Davies et al., 1997). Ce sont ces différentes catégories que nous allons développer, comme interventions promouvant leurs autonomies.

3.3.1 Soins centrés sur la personne

Le premier élément concerne le développement de soins centrés sur la personne âgée. Selon Sanchez-Izquierdo et al., (2019) un groupe d'experts de l'American Geriatrics Society a défini ce concept, en unifiant les différentes définitions énoncées dans la littérature : « *Les soins centrés sur la personne signifient que les valeurs et préférences des individus sont déterminées et, une fois exprimées, guident tous les aspects de leurs soins de santé, appuyant ainsi des objectifs de vie et de santé réalistes. Les soins centrés sur la personne sont obtenus grâce à une relation dynamique entre les individus, les personnes qui sont importantes pour eux et tous les prestataires concernés.* » (Sanchez-Izquierdo et al., 2019)

Ce modèle de soins centrés sur la personne vient à l'opposé de celui de soins centrés sur le prestataire de soin, c'est-à-dire des soins paternalistes : selon Sanchez-Izquierdo et al., (2019) le paternalisme correspond à des prestataires de soins prenant des décisions dans l'intérêt supérieur d'une personne, sans sa demande, son consentement ou la conscience de son bien-être. Welford C. et al. (2012) explique le concept de paternalisme comme l'antonyme de

l'autonomie et est défini comme une dérogation intentionnelle à la préférence connue d'une personne ou à ses actions, cela étant justifié par l'objectif de favoriser ou d'éviter un préjudice à la personne dont la volonté est dérogée. Ces soins paternalistes entrent, selon Sanchez-Izquierdo et al. (2019), dans une approche institutionnelle traditionnelle. Le paternalisme, qui suppose le contrôle des soins aux personnes âgées, est une orientation largement répandue dans les soins aux personnes âgées, en établissements de soins de longue durée. Les attitudes et les pratiques paternalistes sont généralement comprises comme une menace à la liberté et à l'autonomie d'une personne, rendant les patients plus dépendants. On considère que les bénéficiaires de soins ont un rôle passif, que l'équipe soignante est à un poste permettant de prendre la meilleure décision pour le patient. Cela va bien entendu à l'encontre même du principe d'autonomie.

Selon Lood et al., (2019) les soins centrés sur la personne dans les maisons de repos et de soins sont souvent décrits comme un moyen d'améliorer la qualité des soins aux personnes âgées. Ces soins ont différentes dimensions dont la confiance, le respect et la reconnaissance mutuelle. Ils sont associés à des soins personnalisés, et à un environnement de soins favorisant l'expression de la personnalité, la dignité, le choix personnel et la prise de décision partagée pour les personnes âgées fragiles et leurs proches. Selon Fix et al., (2017) les soins centrés sur la personne représentent un changement d'une approche traditionnelle, paternaliste, axée sur les prestataires de soins et la maladie de l'individu, vers une approche qui intègre pleinement les perceptions, besoins et expériences du patient dans chaque étape de sa prise en charge. Cette approche est ainsi définie par l'institution PHCPI (Primary Health Care Performance Initiative, 2019), dans son dossier publié en mai 2019, sur les soins centrés sur la personne : « *Les systèmes de santé centrés sur la personne reconnaissent les patients comme partenaires dans leurs propres soins et soutiennent les relations patients-prestataires de confiance. Les soins centrés sur la personne sont organisés autour des besoins globaux des personnes plutôt que des maladies individuelles.* » Dans ce dossier, les principaux attributs des soins centrés sur la personne y sont énoncés, et comprennent :

- éducation et partage des connaissances : selon le PHCPI (2019), les patients doivent être éduqués et soutenus pour prendre des décisions éclairées et participer activement à leurs soins de santé.

- implication de la famille et des amis ;

- collaboration et gestion d'équipe : les soins centrés sur la personne doivent être planifiés avec toute l'équipe multidisciplinaire, mis en commun et négociés avec la personne âgée.

- sensibilité aux dimensions non médicales et spirituelles des soins : selon le PCPHI (2019), les soins centrés sur la personne considèrent les priorités du patient et ses déterminants sociaux, professionnels, culturels et familiaux comme des facettes importantes de la santé.

- respect des besoins et préférences des patients ;

- libre circulation et accessibilité de l'information.

3.3.2 Participation aux prises de décisions

Comme vu dans l'article de Davies et al. (1997), la participation des personnes âgées aux prises de décisions est l'une des interventions permettant la promotion de l'autonomie dans les MRS. Et en effet, selon le Plan International d'Action Madrid sur le vieillissement (2006) au point n°77, objectif 4, expliquant l'implication des personnes âgées dans le développement et le renforcement des services de soins primaires et de longue durée, il est mis que les actions pour promouvoir l'autonomie dans les établissements de soins de longue durée sont les suivantes :

- inclure les personnes âgées dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de soins sociaux et de santé, et de réadaptation ;

- encourager les prestataires de soins de santé et sociaux à inclure pleinement les personnes âgées dans la prise de décision concernant leurs propres soins ;

- promouvoir des soins adaptés et personnalisés aux personnes âgées et maximiser leurs forces, et leurs capacités au sein des services de santé ;

- intégrer les besoins et perceptions des personnes âgées dans l'élaboration de la politique de santé de l'établissement.

Les deux premiers éléments concernent donc la participation des résidents aux prises de décisions ; les deux derniers éléments sont développés dans l'intervention des soins centrés sur la personne, décrite auparavant dans ce mémoire.

De plus, « *Toute personne majeure, disposant de ses facultés de discernement, dispose d'une réelle autonomie dans la prise de décision, que celle-ci ait trait aux soins de santé en général ou à d'autres interventions biomédicales, effectuées dans son intérêt ou en solidarité pour autrui.* » (Schamps, 2015) Mais qu'en est-t-il des personnes âgées ne disposant plus de leurs facultés de discernement ? Dans l'article de Welford et al. (2011), il est dit : « *Personnaliser les habitudes quotidiennes en choisissant les vêtements à porter ou en exprimant les préférences alimentaires sont des exemples de décisions simples que la plupart des personnes âgées ont la capacité de prendre : « une incapacité décisionnelle dans certaines dimensions ne signifie pas une incapacité décisionnelle dans toutes les dimensions. La capacité de prendre une décision est spécifique à la décision. » Hofland (1994).* » (Welford et al., 2011)

Selon Davies et al (1997), « *la participation signifie s'impliquer ou être autorisé à s'impliquer dans un processus de prise de décision ou la prestation d'un service ou l'évaluation d'un service ou même simplement devenir l'une des nombreuses personnes consultées sur une question ou matière.* » Ainsi, afin de participer aux prises de décision, il faut que l'organisation de l'établissement puisse permettre ce processus, en donnant le temps et les moyens aux soignants et résidents.

3.3.3 Communication

La communication entre soignant et résident est un processus essentiel au développement de l'autonomie de la personne âgée. Elle a une influence sur les comportements qui en découlent. En effet, selon Sanchez-Izquierdo et al. (2019), après une étude réalisée dans les établissements de soins de longue durée, « *deux conclusions principales mettent en évidence la nécessité d'étudier les moyens de changement des comportements paternalistes pour promouvoir l'autonomie : les professionnels de la santé ayant des stéréotypes négatifs sur l'âge dispensent des soins paternalistes aux personnes âgées ; le fonctionnement des personnes en charge influence le fonctionnement des adultes plus âgés, c'est-à-dire que lorsque les aidants considèrent les personnes âgées comme dépendantes, cela devient une prophétie auto-*

réalisatrice. » (Sanchez-Izquierdo et al., 2019) De plus, selon Davies et al. (1997), l'auteur Lanceley, (1985) soutient que les relations entre soignants et patients plus âgés se caractérisent par une opposition entre ceux qui ont le pouvoir et ceux qui sont subordonnés à ce pouvoir : ceci est ce qui caractérise le comportement paternaliste développé auparavant dans ce mémoire. Il faut ainsi une vision positive de l'autonomie de la personne âgée, et avoir les moyens de la communiquer pour la promouvoir. « *Pour promouvoir efficacement l'autonomie, les infirmières ont besoin de conseils spécialisés et de compétences en communication.* » (Atkins, 2006)

Un autre point important a été souligné concernant l'interaction entre soignant et personne âgée, qui serait basée sur des stéréotypes négatifs : selon Adam et al., (2017), « *les stéréotypes négatifs liés à l'âge influencent négativement les attitudes des interlocuteurs des personnes âgées (et notamment celles des soignants), et ce de façon souvent non consciente.* » Selon ces auteurs, l'impact de ces stéréotypes négatifs se remarquent au travers de l'*elderspeak* (autrement dit, le « parler petit vieux ») : « *ce type de langage correspond au fait de parler plus lentement et/ou plus fort, d'utiliser des phrases plus simples, un ton condescendant, etc., lorsque nous sommes confrontés à une personne présentant des traits physiques d'un individu (très) âgé.* » Toujours selon ces auteurs, les études reliées au *elderspeak* suggèrent que plus nous utilisons l'*elderspeak* avec une personne âgée, plus ses compétences langagières diminuent. « *Plus concrètement, en parlant de la sorte, cela conduit les personnes âgées à avoir moins confiance en elles. Elles risquent donc de nous demander de répéter non pas parce qu'elles n'ont pas compris, mais car elles se demandent si elles ont bien compris. En nous demandant de répéter, la personne âgée consolide involontairement l'idée stéréotypée selon laquelle « les vieux ne comprennent rien », ce qui nous encourage à adopter davantage un mode « elderspeak ».* » (Adam et al., 2017)

Aussi, selon Davies et al. (1997), de nombreuses recherches ont suggéré que les interactions entre infirmières et personnes âgées sont souvent courtes, initiées par l'infirmière et largement axées sur les tâches (Armstrong-Esther et al., 1994 ; Seers, 1986 ; Wells, 1980). Toujours selon Davies et al (1997), une étude observationnelle a été effectuée par Thomas, (1994) qui a identifié des catégories de discours pour tenter de mesurer la qualité des interactions entre soignants et personnes âgées. Cet auteur suggère différentes catégories telles que : donner le choix au patient, fournir des explications et encourager le feedback du patient. Ces catégories promeuvent la vision d'un patient comme individu avec ses besoins, et favorisent une relation dynamique positive entre l'infirmière et le patient âgé.

Marck (1990) (Davies et al., 1997) identifie le concept de « réciprocité thérapeutique » comme une approche pour considérer la nature de l'interaction entre le soignant et le patient. Ce concept se base sur un véritable échange de sentiments, de pensées et d'expériences, conduisant à la création de sens et d'une compréhension partagée. Tout ceci afin de développer une relation basée sur la dignité, et la réciprocité.

3.3.4 Environnement structurel

L'environnement structurel a aussi une influence sur la promotion de l'autonomie. En effet, selon Davies et al. (1997), un environnement bienveillant offre aux individus la possibilité de développer leur propre potentiel et la liberté de choisir leur propre action. Toujours selon Davies et al. (1997) (Collopy, 1988), *« les mesures infirmières les plus appropriées à un patient plus âgé d'être aussi autonome et indépendant que possible dépendront, dans une certaine mesure, du contexte. »* Selon UNIPSO (nd.), *« le cadre de vie, la qualité de l'accompagnement et l'ambiance des MR(S) contribuent à favoriser la qualité de vie des résidents et leur sentiment de sécurité. »* Les auteurs précisent la difficulté pour les résidents dans le passage d'une vie à domicile, autonome et relativement individualisée, à une vie résidentielle en communauté : les résidents ne se sentent pas chez eux. Pour cela, selon UNIPSO (nd.), il faut prévoir des espaces privés spacieux et personnalisables mais également laisser la personne être actrice de ses journées. Cela se traduit aussi par une écoute des attentes et des choix des résidents en terme d'activités dans la MR(S) mais aussi la possibilité d'avoir des activités extérieures, de pouvoir sortir seul ou en groupe ou même d'accueillir sa famille, ses proches et ses amis. La maison de repos devrait être ouverte sur la société au sens large, pour qu'il y ait une perméabilité avec le monde extérieur. Les résidents et les personnes extérieures devraient être autorisés à aller et à venir, et à investir la totalité de l'espace (une boulangerie pourrait s'installer dans les murs d'une maison de repos, ou encore un café, un magasin, un spa, un bureau de vote...) Toujours selon l'UNIPSO (nd.), il faudrait encourager des activités ou des animations « à l'extérieur des murs » ou faire appel le plus possible à des personnes extérieures (visites, marché, promenades, shopping, films, expositions, restaurants...). L'UNIPSO encourage les activités extérieures aux MR(S) mais aussi soutient l'introduction d'activités venant de l'extérieur, dans les MR(S) afin d'en faire des lieux de vie ouverts sur le monde. Ces actions permettraient ainsi d'améliorer la qualité de vie des résidents présents en MRS.

4 QUESTION DE RECHERCHE

Dans ce travail, nous avons donc développé une vision de l'autonomie complexe, nuancée avec le concept de l'indépendance. L'autonomie d'une personne est à dissocier entre l'autonomie décisionnelle et exécutive. Dans ce mémoire, nous nous intéressons à l'autonomie décisionnelle des personnes âgées dépendantes physiquement et/ou cognitivement.. Toute personne ressent le besoin de participer aux prises de décisions.

Pour promouvoir l'autonomie, la littérature nous donne 4 recommandations de bonne pratique : les soins centrés sur la personne, la participation aux prises de décisions, la communication entre soignant et résident, et enfin l'environnement structurel de l'institution.

Dans ce mémoire, nous nous concentrons donc sur l'application de ces recommandations de bonnes pratiques en MRS, établissements qui accueillent des personnes aux dépendances plus importantes, et dont l'autonomie décisionnelle pourrait être davantage compromise. Ce mémoire est centré aussi sur le rôle fondamental que joue un directeur de MRS : il a sous son contrôle la gestion quotidienne de l'institution, il participe aussi au développement des projets de vie, aux conseils participatifs des résidents. Ce sont des projets et endroits-clés pour promouvoir ce respect de l'autonomie des résidents dans la vie quotidienne de l'institution.

La question de recherche peut donc s'exprimer de la manière suivante : comment un manager peut-il promouvoir l'autonomie des personnes âgées dépendantes en MRS ?

5 MÉTHODOLOGIE

5.1 POURQUOI UN CADRE PRATIQUE ?

Suite aux recherches scientifiques effectuées dans la partie théorique, au développement du cadre contextuel et conceptuel, un cadre pratique doit pouvoir analyser la vision des professionnels du terrain sur l'autonomie des personnes âgées dépendantes, en institution. Un cadre pratique permettra ainsi d'accroître nos connaissances sur les différentes interventions de promotion d'autonomie appliquées, savoir si les recommandations de bonnes pratiques

développées sont appliquées ou applicables, faisables ou non, réalistes ou non pour le terrain. En développant une méthodologie adaptée, nous pouvons ainsi soulever les éléments facilitateurs et les obstacles à une promotion de l'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, en institution.

Nous avons centré notre recherche sur les MRS, plutôt que les MRPA, puisque ces établissements occupent une part de personnes âgées aux dépendances plus importantes qu'en MRPA. De plus, les personnes sélectionnées pour l'étude sont les directeurs de ces MRS puisqu'il s'agit des acteurs les plus influents et ayant le plus de pouvoirs au sein de ces établissements, pouvant ainsi développer une dynamique favorable à la promotion de l'autonomie. Les trois types de gestions d'établissement (CPAS/publique, ASBL, et privée commerciale) ont été sélectionnés, et cela afin de mettre en évidence les différents obstacles empêchant la mise en place d'interventions adaptées à la promotion de l'autonomie décisionnelle, comme par exemple, un manque financier, un manque d'effectif, ...

5.2 CHOIX DE LA MÉTHODE

L'approche de recherche adoptée pour une telle problématique est une approche de type qualitative. Comme expliqué par Green & Thorogood, (2004) « *la recherche qualitative porte sur des questions du type Quoi ? Comment ? Pourquoi ? relatives à un phénomène étudié (plutôt que des questions du type : Combien ? Est-ce que ... oui ou non ?).* » Dans notre étude, nous sommes dans une réflexion sur un processus, sur la mise en place d'interventions ayant un objectif : comprendre comment un manager, et ici un directeur d'une MRS peut promouvoir l'autonomie décisionnelle des personnes âgées dépendantes ? Et c'est ce qu'explique Green & Thorogood (2004) : « *la recherche qualitative contribue à explorer comment s'articulent des attitudes, des comportements ; développer des explications d'un phénomène.* » Au sein de notre problématique, nous nous questionnons sur le comment, mais aussi sur les éléments facilitateurs et/ ou les obstacles au développement de l'autonomie décisionnelle. Se pose ensuite la question d'effectuer, selon Aujoulat, (2018) soit une démarche par catégories prédéfinies, c'est-à-dire que les unités d'analyse ont été prédéfinies au départ de la recherche (en général en fonction des objectifs de la recherche ou de la théorie qui guide la recherche) ; soit une démarche inductive, où les unités d'analyse émergent au fur et à mesure de la lecture du contenu du

matériau utilisé ; ou les deux à la fois (exemple : des rubriques prédéfinies et thèmes émergents au sein des rubriques). Dans notre étude, nous effectuerons une démarche par catégories prédéfinies et inductive, à la suite des entretiens semi-directifs effectués avec un guide d'entretien (annexe 6). Les catégories prédéfinies sont celles ressorties dans le cadre théorique. Suite à la littérature et aux recherches scientifiques, elles sont de différentes ordres :

- la vision de l'autonomie et de l'indépendance chez les personnes âgées dépendantes ;
- l'application ou non des recommandations de bonnes pratiques (soins centrés sur la personne ; participation aux prises de décisions ; communication ; organisation de l'institution) et les obstacles qui en découleraient ou non ;

D'autres thèmes vont émerger suite aux entretiens semi-directifs, et seront vus dans l'analyse des résultats et de la discussion.

Le guide d'entretien (annexe 6) a été organisé selon les notions vues dans le cadre théorique. À cela s'ajoute une question de présentation de l'acteur, afin de connaître sa formation de base, son parcours professionnel, ses années d'occupation à ce poste. Ce sont des éléments qui peuvent avoir une influence sur la gestion de l'institution, la dynamique appliquée en son sein. De plus, après avoir obtenu les définitions des participants sur l'autonomie et l'indépendance d'une personne âgée, des explications étaient apportées sur la définition choisie pour ce mémoire : celle d'une autonomie décisionnelle, et d'une indépendance appliquée à la capacité à accomplir des actes de la vie quotidienne (en référence aux domaines de l'échelle de Katz, à l'annexe 2). En apportant ces explications, cela a permis de focaliser les interlocuteurs sur le concept d'autonomie décisionnelle, et sur les interventions adaptées à sa promotion, au sein de leurs institutions. Enfin, une question d'ouverture était posée, afin de connaître leurs points de vue sur la manière d'améliorer l'autonomie décisionnelle de ces personnes dans leur institution.

L'entretien semi-directif, via un guide d'entretien aux questions ouvertes, est donc la méthode sélectionnée puisqu'elle permet de réunir des informations sur leurs expériences, leurs points de vue. Cependant, ces informations vont révéler la part de subjectivité de la personne. Il est donc important de souligner que les résultats obtenues ne sont pas généralisables, à toutes les MRS en Belgique.

5.3 RÉCOLTE DES DONNÉES

Au vue de la situation inédite de crise sanitaire que nous avons vécu, il a été demandé que trois personnes soient interrogées au minimum : un directeur par type de gestion d'établissement (CPAS, ASBL, privée). Dans le meilleur des cas, qu'il s'agisse de deux directeurs par type de gestion d'établissement.

Afin de contacter les personnes ciblées, des recherches ont été d'abord effectuées sur le site web du Guide Social, avec comme mot clé « MRS » et la sélection de la région de Bruxelles-Capitale et de la région Wallonne, afin d'élargir la recherche. Une fois la liste visible, le nom de l'institution était sélectionné, et son site web recherché. Le contact se fit par mail, à l'adresse de contact, bien souvent celui du directeur(-trice) lorsqu'il était mentionné. Environ 70 mails ont été envoyés à différentes institutions, et les relances se faisaient par téléphone. Quatre directeurs(-trices) ont participé à l'étude : deux participants travaillent dans une MRS liée à un CPAS ; l'un travaille dans une MRS privée commerciale ; et le dernier travaille dans une MRS associative. Comme nous le remarquons, il existe un nombre important de refus qui est la conséquence de la crise sanitaire du COVID-19 : cette épidémie a nécessité la concentration, l'énergie et le temps des personnes cibles afin d'y faire face.

Tous ces entretiens semi-directifs se sont effectués par voie électronique (vidéoconférence) ; le consentement éclairé des participants pour un enregistrement audio, anonyme et confidentiel, a été obtenu dès le commencement de l'entretien. L'entretien était d'une durée d'environ trente minutes, selon l'évolution de la conversation et des informations apportées. Les entretiens une fois enregistrés, ont été retranscrits mot à mot chacun dans un document Word différent, toujours en respectant l'anonymat et la confidentialité des participants. Puis ils ont été analysés de manière qualitative, selon les catégories prédéfinies citées auparavant, mais aussi avec des catégories émergeant au fur et à mesure de la lecture des entretiens. Dans chaque entretien, les éléments de texte correspondant à une des catégories ont donc été surlignés d'une couleur attribuée.

Les informations ont ainsi été classées, dans la partie résultats, selon 9 catégories différentes. Les six premières catégories sont des catégories prédéfinies suite au cadre théorique ; les trois dernières catégories sont des thèmes apparus durant les divers entretiens.

Les 9 catégories regroupent donc :

1. Vision de l'autonomie et de l'indépendance
2. Actions mises en place dans l'établissement
3. Soins centrés sur la personne
4. Participation à la prise de décision
5. Communication
6. Environnement structurel
7. La famille
8. Lieu de vie
9. Modèle Tubbe

5.4 ÉCHANTILLON

L'échantillon est constitué de quatre directeurs(-trices) de MRS : deux d'entre eux sont directeurs de MRS liées à des CPAS différents ; l'un est directeur d'une MRS privée commerciale ; et le dernier est une directrice d'une MRS associative. Sur les quatre participants, deux sont de sexe masculin et deux de sexe féminin.

Le premier participant est un directeur d'une MRS liée à un CPAS, depuis maintenant 3 ans. Il est assistant social de formation, a effectué une formation universitaire par la suite, en cours du soir, d'une licence science du travail, et a été assistant social dans les CPAS pendant plusieurs années. L'établissement est composé d'une MR et d'une MRS, avec au total 80 lits : 44 lits MRS et 36 lits MR. Cette institution est située dans la région Wallonne. Le participant estime avoir dans son établissement, environ 60 à 70% approximativement de personnes âgées dépendantes (répondant à un score de 3 ou de 4 sur l'échelle de Katz, en annexe 2).

Le second participant est une directrice d'une MRS liée à un CPAS, différent du premier. Elle occupe ce poste depuis maintenant 10 ans, avec comme formation de base assistante sociale. Elle a travaillé auparavant, au service social de cette MRS pendant 17 ans. L'établissement se compose lui aussi d'une MR et d'une MRS, avec au total 110 lits : 55 lits MR et 55 lits MRS. Cette institution est située dans la région Wallonne. La directrice estime avoir environ 60 % des personnes âgées dépendantes (catégories de dépendance B, C et Cd, en annexe 2) dans son établissement pris globalement (MR-MRS).

La directrice de la MRS privée associative a elle aussi une formation d'assistante sociale ; elle occupe son poste depuis maintenant 4 ans, ayant été auparavant directrice d'une autre MRS associative pendant 10 ans. Durant son parcours professionnel, elle a effectué du bénévolat dans plusieurs maisons de repos et de soins palliatifs, au Canada pendant 2 ans. L'établissement se compose, comme les précédents, d'une MR et d'une MRS : 51 lits en MR et 45 lits en MRS, pour un total de 96 résidents. Cette institution est située aussi dans la région Wallonne. Elle estime avoir en moyenne un peu plus de 70 % des personnes âgées dépendantes, c'est-à-dire correspondant aux catégories de dépendance B, C et Cd (annexe 2), dans son établissement en général (MR-MRS).

Le directeur de la MRS privée commerciale a lui une formation d'économiste, n'ayant jamais eu de formation à vocation sociale ou de santé. Il est manager de cet établissement depuis maintenant 5 ans. L'établissement étant une entreprise totalement familiale, il l'a hérité de sa mère, fondatrice de cette MRS. L'établissement est composé de 66 lits au total dont 26 lits de type MR et 40 lits de type MRS. Cette institution est elle aussi située dans la région Wallonne. Ce directeur estime avoir en moyenne 60 % de personnes dépendantes au sein de l'établissement, précisant que cette proportion correspond à des catégories de dépendance B, C et Cd.

Nous avons ainsi un échantillon varié en terme de type de gestion d'établissement (CPAS, ASBL, privée commerciale), avec des managers ayant pour la plupart une formation dans le social sauf un étant économiste. Concernant la moyenne de personnes âgées dépendantes (correspondant aux catégories de dépendance B, C et Cd, en annexe 2), les réponses sont concordantes, la proportion étant d'environ 60 à 70 % au sein des établissements (MR-MRS).

5.5 PRÉPARATION DE LA BASE DES DONNÉES

Les données qualitatives sont ainsi issues d'entretiens, qui ont été enregistrés et retranscrits mots à mots. Les données ont ainsi été analysées et triées dans les 9 catégories mentionnées plus haut. Un document Word a été créé pour chaque catégorie afin que les éléments texte soient regroupés pour chaque dimension.

Dans chacune des dimensions, les éléments seront développés dans la partie résultats, selon le type de gestion d'établissement : CPAS/publique, ASBL et privée commerciale ; ceci afin de faire une comparaison entre elles et connaître les éventuelles différences que cela peut apporter selon le type de gestion d'établissement.

Il est possible que les informations recueillies lors des entretiens soient parfois incomplètes, et variables d'une personne à l'autre ; ceci en raison de la nécessité d'adapter les questions en elles-mêmes, et/ou de l'évolution de la discussion en général. Des questions supplémentaires ont été ajoutées au fil de l'entretien, afin d'éclaircir certains éléments énoncés lors de la conversation. Il faut savoir aussi que le guide d'entretien n'a été transmis à aucun des participants, à l'avance, et ceci afin de ne pas biaiser les réponses et d'obtenir des réactions spontanées.

6 RÉSULTATS

6.1 DIMENSION 1 – VISION DE L'AUTONOMIE ET DE L'INDÉPENDANCE

Concernant les concepts d'autonomie et d'indépendance, deux des directrices interrogées ont des visions ressemblantes : elles font une distinction entre les deux termes. Par exemple pour la directrice de la MRS-CPAS 2, que l'on intitulera ainsi, l'autonomie c'est : « Être capable de faire des choix (...) l'autonomie, c'est la capacité d'être encore en mesure de choisir et donc de décider à mon sens. » Alors que l'indépendance, pour elle « c'est plutôt en lien avec la dépendance physique par exemple. On peut être autonome, mais en chaise roulante. » Elle estime que dans le langage courant, on mélange souvent les deux. Pour la directrice de la MRS-ASBL, l'autonomie correspond à l'expression des choix : par exemple, les personnes âgées doivent avoir l'occasion de demander un foulard, ou de choisir leur menu, et surtout que les professionnels respectent par la suite ce choix.

Le directeur de la MRS – CPAS 1 fait aussi cette distinction mais ajoute un élément à l'autonomie : il relie l'autonomie à un choix, à une prise de décision mais qui doit être cohérent. Il donne un exemple, dans les choix des vêtements, à adapter en fonction de la saison : « s'il sait s'habiller seul, mais qu'en plein hiver, il va mettre un short,... alors pour moi, il est

seulement indépendant, mais pas autonome ». La définition de l'indépendance est donc selon lui, « *pouvoir faire quelque chose seul, pour moi cela correspond à être indépendant.* »

Le directeur de la MRS-privée commerciale a une vision différente des autres participants : « *être autonome chez la personne âgée, pour moi, c'est la personne qui est au domicile. Ça c'est vraiment pour moi la personne autonome* » Il relie l'autonomie aux catégories de dépendance de l'échelle de Katz (annexe 2) : « *Maintenant il y a beaucoup de personnes qui rentrent en maison de repos qui ont des profils MR, qui souffrent juste de solitude, qui n'ont plus trop le courage de se faire à manger, ou il y a des petits tracas de mémoire. On va dire que tous ces gens-là, au sein de la maison de repos, on les considère plus comme autonomes, donc on va dire les O et les A. Même s'il y a des petits troubles de la mémoire, ils ne demandent pas beaucoup d'assistance ici au sein de la maison.* »

Lorsque l'on aborde le sujet de la personne âgée dépendante physiquement, tous les participants sont d'accord sur le fait qu'un tel profil garde son autonomie décisionnelle.

La différence se fait pour une personne âgée dépendante cognitivement : tous les participants estiment qu'il est difficile d'envisager une autonomie décisionnelle, surtout pour les personnes âgées aux troubles cognitifs majeurs.

La directrice de la MRS-CPAS 2 estime qu'au départ de leurs désorientations cognitives, les personnes âgées présentent une forme d'autonomie relative. En effet, « *quelqu'un qui est en début de désorientation, peut encore avoir une forme d'autonomie relative. Même en début de désorientation, ils sont capables d'avoir la possibilité de faire des choix, même s'ils deviennent limités.* » Mais elle estime tout de même ces troubles cognitifs comme une limite à l'autonomie, et apporte un élément intéressant : « *C'est la capacité de ne pas se mettre en danger (...) À partir du moment où quelqu'un qui est désorienté et qui n'est plus conscient des dangers, pour moi, il devient alors plus autonome (...) Plus la maladie évolue, plus cela devient compliqué.* » Elle estime ainsi que le choix n'est plus possible : « *Un moment c'est sûr qu'il faut choisir et décider pour eux, parce qu'ils ne sont plus capables, et ils ne savent plus non plus ce qui est bien pour eux aussi.* »

Le directeur de la MRS-privée commerciale estime cela comme impossible : « *quelqu'un qui est vraiment à un stade avancé, c'est impossible d'être indépendant dans les prises de décision, c'est impossible...* ».

Pour la directrice de la MRS-ASBL, cette difficulté provient de l'incapacité pour ces personnes à pouvoir exprimer leurs choix. Cependant, elle ajoute une nuance : « *On est d'accord que c'est difficile de respecter l'autonomie de quelqu'un qui ne peut pas l'exprimer. Mais à travers le regard, à travers les grimaces, on peut comprendre. Mais effectivement, il faut pouvoir prendre le temps de pouvoir déchiffrer cela.* »

Le directeur de la MRS – CPAS 1 pense aussi qu'il est possible pour les personnes désorientées d'avoir des points d'attaches : « *on va toujours essayer de chercher au moins un point ou deux points d'attaches où la personne peut quand même garder une certaine forme d'autonomie. Donc on va essayer de privilégier cela (...) On essaye de garder un sens à une prise décisionnelle.* » Mais de manière générale, il estime que « *des personnes, par exemple, désorientées ne sont pas autonomes. Mais ils ont encore une forme d'indépendance, parce qu'ils savent encore faire les gestes eux-mêmes.* »

6.2 DIMENSION 2 – ACTIONS MISES EN PLACE DANS L'ÉTABLISSEMENT

Au niveau des actions mises en place dans l'établissement, il n'y a pas de concordance entre les différentes institutions. Nous allons donc aborder ce thème en analysant séparément les réponses des différents participants.

Pour le directeur de la MRS-CPAS 1, les personnes âgées dites orientées et donc correspondant aux catégories O, ou A (annexe 2) ont une autonomie qui se fait naturellement. Ces personnes qu'il estime comme atypiques, ont une autonomie n'ayant pas besoin d'interventions particulières.

L'action principalement mise en avant dans cette institution, est le développement du projet de vie personnalisé. Il s'agit d'une demande de la région Wallonne pour les personnes désorientées, mais qui a été généralisé à toutes les personnes en perte d'autonomie au sein de cet établissement. Selon lui, « *le but est d'avoir un projet de vie individualisé, avec l'assistante sociale et la personne de référence pour les personnes désorientées, et de voir ce que la personne est capable de faire mais surtout aime faire.* » La participation des paramédicaux est ainsi primordiale pour lui, afin de promouvoir une autonomie décisionnelle. Ce projet de vie passe par des entretiens organisés d'abord par la personne référente pour les personnes désorientées. Puis « *dans un second temps, on repasse en équipe pluridisciplinaire, on voit un*

peu ce que la personne faisait, etc. Cela permet aussi aux soignants, avec les personnes désorientées, d'avoir des points d'attaches pour calmer les gens ou pour les centrer sur un objectif. » De plus, pour les personnes âgées présentant des troubles cognitifs, *« on fait systématiquement une fiche tous les quinze jours, de petites décisions, ce qu'on appelle la grille d'autonomie. »* Il donne un exemple : *« pour les personnes avec Alzheimer, on refait tout un récit de vie qui date d'il y a 25 ou 30 ans, et on va voir là-dedans ce qu'ils savent encore faire. Par exemple, une dame qui a 92 ans environ, dans cet âge-là, et qui a Alzheimer depuis cinq ans, eh bien on a réussi à lui réapprendre à tricoter (...) Encore ce matin, l'éducatrice voyait avec elle différents patrons pour voir un peu quel genre elle souhaitait : un pull, une écharpe, etc. »* Le directeur de la MRS-CPAS 1 explique que l'importance est de donner un sens pour eux, et non pour les intervenants : *« On estime que c'est le résident qui doit y trouver un sens. (...) Dans chaque activité qu'on réalise, on essaye à chaque fois que le résident soit parti preneur. Par exemple, on fait un Bingo une fois semaine : ce n'est pas l'animatrice habituelle qui l'anime. Elle est là, mais ce sont les résidents qui le font, ils vont lire les numéros, etc. »* Un autre exemple est celui d'une activité organisée pour les résidents d'origine italienne, qui sont à une proportion importante dans cet établissement : *« on a pour ces personnes italiennes, ce qu'on appelle « le parcours de l'Italie ». Et donc comme chacun vient de régions différentes, eh bien ils réexpliquent... à leur époque dans les années 70 – 80, ils réexpliquent comment était Milan, comment était Rome, qu'est-ce qu'on y mangeait, etc. »*

Pour la directrice de la MRS – CPAS 2, elle aborde en premier lieu, le sujet de la mise en place des contentions. La direction de l'institution a fait le choix d'acheter des lits à demi-barrières : *« Et pourquoi ? parce qu'on s'est dit qu'on pouvait rendre de l'autonomie, et notamment pour les personnes qui sont en capacité de dire « la nuit, je dois aller à la toilette » mais qui ont besoin de ressentir une sécurité pour pouvoir dormir. »* La directrice pense aussi que les différentes activités proposées par l'institution permettent le développement de l'autonomie de la personne : *« parce qu'on pense que cela stimule la convivialité et le lien social, et que cela est important pour le maintien des capacités cognitives et physiques, mais surtout cognitives ».* Ainsi, à l'arrivée de la personne âgée au sein de l'établissement, l'équipe pluridisciplinaire la stimule à participer à toutes les activités pendant les quinze premiers jours, puis ils vont respecter le choix de la personne : *« Il ne faut pas être dans la sur stimulation à outrance. Mais en premier lieu, c'est important pour permettre de découvrir et après décider. »*

Pour la directrice de la MRS – ASBL, pour promouvoir l'autonomie de la personne âgée dépendante, différentes interventions sont mises en place dans son établissement. Tout d'abord,

il faut rendre accessible les formations continues à l'équipe pluridisciplinaire, notamment la formation sur l'humanité, où dans cet établissement, toute l'équipe a pu y participer. La directrice estime que *« la formation continue est super importante pour un peu bouger et bousculer notre manière de faire, même si le train-train revient. »* Les réunions d'équipe soignante et pluridisciplinaire permettent aussi d'échanger des informations sur les résidents, sur leurs habitudes et sur leurs souhaits. La directrice estime que cela permet un échange constructif : *« Ils [les professionnels soignants et paramédicaux] ont plus d'outils dans leur boîte à outils, que la directrice ou la chef infirmière. C'est au quotidien qu'ils apprennent à connaître les résidents. »* Pour la directrice MRS-ASBL, l'autonomie décisionnelle de la personne âgée prend place, par exemple lorsqu'on respecte le choix du menu, ou sa participation aux activités. De même, pour les soins, l'équipe soignante tente d'adapter son organisation en fonction des résidents. Par exemple, au matin, les soignants réveilleront les personnes âgées en fonction de leurs désirs et à l'heure qu'elles souhaitent : *« On ne fait pas les chambres les unes après les autres (...) On fait les soins en fonction de la personnalité de chacun ».*

Pour le directeur de la MRS – privée commerciale, la participation à la vie active de la MRS permet de maintenir l'autonomie décisionnelle d'une personne âgée. Il estime : *« que c'est le meilleur moyen de garder les résidents, on va dire en « éveil » par rapport aux situations qui se passent, par rapport à l'actualité, par rapport à leur bien être en général. »* La stimulation de la personne âgée au quotidien est pour lui le meilleur moyen de maintenir leur autonomie.

6.3 DIMENSION 3 – SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE

Concernant les soins centrés sur la personne, trois de ces directeurs ont des avis cohérents : pour eux, cette action a son importance pour maintenir l'autonomie d'une personne. Mais cette intervention est appliquée par le paramédical, et notamment l'ergothérapeute, mais non appliquée par l'équipe soignante. Pour le directeur de la MRS-Privée commerciale, cette action semble complexe à mettre en place de manière générale dans son institution.

Pour le directeur de la MRS-CPAS 1, l'obstacle principal à la non application de cette action chez le « nursing » est l'expérience de ces infirmières, qui ont toutes environ trente-cinq ans de carrière, et qui ont été « formatées » à une approche hospitalière : *« elles connaissent super bien leurs métiers, comme elles disent. Et donc voilà, c'est très difficile à un certain*

moment. » Le changement est pour lui possible mais cela demande un investissement, et une remise en question. De plus, la cohérence dans les soins est indispensable ; il s'agit avant tout d'un travail d'équipe : « *La grande difficulté, c'est que si l'infirmière et l'aide-soignante le mettent en place [un soin centré sur la personne], mais que la suivante ne le fait pas, alors évidemment ça n'a pas de sens* ».

Pour la directrice de la MRS-CPAS 2, les soignants semblent préférer faire à la place de la personne âgée, par question de facilité et de sécurité. Elle donne l'exemple du bain qui est effectué par l'ergothérapeute, et non par les infirmières et aides-soignantes : « *elle [la soignante] pense que cela va aller plus vite la douche, mais elle pense aussi que le résident, il est plus proche, il est assis sur son siège de douche. Elle est alors capable de mieux gérer la situation que s'il est dans son bain.* »

De plus, la directrice de la MRS – ASBL estime que l'équipe soignante est dans une routine de travail : « *Voilà, moi j'arrive. Et donc les cinq précédents j'ai fait comme ça, je ne vois pas pourquoi le sixième je devrais faire autrement ?* » Pour cette directrice, les habitudes acquises par l'équipe soignante sont un obstacle à une prise en charge centrée sur la personne.

Pour le directeur de la MRS – privée commerciale, l'application d'une telle intervention semble complexe à mettre en place. Selon lui, les obstacles sont dû à la charge de travail et aux normes de personnel : il faudrait davantage de personnel pour mettre en place cette action de manière raisonnable.

6.4 DIMENSION 4 – PARTICIPATION AUX PRISES DE DÉCISION

Pour cette action, tous les participants ont des avis bien différents, tous en référence aux conseils des résidents, et au paramédical.

Pour le directeur de la MRS – CPAS 1, ce conseil participatif permet aux résidents une véritable prise de décision et aussi une co-construction dans l'organisation de l'établissement. Lors de la période de déconfinement suite au COVID-19, « *par exemple, sur les visites qu'on a remis en place, c'est les résidents qui ont décidé. On leur a expliqué la législation, et puis on leur a demandé « Qu'est-ce que vous proposez ? » Et puis, c'était « Eh bien voilà nous, on propose ceci... Et qu'est-ce que vous, vous proposez ? »* » De plus, la direction a décidé d'organiser ce conseil de manière à promouvoir la participation des personnes âgées : « *Le*

conseil des résidents a toujours lieu en journée, parce que les résidents souhaitent que ce soit comme ça ; alors que les familles préféreraient que ce soit en soirée (...) Les familles sont bien sûr toujours les bienvenus. » De plus, un groupe de parole est constitué chaque semaine avec l'assistante sociale et prépare en quelque sorte le conseil des résidents. Le taux de participation y est important, de l'ordre de 65 à 70% des résidents. Et les résidents réfléchissent ensemble à l'organisation de l'institution, aux activités qu'ils souhaitent réaliser. Pour les personnes désorientées, la participation aux prises de décision est pour lui différente : « C'est plus délicat avec les personnes désorientées évidemment (...) la prise de décision est plus à titre individuel et moins sur le collectif, parce que voilà une personne désorientée ne sait pas se pencher sur ... certaines choses, malheureusement. »

La directrice de la MRS – CPAS 2 estime que la participation des personnes âgées aux prises de décision est bien plus développée au sein des résidences-services de son institution. Ceux-ci ont été construits en s'inspirant du modèle Tubbe, un modèle que nous allons analyser dans la partie discussion de ce mémoire. En effet, selon la directrice, au sein des résidences-services : *« ils [les personnes âgées] font des choix : qu'est-ce qu'ils ont envie comme organisation, qu'est-ce qu'ils ont envie comme aménagement dans leurs espaces communs, les choix de décoration intérieur. »* Pour la MRS, elle annonce cela bien plus compliqué à mettre en place ; il est vrai que le conseil des résidents permet l'expression d'avis sur les diverses activités, sur les types de sortie à mettre en place, etc. Mais elle estime cela insuffisant. Les obstacles seraient surtout liées à l'organisation des soins et à cette approche hospitalière des soignants. Par exemple, si la personne âgée souhaite prendre un bain dans l'après-midi, cela sera refusé par les soignants étant habitués à effectuer ces soins le matin avant 10h30. Pour elle, l'obstacle vient de la formation au sein des écoles, et surtout au sein des hôpitaux, où l'organisation laisse peu de place à la prise de décision des personnes âgées. Elle conclut en disant : *« c'est plus facile de décider à la place des gens. Cela prend moins de temps. Alors qu'au final, au long terme ... »* Elle pense que le paramédical implique bien plus la personne âgée dans une prise de décision, dans la vie de tous les jours. Par exemple, l'ergothérapeute, par ses Activités de la Vie Journalière (AVJ), prend du temps pour réexpliquer, pour voir ce que la personne est capable de faire par elle-même, etc. Elle fait ensuite un rapport au soignant, qui semble ne pas prendre le temps nécessaire afin de laisser la personne âgée décider.

Pour la directrice de la MRS – ASBL, les paramédicaux sont aussi des relais importants, parce qu'au travers de leurs activités, ils permettent de relayer les informations, et les décisions

des personnes âgées à l'ensemble des professionnels. Le conseil des résidents est aussi selon elle un moyen d'expression favorable pour les personnes âgées : ainsi les résidents, la directrice et le paramédical discutent de l'organisation de la MRS et des activités qui seront mises en place, réévaluées par la suite, au prochain conseil des résidents. L'infirmière en chef et les soignants ne sont pas présents, car selon la directrice, le sujet se porterait davantage sur des soins de santé individuels, ce qui n'a pas sa place ici. Cette directrice remarque aussi une difficulté chez les personnes âgées, dans l'expression d'une prise de décision : « *parce qu'en fait, ça fait tellement d'années qu'on ne leur a pas demandé leurs avis, (...) ça fait tellement de temps que les gens prennent des décisions pour eux, que quand on leur redemande ici « vous avez envie de quoi ? » et bien ce n'est pas simple !* » Elle ressent parfois, lors des comités de résidents, des grands moments de solitude.

Le directeur de la MRS – Privée commerciale estime que le conseil des résidents pourrait être fait plus souvent, « *mais c'est tout le temps la même chose en fait. Enfin nous ici dans la maison, il n'y a pas de demande particulière pour certaines choses.* » Le conseil des résidents est surtout un moyen pour lui d'expliquer les différents changements opérés dans l'institution : par exemple, lors de la période de déconfinement suite au COVID-19, le directeur a expliqué les règles appliquées et le cadre à suivre. De plus, il ajoute que les activités sont proposées, discutées et approuvées lors du conseil des résidents. Ces activités sont effectuées majoritairement par l'ergothérapeute : « *On va dire qu'il y a des activités basiques, et puis d'autres activités qui viennent un peu se rajouter sur demande des résidents...* » Lui-même a proposé des projets qui ont été refusés au conseil des résidents : « *Parfois, il y a des choses qu'on veut mettre en place et qui sont refusés. Voilà, ici cet été, je voulais mettre en place un potager en hauteur pour les résidents. Et en fait, non, ils ne sont pas intéressés du tout.* » Concernant les personnes désorientées, il semble pour lui, impossible de participer aux prises de décision quand la personne âgée ne sait plus s'exprimer : « *Si le résident ne sait plus s'exprimer en utilisant les bons mots, nous on ne sait pas... C'est carrément impossible...* »

6.5 DIMENSION 5 – COMMUNICATION

Concernant la communication, les quatre participants ont des avis convergents : cette intervention ne semble pas appliquée dans ces institutions, et cela pour différentes raisons.

Pour ces différents participants (MRS-CPAS 1, MRS-CPAS 2, MRS-ASBL), les soignants sont dans une approche hospitalière, empêchant une communication basée sur l'écoute. Cela serait dû, non pas à un manque de temps ou aux conditions (physiques et/ou cognitives) de la personne âgée, selon la directrice de la MRS-ASBL, mais à la vision des soignants sur la communication avec la personne âgée. Et en effet, le directeur de la MRS-CPAS 1 explique : « voilà on est dans cette optique... on a un peu la science infuse, c'est : « tu as mal aux pieds ? tu vas avoir ça ; t'as mal à la tête ? tu vas avoir ça. » Et donc voilà, on n'est pas trop sur l'approche... d'écouter. » La directrice de la MRS – CPAS 2 ajoute que les soignants voient le temps de l'écoute comme un temps pour lequel il faudrait se consacrer entièrement : « cela implique de s'asseoir à côté d'eux, et de prendre du temps... et à la limite de faire comme les psychologues quoi. Je m'assois et je ne fais que ça. »

Le directeur de la MRS – Privée commerciale pense aussi que la communication basée sur l'écoute n'est pas appliquée par les soignants au sein de son établissement. Cependant, il reste hésitant dans sa réponse : « Je pense qu'il faut engager... il faut avoir une discussion et essayer de mêler les deux [le soin et l'écoute] en même temps en fait... d'expliquer au résident ce qu'on va faire, et puis, je ne sais pas moi... demander comment vont ses enfants, ou la météo... » Il estime aussi « qu'il faut être à l'écoute, il faut essayer de stimuler dans la vie de tous les jours. Je pense que pour moi, c'est le meilleur moyen qu'ils gardent leurs niveaux de décisions, mais aussi leurs envies. »

6.6 DIMENSION 6 – ENVIRONNEMENT STRUCTUREL

Concernant l'environnement structurel, les participants ont tous abordé les différentes activités mises en place dans leur établissement. Tous proposent des échanges intergénérationnelles, avec des écoles allant de la maternelle à la 6^{ème} primaire, et/ou avec des Hautes Écoles d'ergothérapie.

Puis selon l'établissement, d'autres projets sont mis en place. Par exemple, dans la MRS-CPAS 1, un projet d'intégration de quartier a été développé avec la ville : « au niveau du quartier, on est en train de développer une petite plaine de jeux sur l'arrière de notre infrastructure, qui va être ouverte aux gens de la cité durant certaines heures (...) il y aura une tranche où ce sera accessible à la fois au quartier, et aussi aux résidents pour de nouveau créer du lien avec eux. »

Dans la MRS – CPAS 2, des activités sont organisées aussi avec les associations culturelles et folkloriques locales, au sein de l'institution. De même, la création d'un roman photos a été réalisée par les résidents, en collaboration avec des professionnels en conception théâtrale. La directrice précise que les résidents ont participé durant tout le projet : « *ils ont décidé eux-mêmes ce qu'ils voulaient y écrire. Et ce qu'ils voulaient écrire, c'était cela : cassez l'image négative de l'entrée en maison de repos, et donc cette image de l'extérieur. Et donc ils ont choisi eux-mêmes, ils ont joué eux-mêmes.* » Le projet a été choisi par la direction, en interne. Elle estime cela important de créer un lien entre les résidents, mais aussi avec l'extérieur pour ne pas qu'ils aient ce sentiment « *de vivre en ghetto* ». « *Et donc à partir du moment où ils [les résidents] ne savent plus sortir vers l'extérieur parce qu'ils ne sont plus mobiles, alors il faut faire venir l'extérieur à l'intérieur* ». La directrice s'exprime sur l'importance d'une intégration dans la vie de la ville, d'une dynamique de maintien du lien social avec l'extérieur afin de « *ne pas rester en vase clos* » : elle estime cela nécessaire pour le moral et le maintien de leur autonomie.

Dans la MRS – ASBL, un événement était organisé avec les différentes maisons de repos de la région, une grande journée Jeux Olympiques, intitulée « les J.O. Carolos » : « *la volonté était vraiment de s'ouvrir et de montrer aux résidents qu'ils ne sont pas seuls, et que ce n'est pas parce qu'ils sont en maisons de repos, qu'ils sont en vase clos.* » Pour elle, le lien avec l'extérieur se fait aussi en permettant aux familles de venir quand elles le souhaitent, puisque l'établissement est ouvert aux visites de 8h à 20h. De plus, elle précise : « *on essaye de s'ouvrir avec l'extérieur aussi, on a des personnes qui viennent de l'extérieur pour proposer des activités, on fait des fêtes ici qui sont ouvertes à l'extérieur.* ». Selon cette directrice, la difficulté est la localisation géographique de la MRS, car elle est située dans une région dite, selon elle, « non favorisée » : « *ce n'est pas si simple de s'ouvrir au quartier, parce qu'on n'a pas forcément confiance en les gens du quartier.* »

Dans la MRS – privée commerciale, en ce qui concerne les événements organisés à l'extérieur, le directeur précise : « *Maintenant, des activités pures et dures à l'extérieur, on en faisait avant (...) Mais il suffit qu'il fasse mauvais comme aujourd'hui, et je n'ai plus personne qui veut y aller, parce qu'il pleut, et une autre qui ne veut pas venir parce que l'autre ne veut pas...* » De plus, il précise la difficulté à organiser ce type de sortie : « *Et nous on a mis pleins de choses en place, un transport, enfin plusieurs transports médicalisés, tout ça en place... et on doit tout annuler.* » La direction tente plutôt de faire venir les personnes de l'extérieur à

l'intérieur de l'établissement, en organisant différents événements comme par exemple : « *Au mois de juin, on fait généralement ce qu'on appelle nous, « La fête du soleil », pendant l'été. Et on fait sur un thème, sur un pays, et les familles sont conviées (...) Donc on essaye surtout de faire rentrer les activités au sein de la maison. »*

6.7 DIMENSION 7 – LA FAMILLE

Le thème de la famille est un thème émergent durant trois des entretiens. Lorsqu'on demande aux participants si pour eux, la famille est un levier ou un obstacle à la promotion de l'autonomie décisionnelle des personnes âgées dépendantes, les avis sont divergents.

Pour le directeur de la MRS – CPAS 1, il s'agit d'un frein à développer l'autonomie : « *C'est-à-dire que les familles sont très preneuses au départ, et puis un certain moment, on voit beaucoup de familles qui culpabilisent...* » Les familles auraient l'impression de ne pas avoir fait suffisamment pour maintenir la personne âgée à domicile, d'où ce sentiment de culpabilité émergent. À cela s'ajoute, selon ce participant, une demande plus importante des familles sur l'amélioration des capacités physiques et/ou cognitives de la personne âgée, en voyant déjà les progrès effectués en MRS.

Pour la directrice de la MRS – CPAS 2, elle estime que les membres de la famille sont plutôt une aide, car « *ils peuvent être là pour stimuler, pour accompagner... Moi, je le vois plus comme une aide, et dans le sens du partenariat.* » De plus, la famille peut apporter des éléments aux professionnels de soins, permettant de mieux comprendre la personne âgée : « *les familles ont un regard différent que le professionnel, et donc ils peuvent aussi mieux nous aider à comprendre la personne en fonction de son histoire de vie.* » La directrice de la MRS – ASBL pense aussi que la famille constitue globalement une aide à promouvoir l'autonomie des personnes âgées dépendantes en MRS. Selon elle, la famille était davantage un frein avant l'institutionnalisation : « *On [la famille] se rend compte que maman ne faisait plus très bien la vaisselle, donc ils ont demandé une aide familiale ; ils se sont rendus compte que maman ne savait plus très bien gérer ses comptes en banque, donc ils ont commencé à gérer eux-mêmes.* » En agissant ainsi, « *ils ont eux-mêmes pallié à cette perte d'autonomie, souvent bien longtemps avant nous (...) ça se fait de manière insidieuse, ils enlèvent l'autonomie de leurs parents sans s'en rendre compte.* » La directrice explique alors que les personnes âgées ont perdu à un

moment donné, cette capacité de choisir, et qu'elle doit être rendue les actions au sein de la MRS.

6.8 DIMENSION 8 - UN LIEU DE VIE

Lorsqu'il a été demandé aux participants quels seraient les éléments permettant d'améliorer l'autonomie décisionnelle des personnes âgées au sein de leur institution, tous ont abordé la vision d'une MRS comme lieu de vie. Il s'agit d'un thème abordé à plusieurs reprises dans les dimensions précédentes, mais des nouveaux points sont selon moi, importants de souligner.

Tout d'abord, les participants (MRS-CPAS 1, MRS-ASBL) ont tous les deux, à différentes reprises dans les dimensions précédentes, abordé la nécessité d'avoir une approche plus sociale qu'hospitalière au sein des MRS. La directrice de la MRS – CPAS 2 énonce l'importance pour ces personnes de créer du lien social entre eux : cela permettrait aux personnes de retrouver une dynamique de vie et même à certains moments, de récupérer une sorte d'indépendance physique. La directrice de la MRS – ASBL insiste sur cette opposition entre les soignants et le lieu de vie : « *C'est pouvoir faire la balance entre le soin et la vie.* » Elle pense que tout provient de la formation de base des soignants et des infirmiers, et qu'il faudrait revoir cette approche.

La directrice de la MRS-CPAS 2 a réfléchi à la manière de casser l'image de la MRS comme « *petit hôpital* ». Pour cela, en réflexion avec les autres professionnels de son institution, ils ont eu l'idée de supprimer la blouse blanche, symbole donnant l'impression d'être à l'hôpital : « *Et donc maintenant depuis bientôt deux ans, il n'y a plus une gamme de blanc dans la maison de repos (...) Et c'est vrai que rajouter de la couleur, comme ça, ça donne de la vie, ça amène bien cette idée qu'on est dans un lieu de vie.* »

Le directeur de la MRS – privée commerciale intervient à différents moments durant l'entretien, sur l'importance d'une atmosphère bienveillante dans la MRS. Et pour que cette atmosphère se crée, il faut que le personnel partage les mêmes valeurs selon lui. Il donne un exemple dans le choix de recrutement du personnel : « *il vaut mieux prendre son temps, quitte à être un peu moins nombreux mais avoir du personnel de qualité, qui partage les mêmes valeurs. C'est quelque chose d'important.* »

6.9 DIMENSION 9 - MODÈLE TUBBE

Cette dimension a été abordée spontanément lors de deux entretiens, où les deux participants ont émis des avis divergents.

Pour le directeur de la MRS – privée commerciale, l'application d'un tel modèle ne semble pas faisable pour les personnes âgées dépendantes : *« il y a ce fameux modèle de suède qui est fantastique, mais je pense que dans les maisons de repos et de soins, pour les profils dépendants, ce n'est pas du tout applicable. L'air de rien, les personnes âgées avec le moindre changement, même quand ils sont à la maison, c'est compliqué. »* Pour lui, cela semble tout à fait faisable pour des personnes « totalement autonomes » dans les actes de la vie quotidienne, mais *« que les personnes peuvent manger à n'importe quelle heure, ou qu'ils peuvent se laver le soir et avoir de l'aide, il faut bien se dire que « oui, c'est super ! » mais au niveau organisationnel, ce n'est pas possible du tout. »*

Pour la directrice de la MRS – CPAS 2, l'avis est tout à fait différent. Elle pense : *« qu'il faudrait suivre la philosophie du modèle suédois Tubbe... c'est-à-dire pouvoir plus les [personnes âgées] intégrer dans leurs choix de vie, plus être dans le respect de leurs choix de vie. »* Elle estime que la prise de décision est faite à leur place, parce que cela est bien plus confortable au niveau de l'organisation ; il faut selon elle, inverser totalement la pyramide décisionnelle afin d'apporter une qualité de vie supérieure aux personnes âgées. Elle pense que la philosophie des MRS doit changer, et qu'il va falloir pour cela prendre du recul : *« On ne se pose pas la question, parce qu'on ne se pose plus la question. On ne s'arrête pas, et c'est plus facile parce que ce sont des automatismes qu'on a développé. »* Cette participante explique qu'auparavant, les MRS étaient vues comme des mouroirs, des lieux où résidaient des personnes âgées sans famille pour s'occuper d'eux, et qu'il a fallu *« batailler ses 20 dernières années, pour que les maisons de repos deviennent des lieux de vie. »* À l'heure actuelle, elle explique que les personnes âgées sont devenues plus dépendantes et donc : *« On est vraiment dans une troisième phase où le challenge est que les maisons de repos deviennent presque comme des hôpitaux, actuellement. »* Elle avance donc l'idée suivante : *« le challenge à l'heure actuelle, c'est que les maisons de repos qui se sont battues pendant des années pour être des lieux de vie, eh bien restent des lieux de vie, et ne deviennent pas des hôpitaux médicalisés. Et justement c'est cette philosophie qui est poussée dans cette dynamique du modèle Tubbemodellen. »*

7 DISCUSSION

Pour discuter des données qualitatives obtenues ci-dessus, nous allons reprendre les dimensions une à une, et les comparer au cadre théorique, développé via la littérature et les recherches scientifiques. Nous allons ainsi identifier les éléments pouvant répondre à notre question de recherche.

7.1 DIMENSION 1 - VISION DE L'AUTONOMIE ET DE L'INDÉPENDANCE

Concernant la définition des concepts d'autonomie et d'indépendance, les deux directrices (MRS-CPAS 2 et MRS-ASBL) sont en accord avec la littérature. C'est-à-dire que pour elles, l'autonomie consiste en une capacité de prises de décision, une « règle personnelle » qu'il faut respecter. De plus, un élément intéressant a été amené par le directeur de la MRS-CPAS 1, complétant les différentes définitions de l'autonomie énoncées dans le cadre théorique : il s'agit d'un choix mais qui doit être cohérent et adapté à la situation. De même, lorsque nous avons abordé la personne âgée dépendante cognitivement, la directrice de la MRS-CPAS 2 a identifié une limite à l'autonomie décisionnelle : la capacité de ne pas se mettre en danger et donc d'être conscient des dangers. Cette conscience du danger est à appliquer aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs majeurs. En comparaison à la littérature, il s'agit d'un élément qui n'a pas été identifié et qui semble indispensable à ajouter au concept d'autonomie décisionnelle.

Nous remarquons que les visions sur le concept de l'autonomie de ces répondants sont ressemblantes : elles s'accordent toutes autour de la prise de décision, de faire un choix, en cohérence avec la littérature. Et lorsque nous analysons les formations de base de ces répondants, ils sont tous issus d'une formation d'assistant social.

L'un des participants a par contre une vision différente concernant l'autonomie : il s'agit du directeur de la MRS-Privée commerciale. Étant au poste de directeur avec une formation d'économiste, il a une réflexion et une vision de l'autonomie bien plus pragmatique que les autres participants. Il relie les personnes âgées autonomes aux critères de dépendance de l'échelle de Katz (annexe 2), sur les capacités d'accomplir les actes de la vie quotidienne. Il s'agit d'un participant qui n'a pas eu de formation sociale ou de santé, et n'est donc pas dans une vision conforme avec celle des autres participants, ni avec la définition choisie dans le cadre

théorique. Il définit la personne âgée autonome comme une personne ayant les capacités de vivre au quotidien sans assistance externe, comme dit dans un langage courant.

La formation de base d'un directeur a donc visiblement une influence sur sa vision de l'autonomie d'une personne âgée, et peut ainsi entraîner des actions différentes pour la promotion d'une autonomie décisionnelle au sein de l'institution.

7.2 DIMENSION 2 - ACTIONS MISES EN PLACE DANS L'ÉTABLISSEMENT

Premièrement, les réunions d'équipe pluridisciplinaire et le développement d'activités au sein de l'institution sont pour les participants, le moyen de maintenir l'autonomie décisionnelle des personnes âgées. Pour cela, le directeur a un rôle important de gestion et de collaboration au sein de son équipe. Notamment, nous remarquons que le paramédical a une place nécessaire pour développer l'autonomie décisionnelle d'une personne : que ce soit pour le directeur de la MRS-CPAS 1 avec l'intervention de l'assistante sociale, et de la personne référente pour les personnes désorientées, dans le cadre du développement d'un projet de vie individualisé ; ou que ce soit pour la directrice de la MRS-ASBL, où les réunions pluridisciplinaires permettent un échange de connaissances sur les valeurs, habitudes et souhaits de la personne âgée.

Deuxièmement, les formations continues sont un élément nécessaire afin de développer l'autonomie décisionnelle des personnes âgées, de permettre le changement dans les habitudes de soins, comme l'explique la directrice de la MRS-ASBL. De plus, l'une des formations a été citée comme nécessaire au développement de l'autonomie décisionnelle : la formation sur l'humanité, à laquelle tous les professionnels de l'établissement ont pu y participer. À savoir, selon Gineste Y. et al. (2008), « *La philosophie de soin de l'humanité, pour des raisons essentiellement pédagogiques, est présentée généralement à partir de cette définition/réflexion sur ce qu'est un soignant : « Un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne qui a des préoccupations ou des problèmes de santé pour l'aider à l'améliorer, à la maintenir, ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort. Un professionnel qui ne doit en aucun cas nuire à la santé de cette personne. » »*. Ainsi selon ces auteurs, le respect de l'autonomie sous toutes ses déclinaisons (fonctionnelle, psychique, sociale, ...) est un principe indispensable, dans la philosophie de soin de l'humanité. Cette formation a donc toute sa place et son importance pour promouvoir l'autonomie décisionnelle des personnes âgées

dépendantes, surtout cognitivement. Le directeur a donc un rôle essentiel afin de rendre accessible ce type de formation, et ainsi développer une nouvelle réflexion de soin, et un changement dans les habitudes de soins de son équipe.

Enfin, la participation à la vie active de la MRS (pour le directeur de la MRS-Privée commerciale) et le respect des choix des personnes âgées appliqué à l'organisation des soins (pour la directrice de la MRS-ASBL) semblent être des éléments permettant de maintenir l'autonomie d'une personne âgée. Pour cela, le directeur par sa gestion dans l'organisation de l'institution, peut donner la possibilité à la personne d'être actrice au sein de l'établissement.

7.3 DIMENSION 3 - SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE

Cette recommandation de bonne pratique, comme vu dans le cadre théorique, est une action qui a son importance pour la promotion de l'autonomie décisionnelle. Trois des participants (MRS-CPAS 1, MRS-CPAS 2, et MRS-ASBL) sont tout à fait d'accord avec cet élément. Cependant, l'intervention semble non appliquée dans les différents établissements. Plusieurs obstacles ont été notifiés par les participants.

Tout d'abord, les habitudes acquises par les soignants représentent l'une des contraintes majoritaires au développement de soins centrés sur la personne : leurs expériences ne permettraient pas l'application de soins où la volonté de la personne âgée est respectée totalement. Les soignants resteraient dans des soins paternalistes, comme définis dans le cadre théorique, et donc dans cette approche dite institutionnelle traditionnelle.

Puis, pour le directeur de la MRS – privée commerciale, il identifie comme obstacle les normes législatives de personnel et d'organisation qui semblent pour lui, freiner l'application de soins centrés sur la personne.

L'un des éléments qui pourrait être un levier à la mise en place de soins centrés sur la personne est le travail d'équipe. En effet, les soins paramédicaux (par exemple, ceux de l'assistante sociale, de la personne référente pour les personnes âgées désorientées, de l'ergothérapeute) semblent à l'inverse des prestations des soignants. Il serait intéressant que le directeur travaille à un échange constructif entre ces deux disciplines, qu'un partage des visions

et des points de vue s'opèrent. Il va sans dire, que le changement des habitudes de soins chez les soignants restera compliqué à effectuer. Mais comme l'a évoqué le directeur de la MRS-CPAS 1, pour effectuer le changement, il faut pour cela susciter l'envie, la motivation, l'investissement au sein de son équipe. Et le directeur, par son poste d'agent clé le plus influent et ayant le plus de pouvoir au sein de son institution, est la personne la plus à même d'y parvenir. Ainsi, selon Meurens P. (2019), un leader transformationnel est un manager qui fait plus qu'établir de simples échanges ou transactions avec les membres de son équipe ; il les motive en augmentant le niveau de conscience quant à l'importance de certaines valeurs et réalisations, en les conduisant à dépasser leurs intérêts personnels pour se consacrer à des intérêts collectifs, et en faisant évoluer leur niveau de besoin depuis les besoins primaires jusqu'aux besoins d'estime de soi et de réalisation (en lien avec la pyramide de Maslow).

7.4 DIMENSION 4 - PARTICIPATION AUX PRISES DE DÉCISION

Tous les intervenants estiment que la participation des personnes âgées aux prises de décision s'effectue principalement lors du conseil des résidents. Ceci est en lien avec le cadre théorique, où il a été noté que pour permettre aux personnes âgées de participer aux prises de décision, il est nécessaire de les inclure dans la planification, l'élaboration et l'évaluation des programmes de soins sociaux et de santé (Plan International d'Action Madrid sur le vieillissement, 2006). Cependant, une différence de management est constatée quant à l'inclusion des personnes âgées au conseil des résidents. Ainsi, dans la MRS-CPAS 1, les résidents ont la possibilité de décider de l'organisation de l'institution : lors de la période de déconfinement suite au COVID-19, l'organisation des visites a été réfléchi ensemble, résidents et professionnels, dans une idée de partenariat. Ce qui n'est pas le cas pour le directeur de la MRS-privée commerciale, où c'est la direction qui a instauré le cadre. Dans cet exemple, nous voyons une différence de choix dans l'emploi du conseil des résidents : l'un écoutant l'avis des résidents, et l'autre davantage dans l'explication des choix faits par la direction. Ceci est peut-être à mettre de nouveau en lien avec la formation de base, qui est différente entre ces deux directeurs : le directeur de la MRS-CPAS 1 ayant une formation d'assistant social, et le directeur de la MRS-Privée commerciale, d'économiste.

Ainsi, le directeur de la MRS-CPAS 1 a développé une action permettant aux personnes âgées de participer davantage : il a établi des groupes de paroles permettant aux personnes âgées de développer une réflexion collective, et d'avancer les idées pour le conseil des résidents.

Cependant, comme l'explique la directrice de la MRS-CPAS 2, l'implication des personnes âgées dans les décisions organisationnelles institutionnelles n'est pas suffisante. Les participants expliquent que le conseil des résidents est principalement là pour écouter les demandes des résidents sur les activités à mettre en place ; ils n'ont que peu d'opportunité de participer à une réflexion davantage organisationnelle, à la différence des résidences-services, selon la directrice de la MRS-CPAS 2. Là, le rôle du directeur a toute son importance quant à la manière d'agencer son conseil des résidents, mais aussi d'inclure les personnes âgées dans les décisions de gestion et d'organisation de la MRS.

En ce qui concerne la participation des personnes âgées à des prises de décision concernant leurs propres soins, la difficulté proviendrait de cette approche hospitalière traditionnelle des soignants qui empêcherait les personnes âgées de décider, en fonction de leurs besoins et préférences.

Un autre obstacle est cité : celui de la difficulté d'expression d'une décision chez les personnes âgées. Ainsi la directrice de la MRS-ASBL avait déclaré que les personnes âgées avaient comme « perdu » déjà auparavant, avant l'institutionnalisation, l'opportunité d'exprimer un choix. La solution serait peut-être d'organiser des groupes de paroles, comme dans la MRS-CPAS 1, où les personnes âgées pourraient ainsi récupérer cette opportunité.

Pour la personne âgée aux troubles cognitifs avancés, l'expression d'une prise de décision semble plus délicate, et difficile à respecter, à certains moments. Tout ceci, comme expliqué auparavant, dépend si ces décisions vont les mettre en danger ou non. En effet, comme l'annonce la directrice de la MRS-ASBL et comme énoncé dans le cadre théorique, prendre des décisions simples, sur par exemple, le choix des vêtements ou les préférences alimentaires est faisable si les professionnels soignants leur laissent la possibilité.

7.5 DIMENSION 5 – COMMUNICATION

Concernant cette recommandation de bonne pratique, tous les participants sont d'accord que la communication entre résident et soignant n'est pas favorable à la promotion de l'autonomie décisionnelle des personnes âgées.

Selon les participants, les obstacles semblent difficilement identifiables : ce ne serait pas dû à un manque de temps, ou aux conditions physiques et/ou cognitives de la personne âgée (selon par exemple, la directrice de la MRS-ASBL), mais peut-être de nouveau à l'approche paternaliste des soignants qui laisse peu de place à l'écoute lors de ces soins. Cette vision de l'écoute pour les soignants semble, selon les participants, en décalage avec la vision d'une écoute positive pour la personne âgée. La vision des soignants sur la personne âgée serait à changer, puisque comme vu par Adam S. et al. (2017), les stéréotypes négatifs sur la personne âgée entraînent une communication nommée *elderspeak* et ont pour conséquence une diminution des capacités langagières de la personne âgée.

Mais de nouveau, nous remarquons une différence en ce qui concerne le paramédical. Comme nous l'avons vu dans les dimensions précédentes, les soins paramédicaux sont davantage dans cette approche du sociale et du relationnelle. Leurs formations abordent peut-être la communication avec la personne âgée de manière différente ; il serait intéressant de peut-être s'en inspirer afin d'inclure cette approche sociale et relationnelle dans la formation de base des soignants.

De plus, les formations continues permettraient aussi de changer la vision des soignants sur la personne âgée et ainsi changer leurs comportements. En exemple, dans la MRS-ASBL, tous les professionnels ont bénéficié d'une formation sur l'humanité. Cette méthodologie de soin, selon Gineste Y. et al. (2008), utilise différents canaux de communication : « *L'étude de la «mise en humanité» sera l'une des principales sources des outils qui permettront de comprendre quels sont les types de regards, de paroles, de touchers qui, émotionnellement, sont ressentis comme positifs et bienveillants – et permettent ainsi d'éviter des comportements défensifs.* » Le manager a un rôle indispensable afin de permettre à l'équipe soignante et paramédicale de bénéficier de ce type de formation.

7.6 DIMENSION 6 – ENVIRONNEMENT STRUCTUREL

Dans la littérature, nous avons vu l'importance que l'établissement soit ouvert vers l'extérieur afin d'éviter que la personne âgée se sente renfermée au sein de la structure. Mais aussi que l'établissement puisse avoir une organisation permettant aux personnes externes de venir plus facilement au sein de celui-ci.

Tous les participants présents dans l'étude ont développé différentes activités : tous les directeurs et directrices, mise à part le directeur de la MRS-privée commerciale, organisent des activités vers l'extérieur pour permettre le lien avec la communauté. Seul le directeur de la MRS-privée commerciale n'envisage plus d'activités à l'extérieur, estimant cela plus difficile à organiser. En comparaison à la littérature, il faudrait au contraire permettre aux personnes âgées d'avoir le choix et « *la possibilité d'avoir des activités extérieures, de pouvoir sortir seul ou en groupe ou même d'accueillir sa famille, ses proches et ses amis* » (UNIPSO, nd.). Cela améliorant la qualité de vie des résidents, et le sentiment de se sentir chez soi. Le directeur a ainsi un rôle fondamental de gestion et d'organisation d'activités, d'ouverture de l'institution vers l'extérieur, permettant ainsi de promouvoir l'autonomie décisionnelle des personnes âgées.

Par ailleurs, selon les recherches scientifiques, les personnes âgées doivent pouvoir faire leurs choix et proposer les activités à réaliser au sein de la MRS. Ceci est à mettre en lien avec la dimension de participation aux prises de décision : tous les participants abordent le conseil des résidents comme un moyen d'expression pour les personnes âgées sur les activités à mettre en place. Il y a cependant des visions différentes concernant la participation des résidents à la conception des activités. Pour le directeur de la MRS-Privée commerciale, il estime ne pas avoir de demande particulière de la part des personnes âgées. De nouveau, le directeur a un rôle primordial pour permettre l'écoute des attentes des résidents, et inclure les personnes âgées dans la conception des activités, et cela afin de promouvoir leur autonomie décisionnelle.

7.7 DIMENSION 7 – LA FAMILLE

Concernant la dimension de la famille, il s'agit d'un thème émergent lors de trois des entretiens. Les avis, comme nous l'avons vu, sont divergents : deux des directrices estiment que les membres de la famille sont une aide à promouvoir l'autonomie d'une personne âgée, tout

simplement parce qu'elles permettent de stimuler la personne mais aussi de comprendre son histoire de vie. Cela peut-être une aide en effet, surtout concernant les personnes âgées présentant des troubles cognitifs, et/ou ayant des difficultés à s'exprimer. Cela peut permettre à l'équipe soignante et paramédicale, d'avoir des points d'attaches pour communiquer avec la personne. Cependant, comme l'explique le directeur de la MRS-CPAS 1, la difficulté est lorsque la pression est mise par la famille sur la personne âgée pour améliorer ses capacités, ou lorsque la culpabilité d'avoir institutionnalisé la personne fait place. Il est important alors d'apporter des explications à la famille concernant les objectifs à atteindre, mais aussi de discuter avec la personne âgée concernant ses attentes. Ceci est en lien avec la littérature : en effet, selon le PHCPI (2019), l'implication de la famille est l'un des éléments de soins centrés sur la personne, et donc de promotion de l'autonomie décisionnelle de la personne âgée.

7.8 DIMENSION 8 – LIEU DE VIE

Lorsque nous demandons aux participants les points d'amélioration à apporter au sein de l'établissement afin d'améliorer l'autonomie des personnes âgées, ils abordent tous le thème de la MRS comme un lieu de vie : il faut davantage une approche sociale et relationnelle, plutôt qu'une approche hospitalière. Il s'agit d'un élément abordé dans les différentes dimensions développées précédemment, et qui revient de manière récurrente. Ainsi, les participants estiment tous que la vision d'une MRS comme lieu de vie doit être davantage partagée par les soignants (infirmières et aides-soignantes). Et un élément qui pourrait aider à développer cette vision de lieu de vie est la couleur des uniformes des soignants. Comme l'explique le Pr Stéphane Adam, professeur de psychologie du vieillissement à l'Université de Liège, lors d'une interview en Janvier 2020 : « *[l'uniforme] crée une distance relationnelle entre les professionnels et les résidents. Des études vont montrer que la blouse blanche place le professionnel dans le rôle du soignant, et donc du supérieur, et le résident dans celui du soigné, et donc de celui qui doit suivre les conseils préconisés par le professionnel.* » Cela est en concordance avec la littérature développée sur la dimension de la communication, l'idée d'une opposition entre soignant et soigné.

Ainsi, la direction peut mettre en place des actions afin de changer cette dynamique. En exemple, la direction de la MRS-CPAS 2 a décidé d'apporter de la couleur aux uniformes du personnel : plus une gamme de blanc n'est présente dans son établissement, et cela afin de casser l'image du « *petit hôpital* ».

7.9 DIMENSION 9 – MODÈLE TUBBE

Il s'agit d'un thème émergent lors de deux entretiens, où les participants ont des avis bien divergents.

Tout d'abord, nous allons définir le modèle Tubbe en effectuant des recherches scientifiques supplémentaires : selon une publication de la Fondation Roi Baudouin (Heylen et al., 2019), « *Tubbe est un modèle d'organisation et de gestion appliqué par différentes maisons de repos et de soins dans une commune rurale de l'ouest de la Suède. (...) Centré sur une approche relationnelle, le modèle Tubbe est régi par un principe fondamental : les résidents doivent, autant que possible, conserver un pouvoir de (co)-décision sur leur existence et l'endroit où ils vivent. Ils sont invités à participer à la réflexion et aux décisions, et leurs personnalités, capacités et souhaits sont pris en compte.* » De plus, une particularité de ce modèle est ajoutée : « *les membres du personnel y sont également plus impliqués et consultés, notamment dans la planification et la conception du travail, ce qui a un effet motivant sur la plupart d'entre eux. Au lieu d'être cantonnés dans leurs rôles de soignants, ils peuvent consacrer du temps aux activités et aux contacts sociaux. La direction, pour sa part, passe du management à une fonction de coaching.* » (Heylen et al., 2019). Il est spécifié qu'il ne s'agit pas d'un modèle à appliquer tel quel, mais plutôt d'une philosophie à adopter. En effet, « *Soulignons dès à présent qu'il n'existe pas de solution clé en main pour développer le modèle Tubbe. Il s'agit d'une vision qui, par le biais de petites et grandes interventions, s'intègre au fonctionnement de l'organisation.* » (Heylen et al., 2019).

Afin de savoir concrètement en quoi cela consiste, la Fondation Roi Baudouin a effectué dans cette publication, une recherche et une évaluation auprès des six MRS (trois en Wallonie, et trois en région Flamande), ayant appliquées ce modèle et faisant partie du projet pilote en Belgique. Tout d'abord, le modèle Tubbe « *encourage chaque résident à contribuer à la gestion de l'organisation. Ce ne sont donc pas les seniors qui doivent s'adapter à l'organisation, mais l'organisation qui doit s'adapter à eux, en concertation et autant que possible.* » (Heylen et al., 2019). Il y a un inversement de la pyramide décisionnelle au niveau de la gestion et de l'organisation de l'institution, comme nous pouvons le constater dans une figure, à l'annexe 7. Pour atteindre ces objectifs, des conditions sont nécessaires (Bohlin, 2015) (Heylen et al., 2019) :

- *« Accorder de l'attention aux désirs et aux besoins des personnes âgées. C'est une démarche qui implique de favoriser la création de liens, entre les résidents eux-mêmes, et entre les résidents et le personnel, au moyen de l'écoute, du contact physique, de l'inclusion, et à travers une certaine disposition de savoir-être auprès d'autrui.*
- *Pouvoir compter sur et faire confiance à la sensibilité des membres du personnel qui partagent la vision véhiculée par le modèle Tubbe et qui acceptent les responsabilités qu'il implique. Ce modèle nécessite des compétences pour gérer une situation professionnelle parfois complexe, pour dépasser le simple cadre de sa fonction, pour accorder toujours plus d'importance aux personnes âgées et pour les considérer comme des individus à part entière.*
- *Mettre en place des activités sociales auxquelles peuvent participer les seniors. »*

Ainsi, la constitution de groupes de réflexion est organisée : *« des groupes de travail thématiques, qui se penchent sur des sujets comme les activités, la sensibilisation du personnel, les achats et le budget. Dans chaque groupe de travail, au moins un membre participe à l'équipe de management, qui dirige l'organisation avec le groupe de direction. Plusieurs groupes de travail incluent aussi des personnes âgées (Bohlin, 2015). »* (Heylen et al., 2019). Les auteurs donnent un exemple : *« L'autonomie du personnel et des seniors est grande, et ils ont leur mot à dire sur toutes les facettes de l'organisation. Les personnes âgées sont par exemple souvent impliquées dans le processus d'embauche des nouveaux membres du personnel. »* (Heylen et al., 2019). Un autre point concret est développé dans cette publication : l'importance des repas de qualité, où l'établissement possède sa propre cuisine et le menu est établi avec l'aide des résidents. *« Parfois même, les seniors cuisinent eux-mêmes, ou partagent leurs recettes avec les cuisiniers. »* (Heylen et al., 2019). En résumé, les décisions des personnes âgées sont prises en compte sur différents éléments : les repas qui sont au menu, la décoration des espaces communs, les activités qui sont organisées, les nouveaux membres du personnel qui sont engagés, le moment où ils reçoivent de l'aide du personnel (ex. pour se laver, s'habiller...).

Nous allons ainsi étudier les avis des participants de notre étude, sur cette dimension du modèle Tubbe, en comparaison aux recherches scientifiques.

Le directeur de la MRS-Privée commerciale exprime ses doutes quant à ce modèle, puisqu'il lui semble impossible d'appliquer ce modèle, pour des personnes âgées dépendantes, tant au

niveau physique qu'au niveau cognitif. Les obstacles seraient la difficulté d'intégrer le changement pour les résidents, mais aussi la difficulté d'organisation dans les soins au sein de l'institution. À savoir que dans la publication de la Fondation Roi Baudouin, dans le développement de leurs résultats, les auteurs ont notifié l'élément d'intégration au changement : *« le changement est généralement appréhendé et vécu de manière négative par une majorité des résidents. La stabilité est ressentie comme une qualité à valoriser au sein de l'établissement. Le fait que des évolutions ont pu avoir lieu sans pour autant bouleverser le quotidien et les habitudes de chacun doit être interprété comme une réussite d'intégration du modèle. »* (Heylen et al., 2019). Ils expliquent cela par le fait que les différents changements opérés doivent s'inscrire dans une dynamique de continuité et non de rupture, ce qui est visiblement le cas avec ce modèle.

La directrice de la MRS-CPAS 2 a une vision différente : pour elle, il faudrait s'inspirer de ce modèle Tubbe car cela permettrait de garder le concept de MRS comme lieu de vie, non celui de petits hôpitaux. Par ce modèle, elle estime qu'il permettrait d'intégrer davantage les choix des personnes âgées dans l'organisation et la gestion de l'établissement. Ceci apporterait donc une qualité de vie supérieure pour les résidents. Pour cela, elle pense que la direction des MRS doit prendre du recul, et réfléchir à son organisation décisionnelle afin de laisser plus de marge aux personnes âgées.

L'adoption d'un tel modèle dépend visiblement de la manière dont le directeur, ou la directrice, définit et caractérise l'autonomie décisionnelle de la personne âgée. Selon sa vision de l'autonomie, le manager sera soit en accord ou en contradiction avec ce modèle de cogestion. Si déjà dans son organisation, le directeur favorise l'inclusion des personnes dans la gestion et l'organisation de l'institution, il aura alors plus de facilité à adopter ce modèle. Il serait intéressant que dans la formation des directeurs de maisons de repos et maisons de repos et de soins (MR/MRS), soit comprise l'étude sur les différents modèles de gestion et d'organisation, incluant la participation des personnes âgées. Puisque comme l'explique Heylen et al. (2019), *« le modèle Tubbe n'est qu'une méthode parmi d'autres pour encourager la participation des résidents vivant en MR/MRS. »* Il en existe d'autres tels que le modèle Montessori, la méthode Carpe Diem mise en place par Nicole Poirier et son équipe au Canada, et une attention particulière est accordée à « l'active ageing » dans les MR et MRS, selon Van Malderen et al, (2016) (Heylen et al., 2019).

8 LIMITES

La limite principale de ce mémoire est selon moi, le nombre restreint de participants à l'étude qualitative, qui est au nombre de quatre. Car malheureusement, comme nous avons pu le souligner dans la partie méthodologique, un nombre important de refus fut constaté. Ceci est en lien avec le contexte de crise sanitaire COVID-19, que nous avons vécu et que nous vivons encore actuellement. Cela a engendré des difficultés conséquentes pour les MRS en Belgique, leur demandant une réorganisation dans les soins et dans la vie quotidienne, et exigeant de la part de la direction et des équipes pluridisciplinaires toutes leurs énergies et leurs temps afin d'y faire face. Ainsi, nous devons souligner que l'interprétation des résultats ressortis des entretiens semi-directifs est à prendre avec parcimonie.

Afin d'avoir une vision plus globale, il aurait été intéressant d'effectuer davantage d'entretiens auprès des directeurs, mais aussi d'intégrer d'autres profils. Par exemple, nous pourrions effectuer des entretiens semi-directifs auprès des soignants de MRS et ainsi avoir leurs points de vue sur les leviers et les obstacles permettant la promotion d'une autonomie décisionnelle chez la personne âgée dépendante. Des entretiens semi-directifs pourraient aussi être effectués auprès des résidents de MRS, et auprès de leur famille, afin d'intégrer leurs visions dans l'étude.

9 CONCLUSION

Pour répondre à notre question de recherche, le manager par sa fonction a différents atouts afin de promouvoir l'autonomie décisionnelle des personnes âgées dépendantes dans la MRS. Il a un rôle dans la gestion et la collaboration entre l'équipe soignante et le paramédical, et cela en encourageant les réunions d'équipe pluridisciplinaire, en développant des projets de vie individualisés intégrant les valeurs, besoins et préférences de la personne âgée. Il peut, dans son organisation, au sein du conseil des résidents, favoriser la participation et l'inclusion des personnes âgées. De même, en ce qui concerne la conception et la réalisation d'activités promouvant l'autonomie de ces personnes, que ces activités soient externes ou internes à l'institution.

Cependant, il est à noter que la vision du directeur sur l'autonomie a une influence sur la mise en place d'actions promouvant celle-ci, au sein de l'institution. Cela serait visiblement en lien avec le type de formation de base, effectuée par le directeur. Le type de gestion d'établissement (CPAS publique, ASBL, privée-commerciale) n'a visiblement pas d'influence sur la manière de promouvoir l'autonomie d'une personne.

De plus, un autre obstacle est décrit à plusieurs reprises dans les différentes parties de ce mémoire : l'approche traditionnelle institutionnelle des soignants freinant l'autonomie décisionnelle des personnes âgées. Cet obstacle restera selon moi difficile à pallier ; il faudra que le manager tente d'apporter une motivation nécessaire à l'équipe soignante afin de développer davantage l'autonomie décisionnelle de la personne âgée. Le manager peut pour cela, peut-être inclure davantage les professionnels de santé dans la conception des objectifs à atteindre à long terme, et dans la philosophie de l'établissement.

Comme élément d'ouverture pour un futur mémoire, il pourrait être intéressant d'effectuer une étude comparative entre les différents types de management au sein des MRS, afin d'analyser ceux promouvant l'autonomie décisionnelle des personnes âgées, et ceux la freinant. Il serait ainsi envisageable d'effectuer un changement de choix de la méthode utilisée : une étude quantitative permettrait d'obtenir des réponses certes plus brèves, mais permettrait d'avoir une vision plus globale. Ainsi, nous pourrions obtenir des données sur le type de management à appliquer pour promouvoir l'autonomie des personnes âgées vivant en MRS.

10 BIBLIOGRAPHIE

Adam, S., Missotten, P., Flamion, A., Marquet, M., Clesse, A., Piccard, S., Crutzen, C., & Schroyen, S. (2017). Vieillir en bonne santé dans une société âgiste. . . *Elsevier Masson SAS, INPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*(17), 389-398.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2017.05.001>

Adam, S. (2020, 25 janvier). "Il faut démedicaliser nos maisons de repos" *Stephane Ada, Professeur en psychologie du vieillissement - ULiège. Vedia. Verviers.*
https://www.vedia.be/www/video/info/-quot-il-faut-demmedicaliser-nos-maisons-de-repos-quot-stephane-adam-professeur-en-psychologie-du-vieillissement-uliege_100755.html

Armstrong-Esther, C. A., Browne, K. D., & McAfee, J. G. (1994). Elderly patients : Still clean and sitting quietly. *Journal of Advanced Nursing*, 19(2), 264-271.

Atkins, K. (2006). Autonomy and autonomy competencies : A practical and relational approach. *Nursing Philosophy*, 7(4), 205-215.

Arrêté royal portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, Pub. L. No. 1996-07-03/37, 1996022344 20285 (1996).

Aujoulat, I. (2018, mars 18). *WFSP 2106—Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique—Master en Sciences de la Santé Publique* [Powerpoint] UCLouvain, Bruxelles.

AVIQ Wallonie familles santé handicap. (2019). *Reglementation applicable à l'hébergement et à l'accueil des aînées en Wallonie.*
http://sante.wallonie.be/sites/default/files/aines_reglementation.pdf

Carlson, A. (1998). *Où vivre vieux ? Quel éventail de cadres de vie pour quelles personnes vieillissantes ?* Fondation Roi Baudouin.

Caspari, S., Råholm, M.-B., Sæteren, B., Rehnsfeldt, A., Lillestø, B., Lohne, V., Slettebø, Å., Heggestad, A. K. T., Høy, B., Lindwall, L., & Nåden, D. (2018). Tension between

freedom and dependence—A challenge for residents who live in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 4119-4127. <https://doi.org/10.1111/jocn.14561>

Charlot, V., Cobbaut, N., De Mets, J., Hinneklnt, B., Lambert, M. (2009). *La maison de repos du 21^{ème} siècle. Un lieu de vie convivial, soins inclus. À l'écoute des résidents, du personnel, de la direction des experts. Suggestions et exemples de nouvelles initiatives.* Fondation Roi Baudouin.

COCOM. (nd.). *Maison de Repos et de Soins (MRS)*. Commission Communautaire Commune. <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/politique-de-la-sante/maisons-de-repos-et-de-soins>

Collopy, B., Boyle, P., & Jennings, B. (1991). New directions in nursing home ethics. *Geriatric Nursing*, 28(4), 197.

Davies, S., Laker, S., & Ellis, L. (1997). *Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice : A literature review*. 408-417.

Doyal, L., Gough, I. (1991) *A Theory for Human Need*. Macmillan, UK.

Échelle de Katz (nd.). Comtes de Méan. http://www.les-comtes-de-mean.be/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/16_Les-Comtes-de-M%C3%A9an-%C3%A9chelle-KATZ.PDF

Fix, G., VanDeusen Lukas, C., & Bolton, R. (2017). Patient-centred care is a way of doing things : How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health Expect*, 21(1), 300-307. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.1111/hex.12615>

Fondation Roi Baudouin. (2017). *Le choix de vie des plus de 60 ans*.

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

Green, J., & Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research*. SAGE Publications.

Heylen, L., Meuris, C., Knaeps, J., Baldewijns, K., & Dispa, M.-F. (2019). *Vers un nouveau modèle de cogestion basé sur le relationnel en maison de repos et de soins—Rapport*

d'évaluation – Projets pilotes du modèle Tubbe. Fondation Roi Baudouin.
<https://en.calameo.com/read/001774295c776cfdbf0f9?authid=Ls2ieOc9TKjH>

Horowitz, A., Silverstone, B. M., & Reinhardt, J. P. (1991). A conceptual and empirical exploration of personal autonomy issues within family caregiving relationships. *Gerontologist*, 31, 23-31.

Kant. (s. d.). *Fondement de la physique des moeurs* (Delagrave).

KCE. (2011). *Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : Projections 2011-2025* (N° 167B). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

Laasman, J.-M., Maron, L., Van den Heede, A., Van Duynslaeger, M., Vervoort, K., & Vrancken, J. (2016). *Maison de repos : À quel prix ?* Union Nationale des Mutualités Socialistes.

Lanceley, A. (1985). Use of controlling language in the rehabilitation of the elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 10, 125-135.

Lood, Q., Kirkevild, M., Sjögren, K., Bergland, Å., Sandman, P.-O., & Edvardsson, D. (2019). Associations between person-centred climate and perceived quality of care in nursing homes : A cross-sectional study of relatives' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2526-2534. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.1111/jan.14011>

Madrid political declaration and international plan of action on ageing, 2002. (2006). *International Social Science Journal*, 58, 633-665. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.1111/j.1468-2451.2008.00660.x>

Marck, P. (1990). Therapeutic reciprocity : A caring phenomenon. *Advances in Nursing Science*, 13(1), 49-59.

Meurens, P. (2019). *WFSP 2260 - Management Humain & Comportement Organisationnel - Master en Sciences de la Santé Publique*. UCLouvain, Bruxelles.

Ministère de la Région Wallonne. (2002-07-05). Circulaire relative au statut administratif et pécuniaire des infirmier(e)s de maison de repos/maison de repos et de soins (MR/MRS) et des directeur(rice)s de maisons de repos.

2002027600.http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=02-07-05&numac=2002027600

Monseu, C. (1992). *Pour une représentation positive de la vieillesse* [Mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire de recherche en sciences sociales]. Université de Reims-Champagne.

MRPA – MRS – CSJ - reprise des compétences par l'AViQ. (2018, novembre). <https://www.aviq.be/transfert-INAMI.html>

Primary Health Care Performance Initiative. (2019, mai). *Person-Centered Care*. PHCPI. <https://improvingphc.org/person-centered-care>

Rombeaux, J.-M. (2007). *Les normes des maisons de repos*. Association de la Ville et des Communes de la Région de Bruxelles-Capitale.

Rombeaux, J.-M. (2014). *Maisons de repos et maisons de repos et de soins—Radioscopie du secteur public 2014*. Union des Villes et Communes de Wallonie asbl - Fédération des CPAS ; Fédération des CPAS Bruxellois - Association de la Viille et des Communes de la Région Bruxelles-Capitale.

Sanchez-Izquierdo, M., Santacreu, M., Olmos, R., & Fernandez-Ballesteros, R. (2019). A training intervention to reduce paternalistic care and promote autonomy : A preliminary study. *Clinical Intervention in Aging, 14*, 1515-1525. <https://doi.org/10.2147 / CIA S213644>

Schamps, G. (2015). L'autonomie du patient dans le cadre des soins de santé et les interventions possibles de proches en droit belge. In *Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau, Droit médical et éthique médicale : Regards contemporains* (p. 167-181). LEH Édition.

Seers, C. (1986). Talking to the elderly and its relevance to care. *Nursing Times Occasional Paper, 82*(1), 51-54.

Thomas, L. (1994). A comparison of the verbal interactions of qualified nurses and nursing auxiliaries in primary, team and functional nursing wards. *International Journal of Nursing Studies, 31*(3), 231-244.

UNIPSO. (nd.). *Le Bien Vieillir en Wallonie : Une approche intersectorielle, non marchande et positive du vieillissement*. http://www.unipso.be/IMG/pdf/Vieillissement_-_Cahier_2.pdf

Van Malderen, L., De Vriendt, P., Mets, T. & Gorus, E. (2016). 'Active ageing within the nursing home : a study in Flanders, Belgium'. *European Journal of Ageing*, 13(3), 219-230

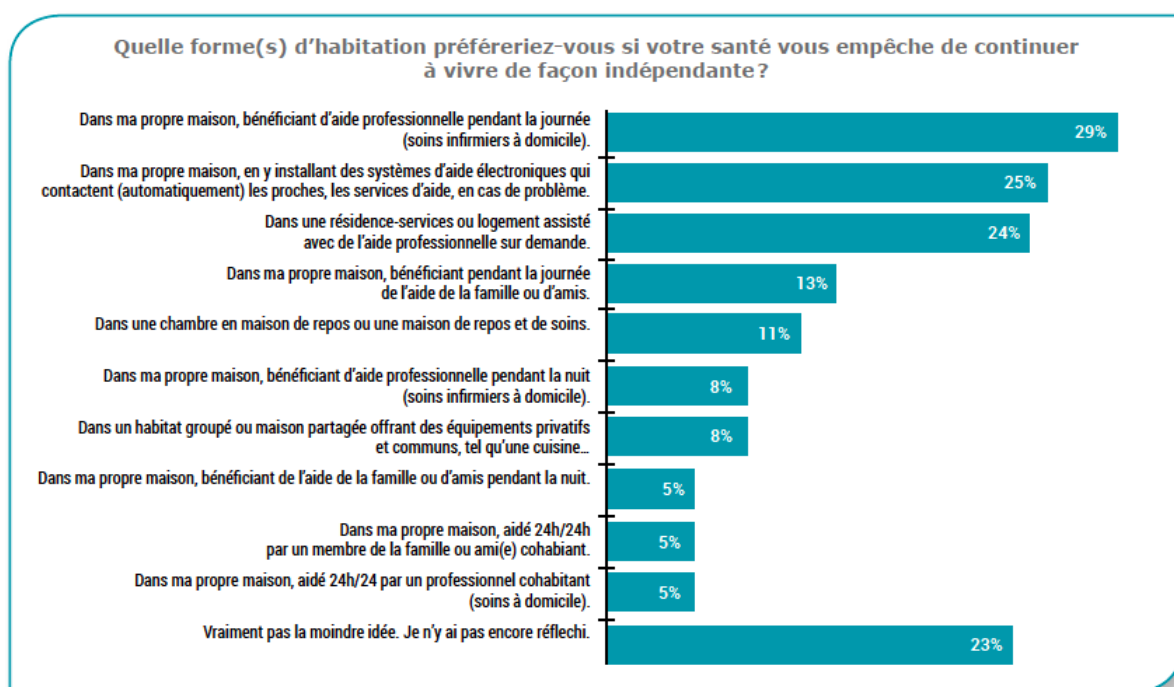
Welford, C., Murphy, K., Rodgers, V., & Frauenlob, T. (2011, septembre). Autonomy for older people in residential care : A selective literature review. *Practive Development - Autonomy for older people in residential care*, 65-69.

Wells, T. (1980). *Problems in Geriatric Nursing Care. A Study of Nurses' Problems in Care of Old People in Hospitals*. Churchill Livingstone.

Wulff, I., Kalinowski, S., & Dräger, D. (2010). Autonomie im Pflegeheim – Konzeptionelle Überlegungen zu Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit anhand eines Modells. *Pflege*, 23, 240-248. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000051>

11 ANNEXES

11.1 ANNEXE 1 : LES FORMES D'HABITATION SOUHAITÉES PAR LA PERSONNE ÂGÉE SI SA SANTÉ L'EMPÊCHE DE VIVRE DE FAÇON INDÉPENDANTE



graphique 1 : Fondation Roi Baudouin (2017)

11.2 ANNEXE 2 : ÉCHELLE DE KATZ AVEC LES CATÉGORIES ET CRITÈRES DE DÉPENDANCE

Échelle de Katz obtenue sur le site internet d'une MRS (Comtes de Méan, nd.)

ANNEXE 41

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil
**ECHELLE D'ÉVALUATION 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
SHABILLER			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 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			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer

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

- un accueil en centre de soins de jour est demandé⁽¹⁾

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

C. Le Médecin (obligatoire si aggravation moins de 6 mois après changement lors du dernier contrôle) ou le praticien de l'art infirmier :

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

⁽¹⁾ Biffer la mention inutile.

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 C dément : y sont classés :

- les bénéficiaires dépendants psychologiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, 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

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise au recto, 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.

11.3 ANNEXE 3 : LES CATÉGORIES DE DÉPENDANCE – ARRÊTÉ ROYAL (1996)

L'Arrêté royal portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, (1996), annonçant les différentes catégories de dépendance en lien avec l'échelle de Katz ; elles sont les suivantes :

- catégorie 0 : y sont les bénéficiaires indépendants physiquement et non déments ;
- catégorie A : y sont classés les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement (pour se laver, ou s'habiller) ; ou dépendants psychologiquement (désorientés dans le temps et l'espace) mais indépendants physiquement ;
- catégorie B : y sont les bénéficiaires dépendants physiquement (pour se laver, s'habiller, mais aussi pour les transferts et déplacements) et les bénéficiaires dépendants psychologiquement (désorientés dans le temps et dans l'espace) et sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;
- catégorie C : y sont classés les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement (dépendants pour se laver, s'habiller, pour les transferts et déplacements, et dépendants pour incontinence et/ou pour manger) ; et les bénéficiaires dépendants psychologiquement (désorientés dans le temps et l'espace, et dépendants pour se laver, s'habiller, pour incontinence, et pour les transferts et déplacements).
- catégorie D : y sont classés les bénéficiaires dans le diagnostic de démence a été établi et confirmé par un médecin spécialiste (en neurologie, en psychiatrie, ou en gériatrie).

11.4 ANNEXE 4 : DESCRIPTION DU SECTEUR (NOMBRE DE LITS) 2014

Belgique	MRPA	MRS	Total
Public	17.204	24.021	41.225 (30,4%)
Associatif	20.092	30.311	50.403 (37,1%)
Privé	26.828	17.303	44.131 (32,5%)
Total	64.124 (47,2%)	71.635 (52,8%)	135.759

Bruxelles	MRPA	MRS	Total
Public	1.753	1.900	3.653 (24,3%)
Associatif	815	1075	1.890 (12,6%)
Privé	6.392	3.083	9.475 (63,1%)
Total	8.960 (59,7%)	6.058 (40,3%)	15.018

Flandre	MRPA	MRS	Total
Public	9.548	14.452	24.000 (33,0%)
Associatif	14.211	23.269	37.480 (51,2%)
Privé	5.763	5.596	11.359 (15,6%)
Total	29.522 (40,5%)	43.317 (=59,4%)	72.839

Wallonie'	MRPA	MRS	Total
Public	5.809	7.434	13.243 (28,1%)
Associatif	4.957	5.769	10.726 (22,7%)
Privé	14.607	8.593	23.200 (49,2%)
Total	25.373 (53,8%)	21.796 (46,2%)	47.169

Source : Statistiques INAMI (2014)

Tableau 1 : Laasman et al., 2016

11.5 ANNEXE 5 : LES MODALITÉS DU RÈGLEMENT D'ORDRE INTÉRIEUR

Le ROI mentionne expressément

« - les modalités d'organisation des soins infirmiers ainsi que les modalités d'organisation des soins prodigués par le personnel paramédical et/ou de kinésithérapie ;

- les modalités d'organisation de l'activité médicale dans le respect strict du libre choix de son médecin par le résident

- les modalités d'organisation des actions des différents acteurs afin d'assurer un accompagnement holistique et cohérent des résidents. » (AVIQ Wallonie familles santé handicap, 2019).

11.6 ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien semi-directif en vue de comprendre la vision du directeur de la MRS sur l'autonomie des personnes âgées dépendantes, les actions mises en place en pratique, l'application possible des recommandations de bonnes pratiques et les éléments facilitateurs et/ou obstacles à ces applications.

1. Pouvez-vous vous présenter ? (Votre âge, sexe, formation de base, années d'occupation dans cette fonction) ainsi que votre établissement ?
2. Combien, en pourcentage approximatif, avez-vous de personnes âgées dépendantes dans votre MRS, en réfléchissant aux différentes catégories O, A, B, C, Cd et D ?
3. Selon vous, que signifie être autonome chez une personne âgée ?
4. Que signifie pour vous être indépendant chez la personne âgée ?
5. Est-ce que pour vous une personne âgée dépendante physiquement peut être autonome ?
6. De même pour une personne âgée dépendante psychiquement ? (Désorientation temporelle / spatiale) (Par exemple : atteint de la maladie d'Alzheimer, démence ...)
7. Quelles sont les actions mises en place dans votre institution, permettant de promouvoir l'autonomie chez les résidents ?
8. Au travers de la littérature, des recommandations afin de promouvoir l'autonomie ont été établis : elles sont sous 4 formes. La première concerne les soins centrés sur la personne : pensez-vous cela appliqué ou applicable dans votre institution ? Si non, quelles seraient les obstacles à mettre cette action en place ?
9. De même, pour la participation aux prises de décisions, pensez-vous cela appliqué ou applicable dans votre institution ? Si non, quelles en seraient les obstacles à mettre cette action en place ?
10. La communication entre soignants et résidents : au travers des recherches, il a été démontré que souvent les interactions entre soignant(e) et résident(e) étaient brèves, initiées par le ou la soignant(e), et principalement axée sur la tâche, cela n'aidant pas à promouvoir l'autonomie des personnes. Il s'agirait plutôt de laisser le choix à la personne, d'apporter des explications ainsi que de demander un feedback. Pensez-vous cela appliqué ou applicable dans votre institution ? Et si non, quelles en seraient les obstacles ?

11. L'organisation de l'institution : des activités avec l'extérieur sont-elles proposées, et quelles sont-elles ?
12. Que proposeriez-vous comme pistes d'amélioration à votre institution afin d'augmenter l'autonomie des personnes âgées ?

11.7 ANNEXE 7 : LE MODÈLE ORGANISATIONNEL TRADITIONNEL VS. LE MODÈLE TUBBE

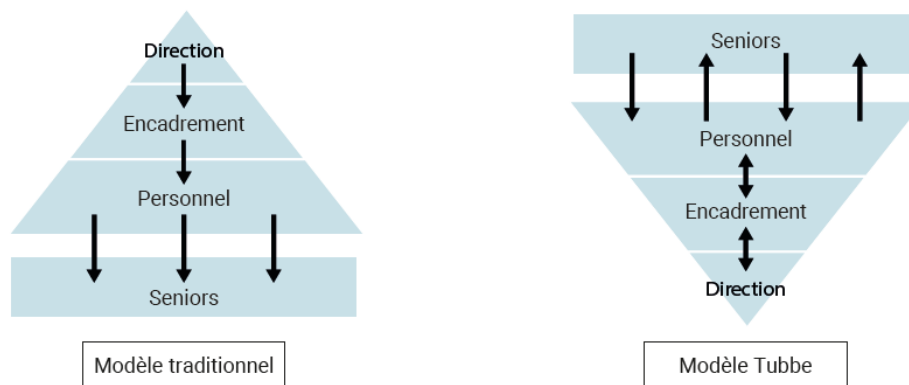


Figure 1 : Heylen et al. 2019

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp