

# EMPOWERCARE

RESPONSABILISER les individus et la communauté à la gestion de leurs propres soins



## RAPPORT D'ÉVALUATION



Canterbury  
Christ Church  
University

**Interreg**   
EUROPEAN UNION

**2 Seas Mers Zeeën**  
**EMPOWERCARE**

European Regional Development Fund

Professeur Eleni Hatzidimitriadou  
Dr Toni Wright  
Michelle England  
Thomas Thompson

**Faculté de médecine, de santé et de soins  
sociaux**

Professeure Mary Lynch

**École des sciences de la santé et de la vie  
University of the West of Scotland**

# REMERCIEMENTS

Tout d'abord, nous tenons à remercier tous les intervenants de la phase d'évaluation du projet, qu'il s'agisse des bénéficiaires ou des membres du personnel, pour leur précieux retour d'information qui nous a permis de mieux apprécier l'impact du projet sur leur vie personnelle et professionnelle.

Nous tenons également à remercier l'équipe de conseillers de l'Université Canterbury Christ Church qui a contribué à l'évaluation : le professeur Chris Burton, le Dr Pat Chung, Paula Kuzbit, la Dr Ann Price et la Dr Gemma Wells. Nous voulons aussi remercier Victoria Stirrup, de l'Université Canterbury Christ Church, qui a travaillé en tant que chercheuse lors des premières étapes de l'évaluation du projet.

La professeure Mary Lynch, de l'Université de l'Ouest de l'Écosse (University of the West of Scotland), a, quant à elle, fourni des conseils d'experts sur l'élément économique et l'analyse coûts-avantages de l'évaluation.

Des conseils statistiques généraux ont été fournis par la Dr Sabina Hulbert, de l'Université du Kent.

Nous remercions tous les partenaires des sites du projet impliqués dans la collecte des données pour leur persévérance, patience et réactivité dans la collecte des données d'évaluation durant les périodes difficiles de restrictions liées à la COVID-19. Nous remercions tout particulièrement Petra de Braal, directrice et fondatrice de l'Université de la Solidarité (Solidarity University), pour son soutien lors de la collecte des données sur les sites en Belgique et aux Pays-Bas.

Nous tenons à remercier notre partenaire principal, le Health and Europe Centre, et en particulier Thomas Molloy, pour sa supervision et sa coordination rigoureuses du projet.

Enfin, nous tenons à préciser que le projet a reçu un financement du programme Interreg 2 Mers 2014-2020 cofinancé par le Fonds européen de développement régional dans le cadre du contrat de subvention n° EMPOWER CARE 2 2S07-018.

# CONTENU

1	Remerciements
4	Sommaire exécutif
7	1. Introduction
7	1.1. Le projet d'EMPOWERCARE
8	2. Approche de l'évaluation
8	2.1. Objectif de l'évaluation et questions
8	2.2. Méthodologie d'évaluation
10	2.3. Méthodes d'évaluation
10	2.3.1. Les indicateurs quantitatifs
13	2.3.2. Méthodes qualitatives
14	2.3.3. Evaluation économique et analyse coûts-avantages
16	3. Les sites des études de cas
16	3.1. T3.1 Initiatives technologiques vs conceptuelles
16	3.2. Le Royaume-Uni
17	3.3. La France
17	3.4. Les Pays-Bas
18	3.5. La Belgique
20	4. Résultats
20	4.1. Profil démographique des intervenants de l'évaluation
20	4.1.1. Les bénéficiaires
22	4.1.2. Le personnel
24	4.2. L'efficacité des initiatives
24	4.2.1. L'aptitude personnelle des bénéficiaires
25	4.2.2. Bien-être émotionnel et social des bénéficiaires
28	4.2.3. End-users' digital literacy
30	4.2.4. Caractère centré sur la personne des soins administrés par le personnel
31	4.2.5. Adoption des technologies par le personnel
33	4.2.6. Formation du personnel et satisfaction
34	4.2.7. Réflexion à long terme et durabilité
37	5. Résultats d'analyse coûts-avantages
37	5.1. Résultats de la méthode d'évaluation contingente concernant la volonté de payer pour l'initiatives d'EMPOWERCARE
37	5.2. Comprendre les choix et les préférences
38	5.3. Coût de la vie
38	5.4. Le modèle de régression binaire pour prédire les effets sur la volonté de payer
41	6. Conclusions
43	7. Références

# LISTE DES TABLEAUX ET FIG-

8	Figure 1. La configuration de l'étude d'évaluation
9	Tableau 1. Recrutement intervenants
10	Tableau 2. Critères d'inclusion/exclusion pour la participation et l'implication dans l'évalua-
16	Tableau 3. Classement des initiatives de projet par type et par taille, par pays
20	Tableau 4a. Données démographiques du bénéficiaire
21	Tableau 4b. Données démographiques du bénéficiaire
22	Tableau 5a. Données démographiques du personnel
23	Tableau 5b. Données démographiques du personnel
24	Figure 2. Scores médians en termes d'aptitude personnelle avant et après l'initiatives
24	Image 1. Image Photovoice d'un carré bleu
24	Image 2. Image Photovoice d'un Tableaut
25	Figure 3. Scores médians de santé physique et mentale avant et après l'initiatives
25	Figure 4. Scores médians de santé physique et mentale avant et après l'initiatives (initiatives
26	Figure 5. Scores médians de bien-être mental au point initial et en fin d'initiative
26	Figure 6. Scores médians de bien-être mental au point initial et en fin d'initiative chez les
26	Image 3a & 3b. image Photovoice des jeux de mobilité ou d'exercice en groupe
27	Figure 7 Scores médians de solitude au point initial et au terme des initiatives
27	Figure 8. Scores médians de solitude au point initial et au point final des initiatives pour les
27	Image 4. Image Photovoice d'un emoji heureux
28	Figure 9. Scores médians du recours à internet pour la santé au point initial et au terme des
28	Figure 10. Scores médians du recours à internet pour la santé au point initial et à la fin des
29	Image 5. Image Photovoice de son téléphone mobil
29	Image 6. Image Photovoice d'une boucle de lecture
29	Figure 11. Scores médians d'engouement et d'anxiété technologique au point initial et à la
29	Figure 12. Scores médians d'engouement et d'anxiété technologique au point initial et à la
30	Image 7. image Photovoice sur ordinateur porTableau
30	Figure 13. Scores médians du caractère centré sur la personne de l'environnement au point
31	Figure 14. Scores médians des sous-échelles du caractère centré sur la personne de
32	Figure 15. Scores médians illustrant l'attitude du personnel vis-à-vis des technologies au
32	Figure 16. Scores médians illustrant l'attitude du personnel vis-à-vis des technologies au point
33	Figure 17. Scores médians de satisfaction professionnelle du personnel au point initial et
34	Figure 18. Scores médians de chaque sous-échelle de NoMAD
38	Tableau 6. Statistiques descriptives du montant que les participants seraient prêts à payer en
38	Figure 19. La volonté de payer en Euros
39	Tableau 7. Résultats des choix et des préférences
39	Tableau 8. Chiffres et pourcentages liés au coût de la vie
40	Tableau 9. La régression logistique pour prédire la volonté de payer
41	Tableau 10. Projection des populations de plus de 65 ans et investissement dans des

# SOMMAIRE EXÉCUTIF

EMPOWERCARE (RESPONSABILISER les individus et la communauté à la gestion de leurs propres soins) était un projet d'innovation sociale de 3 ans impliquant 13 partenaires européens transfrontaliers proposant une approche intégrée des ressources de la communauté pour combler les lacunes qui existent aujourd'hui dans la prise en charge des personnes du groupe cible (les personnes âgées de plus de 65 ans et celles de plus de 50 ans souffrant d'au moins une maladie chronique). Il s'agissait de remédier aux difficultés auxquelles sont confrontées nos sociétés en matière de soins aux populations vieillissantes et à la non-participation des personnes âgées aux décisions concernant leur propre santé et leur bien-être. Le projet a fait en sorte que les personnes âgées soient les premières à bénéficier de technologies optimisées et des meilleurs soins au sein de leur communauté. Il s'agissait non seulement d'améliorer leur vie, mais aussi de se pencher sur les problèmes d'ordre financier d'une population vieillissante, afin d'améliorer la cohésion sociale.

L'évaluation d'EMPOWERCARE a été conçue en tant que méthode d'évaluation réaliste (Pawson & Tilley, 2004) basée sur une méthodologie d'étude de cas (Yin, 2003). L'évaluation réaliste, à même de traiter des initiatives complexes en s'appuyant sur plusieurs perspectives et sources de données, permettait ainsi de dégager différents schémas pour une évaluation explicative. Elle s'est révélée pertinente pour l'évaluation d'EMPOWERCARE. Le caractère complexe d'EMPOWERCARE résidait dans ses 7 sites d'étude de cas répartis dans 4 pays différents, et leurs propres initiatives différençaient les sites des uns des autres, bien que toutes fussent guidées par la stratégie d'EMPOWERCARE et, à un degré variable, par le recours aux technologies bienveillantes.

Cette évaluation a été conçue pour mesurer le changement apporté et pour tirer les enseignements des études de cas réalisées sur 7 sites d'étude différents, en recueillant des témoignages de transformation. Pour ce faire, nous avons identifié des schémas communs ou des différences entre les sites, en analysant plusieurs séries de données pertinentes.

- Quels sont les résultats (données quantitatives)?
- Comment, pourquoi et pour qui les initiatives se sont-elles révélées efficaces (données qualitatives)?

Avant la collecte des données primaires, nous avons relevé la portée des démarches centrées sur les ressources en matière de soins aux personnes âgées.

La collecte des données primaires a eu lieu à trois moments différents (voir également la figure 1):

Point initial (T0): Les données sur l'état de santé actuel ont été recueillies avant l'initiation d'EMPOWERCARE (données quantitatives) à l'aide d'une enquête grâce à un outil de sondage en ligne qui combinait différentes mesures ou indicateurs de référence en recherche médicale.

Point médian (T1): Des données descriptives et conceptuelles (qualitatives) ont été collectées pour indiquer comment, pourquoi, pour qui et dans quelles circonstances les initiatives d'EMPOWERCARE sont efficaces (données qualitatives) via des discussions de groupes de réflexion (FGD) et une méthode de renseignement Photovoice.

Point final (T2): Des données quantitatives et qualitatives ont été collectées après l'initiation d'EMPOWERCARE. Les ensembles de données sur l'état de santé actuel à T0 et T2 ont été comparés pour voir quels changements étaient survenus tout au long de la durée des initiatives. Les données descriptives et conceptuelles T1 et T2 ont permis de confirmer et de détailler ce qui avait été déterminé à partir des données quantitatives.

Les données tirées de la collecte de données quantitatives et qualitatives ont servi de base à l'analyse coûts-avantages de l'évaluation.

Cet élément de l'évaluation a fait appel aux techniques fondées sur les préférences déclarées de l'évaluation contingente (EC) et à l'estimation de la volonté de payer.

Les données d'évaluation ont été recueillies à un moment où tous les pays participants travaillaient dans un cadre restrictif de mesures sociales définies par le gouvernement pour contrôler la propagation de la COVID-19.

Les principaux points essentiels que l'on peut dégager de l'évaluation des initiatives du projet sont les suivants:

**Aptitude personnelle** - Sur tous les sites, les intervenants « inactifs » au point initial ont montré une augmentation statistiquement significative de leur aptitude personnelle à la fin de l'initiative. Les données qualitatives ont confirmé l'augmentation des niveaux de confiance en soi et d'aptitude personnelle des bénéficiaires en ce qui concerne la prise de mesures favorables à leur propre santé.

**Bien-être émotionnel et social** - En prenant en compte tous les sites du projet, il n'y a pas eu de diminution significative du degré de solitude déclaré, globalement parlant ou pour chaque genre de solitude (émotionnelle et sociale), pour les personnes ayant déclaré se sentir seules au début de l'initiative. Dans l'ensemble, il n'y a pas eu de régression, si ce n'est qu'une tendance négative a été observée grâce aux démarches conceptuelles. Les données qualitatives ont ainsi donc mis en évidence l'effet positif des initiatives pour lutter contre la solitude des bénéficiaires.

**Culture numérique** - En analysant les résultats des sondages réalisés pour tous les sites, on constate que les bénéficiaires ont déclaré que leur recours à internet pour des raisons de santé n'avait pas changé à la fin de l'initiative. Néanmoins, pour les sites centrés davantage sur la technologie, l'utilisation d'internet à des fins de santé a augmenté entre le début et la fin de l'initiative, bien que le changement positif ne soit pas statistiquement significatif. Les données qualitatives des bénéficiaires confirment les résultats de l'enquête, à savoir que ceux qui ont participé aux initiatives se sont sentis plus capables dans le domaine numérique et plus confiants quant à leur capacité à utiliser la technologie pour répondre à des besoins de santé physique et mentale, et pour rester connectés à leurs réseaux sociaux.

**Le recours à internet pour favoriser sa santé** - Aucun changement significatif n'a été observé dans ce domaine chez les bénéficiaires. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils reçoivent de l'aide en personne et qu'ils ressentent donc moins le besoin d'aller en ligne pour obtenir de l'aide concernant leur santé. Pour les initiatives axées sur la technologie, il n'y a pas non plus de changement significatif, mais on observe bel et bien une tendance positive vers un engouement pour la technologie. L'anxiété liée à l'utilisation de celle-ci persiste néanmoins et les données qualitatives montrent qu'il est possible de renforcer les compétences en la matière.

**Soins centrés sur la personne** - Parmi tous les sites, pour ceux dont le score au point initial était inférieur à la moyenne, les scores médians ont augmenté entre le point initial et le point final, et cette amélioration était statistiquement significative, ce qui montre que les initiatives du projet ont significativement amélioré le caractère centré sur la personne des soins prodigués par le personnel. On a également constaté des améliorations significatives similaires dans des volets plus spécifiques en lien avec cet aspect, à savoir le climat de sécurité, de vie quotidienne, de communauté et de compréhensibilité, ce qui montre que les initiatives du projet ont sensiblement amélioré le ressenti du personnel quant à savoir si le lieu de travail est un endroit où les patients sont bien traités, où les membres du personnel utilisent un langage à la portée de tous, où il est facile aux patients de communiquer avec le personnel, et où ils ont réellement quelqu'un à qui s'adresser s'ils le souhaitent. Les données qualitatives ont fait écho à ces résultats démontrant ainsi que le potentiel de transformer des vies existe véritablement quand on se concentre sur les besoins de l'individu et sur ce qui compte pour lui.

**Adoption de la technologie par le personnel** - Pour tous les sites, les résultats de l'enquête sur l'attitude du personnel à l'égard de la technologie n'ont montré aucun changement entre le début et la fin de l'initiative. De même, aucune différence n'a été constatée entre les intervenants que ce soit pour les initiatives axées sur la

technologie ou pour les démarches conceptuelles. Les données qualitatives recueillies auprès du personnel ont montré qu'il avait conscience de la nécessité d'avoir recours à la technologie dans leur travail et que c'était en partie à cause des restrictions imposées par la COVID-19.

La satisfaction au travail et l'intégration de la formation du personnel - Pour la satisfaction au travail, il n'y a pas eu de changement significatif, bien qu'il y ait eu une tendance positive pour ceux qui ont commencé en dessous des 15% supérieurs. Il se peut que le contexte de la COVID-19 ait eu un impact négatif sur la satisfaction au travail. Parmi tous les sites, certains facteurs d'efficacité en termes de formation du personnel pour la mise en œuvre, l'intégration et l'implantation d'une initiative complexe en matière de soins, comme la surveillance réflexive et l'action collective, obtenaient des scores plus élevés que la cohérence. Les résultats de la participation cognitive suggèrent aussi que, dans l'ensemble, les membres du personnel ont montré qu'ils étaient prêts à s'engager dans une surveillance réflexive et une action collective dans tous les sites – qu'ils étaient donc prêts à faire une autosurveillance et à prendre le temps de réfléchir à leur comportement et à prendre des mesures collaboratives. Les données qualitatives, elles, indiquent que l'intégration de la formation a permis au personnel de comprendre l'importance de prendre du temps, de réfléchir et de créer des liens, ce qui fait partie des compétences et des qualités indispensables pour prodiguer des soins centrés sur la personne et souhaitables chez le personnel transformé.

Ce que l'analyse coûts-avantages a montré:

L'évaluation par la méthode d'évaluation contingente indique que les individus sont prêts à payer en moyenne 10,31€ par mois de leur poche pour utiliser et bénéficier des avantages pour la santé et du bien-être de l'initiative d'EMPOWERCARE.

La volonté de payer est influencée positivement par la valeur que les individus accordent aux initiatives technologiques, la volonté de participer à une autre initiative et les retombées positives de l'initiative d'EMPOWERCARE sur la solitude émotionnelle et sociale.

Les estimations de la volonté de payer définies dans cette évaluation fournissent des informations précieuses pour les décideurs et les prestataires de soins concernant la valeur que les participants précédents accordent aux services fournis par l'initiative d'EMPOWERCARE dans les communautés locales.

La prise en compte des principes du « Bon ancêtre » dans les discussions des groupes de réflexion favorise la réflexion à long terme qui peut aboutir au changement, influençant les décisions de manière à ce qu'elles tiennent compte des générations futures, valorisant et encourageant la durabilité dans le respect des générations futures.

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 Le projet d'EMPOWERCARE

Le partenariat d'EMPOWERCARE est un projet d'innovation sociale financé par l'Union européenne et comptant 13 partenaires dans 4 pays : La Belgique, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Une série d'initiatives ont été lancées par les partenaires du projet, puis pilotées et évaluées dans le but de développer une nouvelle approche qui mette l'accent sur les méthodologies centrées sur la personne et les technologies bienveillantes, afin de responsabiliser et de soutenir la vie en autonomie d'une population de plus en plus vieillissante (organisation mondiale de la Santé [OMS], 2017). Un certain nombre de partenaires au projet s'engagent déjà à fournir des services visant à autonomiser les personnes âgées et leurs communautés. Les concepts et modèles de soins déjà utilisés par les partenaires ont été encore plus élaborés grâce à la stratégie d'EMPOWERCARE, ce qui a permis de rendre les initiatives d'autant plus puissantes et efficaces. Les initiatives du projet sont allées au cœur de ' ce qui compte le plus ' pour les communautés, grâce aux compétences et à l'expertise des personnes âgées de plus de 65 ans et de celles de plus de 50 ans souffrant d'au moins une maladie chronique, afin de faire la différence en matière de santé et de bien-être, et de combler les lacunes actuelles en matière de soins aux personnes âgées.

L'évaluation des initiatives du projet a examiné de quelles manières celles-ci étaient efficaces pour les bénéficiaires et le personnel. Une approche réaliste a été utilisée pour permettre à l'évaluation d'établir ' ce qui fonctionne, pour qui, dans quel contexte et pourquoi ' (Pawson & Tilley 2004). En raison de la quantité d'initiatives introduites au cours du projet, un protocole d'étude de cas descriptif (Yin, 2003) a été mis en place, ce qui a permis d'utiliser plusieurs méthodes pour la collecte des données d'évaluation, à savoir une enquête ou sondage comprenant plusieurs indicateurs quantitatifs des résultats avant/après, combinés à des données qualitatives générées par une méthode visuelle, Photovoice (Wang & Burris, 1997), et à des discussions en groupes de réflexion pour faciliter l'évaluation du processus et l'analyse coûts-avantages. Sept sites d'étude de cas répartis dans 4 pays ont participé à l'évaluation : un au Royaume-Uni, un en France, un aux Pays-Bas et 4 en Belgique.

Les initiatives du projet se sont déroulées de janvier 2020 à mars 2023, la grande majorité d'entre elles se déroulant à distance en raison des restrictions de déplacement et de contact en présentiel liées à la COVID-19.

## 2. APPROCHE DE L'ÉVALUATION

### 2.1. Objectif de l'évaluation et questions

L'objectif de l'évaluation était d'explorer l'impact des initiatives d'EMPOWERCARE au niveau de 7 sites pilotes dans les 4 pays participants. Les questions de l'évaluation étaient les suivantes :

1. Comment les bénéficiaires, leurs communautés, et le personnel impliqué dans les initiatives ont-ils vécu cette expérience?
2. Quel a été l'impact des initiatives sur les bénéficiaires, leurs communautés et leur personnel en ce qui concerne l'attention portée à la personne, l'isolement, la solitude et la solidarité?
3. Pour chaque site pilote, qu'est-ce qui a été efficace, pour qui, pourquoi et dans quelles circonstances?

### 2.2. Méthodologie d'évaluation

Nous avons choisi l'évaluation réaliste pour guider l'évaluation dans le cadre d'une étude de cas descriptive (Yin 2003), car elle permet d'identifier et de lier à des résultats spécifiques les stratégies qui ont eu le plus d'influence au sein et au travers des différents sites des études de cas. ' Le réalisme utilise la réflexion contextuelle pour aborder les questions ' pour qui ' et ' dans quelles circonstances ' un programme sera efficace ' (Pawson & Tilley 2004:7). Une analyse coûts-avantages a également été utilisée pour développer une théorie du changement au niveau de l'initiatives afin d'établir comment les entrées (par exemple, les coûts, le personnel) sont converties en sorties (par exemple, le nombre de bénéficiaires), et par la suite en résultats qui comptent pour les bénéficiaires des initiatives d'EMPOWERCARE (par exemple, un meilleur bien-être mental, moins d'isolement social, une plus grande aptitude à gérer ses propres soins).

Chaque initiative sur site a été analysée en tant qu'étude de cas indépendante et, à la fin du projet, les similitudes et les différences entre les initiatives ont été dégagées et rapportées aux différents contextes des organisations et des pays. Une telle approche permet de se rendre compte que les buts et caractéristiques des organisations varient d'un site à l'autre et que celles-ci interviennent dans des contextes différents. Par conséquent, ce qui est efficace dans l'un peut ne pas l'être dans un autre, mais à l'inverse, il se peut que les stratégies qui donnent de bons résultats dans certains contextes soient reproductibles dans d'autres.

L'approbation éthique de l'évaluation a été accordée par la Health Research Authority du site britannique, ainsi que par la collaboration entre la Faculté de médecine de l'Université Canterbury Christ Church, le Comité d'éthique de la recherche sur la santé et les soins sociaux et des approbations de la direction de l'organisation.

La configuration de l'étude d'évaluation prévoyait trois moments où les données seraient recueillies par les deux groupes d'intervenants, les bénéficiaires et le personnel.

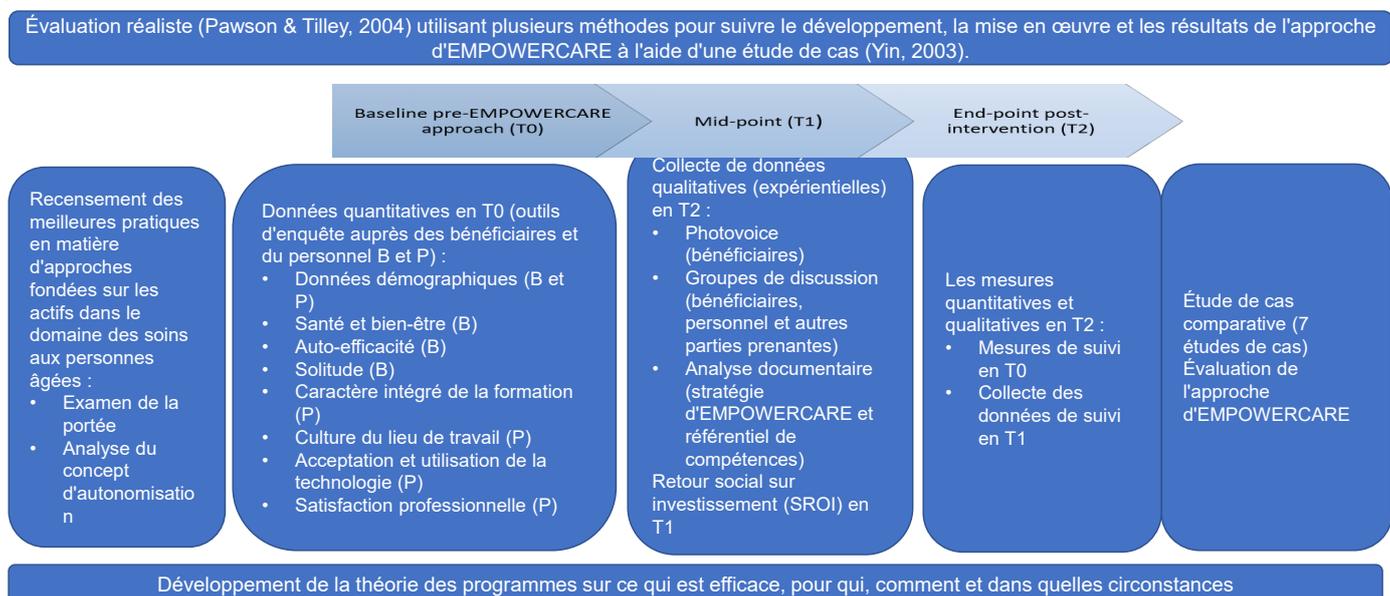


Figure 1 La configuration de l'étude d'évaluation

Concernant les outils de l'enquête, le nombre total de bénéficiaires recrutés à T0 était de 187, mais le nombre total de bénéficiaires ayant tiré parti de l'outil d'EMPOWERCARE aux deux points dans le temps était de 105. Le personnel, lui, comptait 174 membres à T0, mais le nombre total de ceux qui ont fait partie de l'outil d'EMPOWERCARE aux deux moments était de 98.

L'équipe d'évaluation a recommandé aux partenaires de recruter plus de 30 intervenants à l'évaluation sur chaque site pour réaliser l'enquête, bien que cela ne représente qu'une partie de ceux qui ont pris part à l'ensemble des initiatives d'EMPOWERCARE sur le site. Ce nombre issu des recommandations vise à garantir l'obtention de données quantitatives significatives et tenir compte de l'attrition, mais un certain nombre de partenaires ont eu du mal à recruter autant de personnes. Le Tableau 1 indique le nombre d'intervenants outil d'enquête pour chaque site et chaque moment de l'étude.

Partenaire	Pays	Groupe des intervenants	Recrutement pour l'évaluation avant l'initiative	Recrutement pour l'évaluation en fin d'initiative
Kent County Council	UK	Bénéficiaires	29	21
		Personnel	35	18
Du Nord Department Council	FR	Bénéficiaires	33	25
		Personnel	20	17
Holy Hart	BE	Bénéficiaires	20	13
		Personnel	30	23
Province of Antwerp	BE	Bénéficiaires	29	24
		Personnel	5	6
Not for profit Wieltjesgracht	BE	Bénéficiaires	35	0
		Personnel	36	16
Boone International & Family Help NPO	BE	Bénéficiaires	20	13
		Personnel	18	5
SWVO	NL	Bénéficiaires	28	9
		Personnel	33	15

Tableau 1 Recrutement intervenants

En tout et pour tout, 18 bénéficiaires ont pris part à la collecte des données qualitatives de Photovoice: 16 femmes et 2 hommes.

Les discussions des groupes de réflexion ont compté environ 74 personnes aux deux moments de l'évaluation, regroupant notamment aussi bien des hommes que des femmes, bien qu'en général il y ait eu plus de femmes. Plus précisément, au point médian, 61 participants ont participé aux discussions (32 bénéficiaires, 19 membres du personnel, 7 volontaires et 3 acteurs communautaires). Là où le sexe était déclaré, il y avait 33 femmes et 13 hommes. A la fin de l'initiative, 68 personnes ont participé aux discussions (33 bénéficiaires, 25 membres du personnel, 5 volontaires et 2 acteurs communautaires). La répartition par sexe était alors de 26 femmes et 18 hommes. Le rapport bénéficiaires / membres du personnel était assez équilibré, mais le nombre des acteurs communautaires était très faible. Certains des intervenants ont pris part aux discussions à la fois en T1 et en T2.

L'élément qualitatif de l'analyse coûts-avantages de cette évaluation (la discussion du groupe témoin en T2) a fait intervenir 32 personnes, dont 19 bénéficiaires, 9 membres du personnel et 4 membres bénévoles. Là où le sexe était déclaré, la répartition était de 10 femmes et 10 hommes.

## 2.3. Méthodes d'évaluation

L'étude d'évaluation a été réalisée en tenant compte de plusieurs perspectives et sources de données, tant quantitatives que qualitatives. En raison des restrictions de COVID-19 concernant les déplacements et les entretiens en présentiel, toutes les données d'évaluation ont été collectées localement par des membres du personnel travaillant sur les sites des études de cas. Le personnel a reçu des directives et une formation en ligne sur les techniques de collecte de données de la part de l'équipe d'évaluation. Les données quantitatives ont été recueillies à l'aide d'un outil d'enquête conçu par l'équipe d'évaluation, contenant une série d'indicateurs psychométriques de référence, et les données qualitatives ont été recueillies par le biais de Photovoice (Wang & Burris, 1997) et des discussions des groupes de réflexion. Photovoice est une méthode visuelle interactive communautaire qui utilise des images photographiques prises et sélectionnées par les participants pour leur permettre de réfléchir à leurs expériences (Wang & Burris, 1997). S'appuyer sur plusieurs perspectives et sources de données permet d'identifier des tendances pour une évaluation explicative.

### 2.3.1 Les indicateurs quantitatifs

#### *Outil d'évaluation de l'enquête*

Un outil pour évaluer l'enquête a été conçu par l'équipe pour recueillir les données sur les résultats avant et après les initiatives des partenaires. Pour cette approche, les données ont été collectées à deux moments: au point initial (T0) ou avant l'initiative et au point final (T2) ou après la fin de l'initiative. Ces points dans le temps étaient la principale variable indépendante (ou de prédiction) et constituent la base de premier niveau pour l'analyse comparative mesurant les niveaux de corrélation à chacun des deux moments et la grandeur/direction de la corrélation. Les autres variables d'exposition concernent le pays (le Royaume-Uni, la France, les Pays-Bas ou la Belgique), le type de service (autorité locale ou petite organisation), le type d'initiative (groupe ou individu) et le mode de prise en charge (face à face ou numérique).

Il a été demandé aux partenaires de recruter des bénéficiaires et des membres du personnel afin de les impliquer dans divers éléments d'évaluation. L'outil pour les bénéficiaires a fait intervenir des personnes âgées qui ont participé à l'initiative d'EMPOWERCARE et l'outil pour le personnel des salariés ou bénévoles dans le cadre de l'initiative d'EMPOWERCARE. Le Tableau 2 montre les groupes d'intervenants dans l'évaluation et l'élément d'évaluation auquel ils ont contribué.

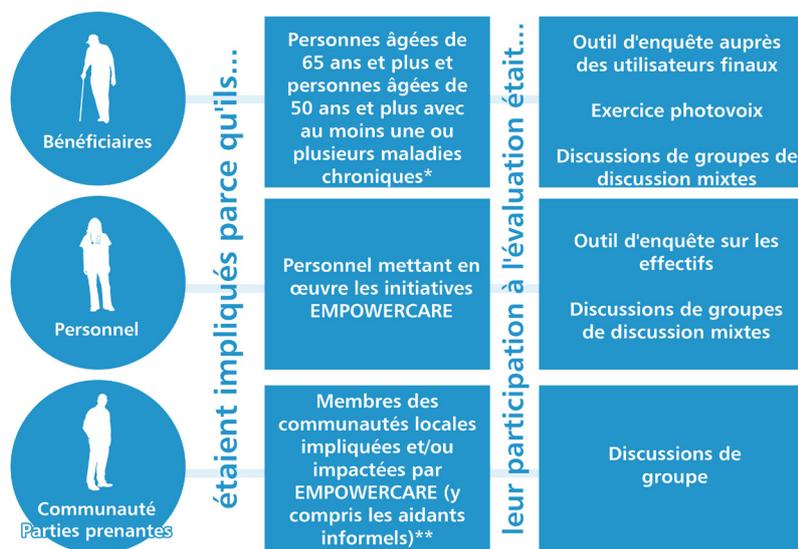


Tableau 2 Critères d'inclusion/exclusion pour la participation et l'implication dans l'évaluation par groupe d'intervenants

\* Aucune personne considérée comme vulnérable, c'est-à-dire les personnes atteintes de maladies mentales graves, de démence ou sans capacité de consentement, n'a été incluse

\*\* La définition de qui étaient les parties prenantes de la communauté variait selon le site.

Les données à T0 des bénéficiaires ont été prélevées entre le 30/7/21 et le 16/02/22 et celles à T2 entre le 10/6/22 et le 26/10/22. Les données à T0 du personnel ont été prélevées entre le 31/08/21 et le 20/06/22 et elles à T2 entre le 06/06/22 et le 11/1/23.

## *Les bénéficiaires*

### *L'impact of l'état de santé sur la vie quotidienne*

L'impact de l'état de santé sur la vie quotidienne a été mesuré par le biais de l'enquête sur la santé SF-12 (Ware, Kosinski et Keller, 1996). Il s'agit d'un questionnaire sur la qualité de vie liée à la santé qui contient 12 questions réparties sur 8 domaines de santé relatifs à la santé physique et mentale. La santé physique couvre l'état de santé général, dans laquelle mesure celui-ci impacte le fonctionnement ou l'activité physique de la personne (le 'rôle-physique'), ainsi que la douleur physique et corporelle. La santé mentale couvre la vitalité, dans laquelle mesure l'état émotionnel impacte le comportement ou la vie en société (le 'émotionnel'), et la santé mentale.

Le SF-12 permet d'obtenir deux sous-échelles, un relevé de la composante mentale et un relevé de la composante physique.

Les études sur le SF-12 en tant qu'indicateur pour déceler les troubles dépressifs dans la population générale suggèrent qu'un score inférieur à 45,6 du relevé de la composante mentale signalerait un trouble dépressif (Vilagut et al., 2013). Il a également été observé que le relevé moyen de la composante physique varierait en fonction de l'âge dans la population générale (45-54 M = 50, 55-64 M = 47, 65-74 M = 44, >75 M = 39) (Mols et al., 2009). Ces valeurs seuil ont été utilisées dans l'analyse des résultats de l'évaluation des composantes mentale et physique afin de mesurer l'impact que les initiatives auraient pu avoir sur l'état de santé tel qu'il aurait pu être rapporté par les participants.s.

### *Bien-être mental*

Le bien-être a été mesuré à l'aide de la version abrégée à 7 points de l'échelle de bien-être mental de Warwick Edinburgh (Stewart-Brown et al, 2009). Cette échelle a été mise au point pour permettre le suivi du bien-être mental dans la population générale et l'évaluation des projets, des programmes et des politiques visant à améliorer le bien-être mental. Elle a été traduite et largement utilisée dans des études transnationales et a été validée pour une utilisation auprès de diverses populations (Fat et al., 2017). Elle comporte sept énoncés qui se rapportent davantage au fonctionnel qu'au sentiment de bien-être mental. Les participants sont invités à répondre aux énoncés relatifs à une période d'évaluation s'étendant sur les deux semaines précédentes, et jusqu'à la fin de l'enquête.

Le score de l'échelle de bien-être mental de Warwick Edinburgh est calculé sur une échelle métrique, ces scores étant comparés aux normes nationales ou à des valeurs seuil de bien-être mental élevées (15 %), moyennes et faibles (15 %). Par exemple, les personnes qui obtiennent un score de 28 ou plus sont considérées comme ayant un bien-être mental élevé, un score de >18-20 indique une possible dépression légère et un score de 18 ou moins indique une dépression clinique probable. Dans le cadre de cette évaluation, une analyse a été réalisée pour les personnes ayant obtenu un score >18-20 ou moins au départ, indiquant des signes de dépression légère ou clinique, afin d'évaluer l'impact que les initiatives du projet ont pu avoir sur les personnes dont le bien-être mental était plus faible au point initial.

### *L'aptitude personnelle*

L'aptitude personnelle ou sentiment d'efficacité personnelle a été mesurée à l'aide de l'indicateur d'activation du patient (PAM-13) (Hibbard et al., 2005), qui évalue le comportement actif des patients dans leur gestion personnelle de la maladie chronique. Cette échelle à 13 points comporte une réponse de type Likert à 5 points (pas du tout d'accord, pas d'accord, d'accord, tout à fait d'accord, N/A). L'indicateur d'activation du patient PAM-13 produit des scores absolus sur une échelle de 1 à 100, où 100 est la plus grande valeur d'activation.

Cet indicateur comporte des niveaux limites allant de 1 à 4. Le niveau 1 (47 ou moins) indique que la personne n'est pas encore convaincue de l'importance de son rôle, qu'elle ne se sent pas responsable de sa santé et de ses soins et qu'elle n'a pas confiance en sa capacité à gérer sa santé. Le niveau 2 (47,1 - 55,1) indique que la personne manque de confiance et de connaissances pour agir et qu'elle a peu d'expérience ou de succès en matière de changement de comportement. Le niveau 3 (55,2 - 67,0) indique que la personne a une certaine confiance dans la gestion de certains aspects de sa santé et qu'elle commence à prendre des mesures. Le niveau 4 (67,1 ou plus) indique que la personne a effectué la plupart des changements de comportement nécessaires, mais qu'elle peut avoir des difficultés à maintenir ces comportements au fil du temps ou en période de stress.

Dans le cadre de l'analyse de l'évaluation, nous avons étudié l'évolution dans le temps des personnes ayant des niveaux inférieurs (niveaux 1 et 2 cumulés) au point init

### *La solitude*

La solitude émotionnelle et sociale des participants a été mesurée à l'aide de la version abrégée de l'échelle de solitude De Jong Gierveld (De Jong Gierveld & Kamphuis 1985). Cette échelle à six points s'est avérée efficace pour mesurer la solitude émotionnelle et sociale dans de nombreux pays européens (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2010).

L'échelle comporte un score global ou général de solitude ainsi que des sous-scores émotionnels et sociaux. Les réponses sont données sur une échelle de Likert à 5 points (' jamais ' à ' tout le temps '). Le score de solitude émotionnelle va de 0 (pas de solitude émotionnelle) à 3 (solitude émotionnelle intense), et le score de solitude sociale va de 0 à 3 (solitude sociale intense). Le score global ou général de solitude correspond à ' ne se sent pas seul(e) ' (0-1) ou à ' se sent seul(e) ' (2-6).

### *Le recours à internet pour la santé*

Le recours à Internet pour la santé a été mesuré à l'aide de l'échelle e-HEALS (Norman & Skinner, 2006), qui est une échelle auto évaluative. Cette échelle à huit points mesure les connaissances, l'aisance et les compétences perçues par les répondants en ce qui concerne leur capacité à trouver, juger et appliquer des renseignements sur la santé en ligne face à des problèmes de santé. Les scores totaux de l'échelle e-HEALS varient entre 8 et 40, les plus élevés indiquant une plus grande culture sanitaire présumée.

### *Technophilie*

L'attitude et l'engouement des personnes âgées vis-à-vis de la technologie ont été mesurés à l'aide de l'échelle Technophilie ou TechPH à 8 points (Anderberg et al., 2019). La technophilie fait référence à l'engouement et aux sentiments positifs d'une personne à l'idée d'utiliser la technologie et à l'absence de craintes et de doutes que certaines personnes âgées pourraient avoir quant à leur compétence en la matière. Cette échelle est composée de deux sous-échelles relatives à l'engouement et à l'anxiété technologiques. L'indice TechPH est un score dérivé de 8 points. Chaque point a été pondéré en fonction de sa pertinence avant que les scores totaux ne soient créés, moyennés et standardisés sur une échelle de 1 à 5. Les scores standardisés ont été traduits sur une échelle de réponse à 5 points, allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord), où plus l'indice est élevé, plus le niveau d'engouement pour la technologie est élevé par rapport à l'anxiété technologique, et donc la technophilie.

Les coefficients de pondération de l'échelle TechPH ont été dérivés des résultats d'une analyse à composante principale avec rotation varimax et valeurs intrinsèques supérieures à 1 en tant que critères d'extorsion. Les coefficients ont ensuite été utilisés comme pondération lors du calcul des scores des sous-échelles. Chaque valeur de réponse a donc été multipliée par le coefficient de pondération correspondant, puis les trois résultats de chaque sous-échelle TechPH ont été additionnés pour obtenir le score d'engouement technologique et le score d'anxiété technologique.

### *Fréquence d'utilisation de la technologie*

Le résultat O3 attendu de l'évaluation du projet était une stratégie d'autonomisation visant à fournir ce qui compte pour les individus et les communautés afin de gérer leurs propres soins. L'un des effets spécifiques attendus pour ce résultat était une augmentation de 15 % au niveau de l'adoption et de la fréquence d'utilisation de la technologie par rapport à un ensemble de données initiales. Les partenaires ont été invités à collecter des données pour évaluer ce résultat souhaité à l'aide d'un compteur de santé en ligne. Ce compteur est un formulaire conçu pour recueillir le code d'identification de la personne, le type de technologie qu'elle utilise, la date d'utilisation de la technologie et le nombre de minutes d'utilisation. Ces formulaires devaient être remplis au point initial, au point médian et au point final de l'initiatives. La plupart des sites de projet n'ont pas été en mesure de collecter ces données, qui n'ont donc pas été suffisantes pour faire l'objet d'un rapport.

## *Le personnel*

### *La qualité de l'environnement centré sur la personne*

La mesure dans laquelle le personnel perçoit les différents environnements de soins comme étant centrés sur la personne a été mesurée à l'aide de l'échelle du questionnaire sur le climat centré sur la personne (PCQS) (Edvardsson et al., 2008). L'échelle comporte 14 points sur l'approche centrée sur la personne et l'environnement, ainsi que 4 sous-échelles. Le climat de sécurité correspond au sentiment qu'a une personne d'être bienvenue, reconnue et acceptée pour ce qu'elle est. Le climat de vie quotidienne correspond à l'impression que le lieu de travail est convivial, esthétique, tranquille, paisible, propre et bien rangé. Le climat de communauté permet de déterminer si le lieu de travail est apaisant, s'il permet aux patients de rester en contact avec leurs êtres chers et s'il leur est commode d'y recevoir des visiteurs. Enfin, le climat de compréhension indique si les intervenants estiment que le lieu de travail est un endroit où les patients sont entre de bonnes mains, où le personnel utilise un langage accessible, compréhensible pour les patients, où le personnel est abordable, et où les patients ont quelqu'un à qui parler s'ils le souhaitent.

Les scores seuil pour le caractère centré sur la personne étaient les suivants:  $\leq 49$  (' bien en dessous de la moyenne '), 50-56 (' en dessous de la moyenne '), 57-62 (' au-dessus de la moyenne ') et  $\geq 63$  (' bien au-dessus de la moyenne ') (Edvardsson et al., 2015). Ces scores seuil sont rapportés dans des études avec des échantillons séparés en groupes qui avaient une perception variée de la satisfaction au travail, du soutien social et du stress de conscience. Dans le cadre de cette évaluation, l'analyse s'est concentrée sur les intervenants qui ont signalé des niveaux moindres en matière d'orientation vers la personne, afin d'explorer l'impact des initiatives d'EMPOWERCARE sur ces membres du personnel.

### *L'acceptation des technologies*

L'acceptation des technologies par le personnel a été mesurée à l'aide de l'échelle à 32 éléments de la théorie unifiée de l'acceptation des technologies (UTAUT) (Venkatesh et al., 2003). Cette échelle psychométrique exige que le sujet réfléchisse à une technologie ou à un système particulier qu'il utilise et mesure les attentes en matière de performance et d'effort, l'attitude, l'influence sociale, les circonstances facilitatrices, l'aptitude personnelle, l'anxiété et l'intention comportementale. Les attentes en matière de performance reflètent la mesure dans laquelle un individu pense que l'utilisation de la technologie/du système l'aidera à améliorer ses performances professionnelles. Les attentes en matière d'effort reflètent le degré de facilité associé à l'utilisation de la technologie/du système. L'influence sociale se rapporte au degré auquel un individu estime qu'il est important que les autres pensent qu'il doit utiliser la nouvelle technologie/le nouveau système. Les circonstances facilitatrices correspondent à la mesure dans laquelle une personne estime qu'il existe des infrastructures organisationnelles et techniques pour accompagner l'utilisation d'une technologie ou d'un système. L'attitude à l'égard de l'utilisation de la technologie correspond à la réaction affective globale d'un individu à l'égard de l'utilisation d'une technologie ou d'un système. L'aptitude personnelle est la croyance d'un individu en sa capacité à adopter les comportements nécessaires à l'utilisation d'une technologie ou d'un système. L'anxiété correspond au sentiment d'anxiété qu'éprouve le sujet à l'égard de l'utilisation de la technologie/du système. Enfin, l'intention comportementale est l'intention d'un individu d'utiliser la technologie/le système.

Pour cette échelle, les intervenants ont été invités à répondre en fonction des technologies/systèmes qui leur ont été présentés au cours de l'initiative. Toutefois, ces expériences ont varié d'une initiative à l'autre, de sorte que la constitution de cette échelle a pu être affectée par cette diversité d'expériences

### *La satisfaction au travail*

La satisfaction au travail a été mesurée à l'aide du questionnaire à cinq critères de satisfaction au travail d'Andrews et Withey (Andrews et Withey, 1976). Cette échelle s'est révélée être en corrélation significative avec les performances professionnelles, l'engagement organisationnel et les intentions de rotation (Rentsch & Steel, 1992). Les points sont notés sur une échelle de Likert à 7 points allant de 1 à 7, avec 1 ' ravi ' et 7 ' déplorable '.

## *Le caractère intégré de la formation du personnel*

Pour mesurer l'efficacité de la formation du personnel dans la mise en œuvre, l'ancrage et l'intégration d'une initiative de soins de santé complexe, le questionnaire Normalization Measurement Development (NoMAD) (Finch et al., 2018) a été adopté. Cet instrument à 23 éléments évalue les processus de mise en œuvre du point de vue du personnel impliqué dans le travail de mise en œuvre. Il est basé sur la théorie du processus de normalisation qui mesure la cohérence, la participation cognitive, l'action collective et la surveillance réflexive. La théorie du processus de normalisation est une théorie de l'action, ce qui signifie que sa mission est d'expliquer ce que les gens font plutôt que leurs attitudes ou leurs croyances.

### 2.3.2 Méthodes qualitatives

#### *Photovoice*

Trois sites d'étude de cas ont procédé à la collecte de données Photovoice au point médian (T1). Les bénéficiaires ont été invités à prendre jusqu'à trois photos et à fournir un texte ou une légende pour chacune d'entre elles. Les images et les légendes, créées par les bénéficiaires, ont été utilisées dans le cadre d'une exposition de photos sur chaque site au point médian (T1) de l'initiative. L'exposition a servi de base aux groupes de réflexions lors des discussions qui ont porté sur l'impact de l'approche d'EMPOWERCARE sur les personnes impliquées dans l'initiative. Les données de Photovoice ont été analysées à l'aide d'une analyse de contenu sommative qui a permis d'identifier l'occurrence de certains mots, thèmes et concepts, puis d'interpréter le contenu pour en dégager la signification profonde (Hsieh & Shannon, 2005).

#### *Les discussions des groupes de réflexion*

Cinq sites de projet ont entrepris la collecte de données à partir de discussions par les groupes de réflexion au point médian (T1) et au point final (T2). Deux discussions ont eu lieu dans tous les sites, sauf deux d'entre eux, où une seule discussion a été menée. L'analyse des données de ces discussions s'est déroulée en deux étapes. Dans un premier temps, les partenaires du projet ont résumé les données en réponse à chaque question de la discussion, en y associant des citations directes pour appuyer le résumé. Une fois cette étape passée, une analyse sommative du contenu (Hsieh & Shannon, 2005) a été réalisée. Tous les sites n'ont pas fourni de citations à l'appui de toutes leurs données de synthèse.

#### *Réflexion à long terme et durabilité*

Il est important de comprendre la valeur que les citoyens du monde d'aujourd'hui accordent à l'accès et à l'utilisation des ressources actuellement disponibles, mais aussi la valeur qu'ils accorderaient à la garantie que ces ressources soient disponibles pour les générations à venir et à la durabilité à long terme. Connu sous le nom de valeur de non-usage, ce concept consiste à prendre des mesures pour garantir une certaine équité à l'égard des générations futures et à placer les responsabilités intergénérationnelles des populations d'aujourd'hui au cœur d'un 'développement qui répond aux besoins de la présente génération sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs.' (Commission mondiale sur l'environnement et le développement & Brundtland, 1987).

Dans le cadre de cette évaluation, une approche durable coproduite a été utilisée pour identifier les besoins et les stratégies de bien-être à long terme (Spencer et al., 2021) afin de favoriser le développement durable de communautés saines et résilientes et la continuité de l'initiative d'EMPOWERCARE à long terme.

La réflexion à court terme consiste à s'occuper des services de santé et de bien-être actuels et non de la viabilité à long terme. L'altruisme futur (Inoue et al., 2023) et l'adoption d'une approche à long terme consistant pour les citoyens actuels à penser aux générations futures et à veiller à ce que les ressources soient réparties entre elles de manière à ce que les problèmes mondiaux puissent être appréhendés.

Les questions de discussion des groupes de réflexion au point final (T2) ont tenu compte des principes du 'Bon ancêtre' (Krznic, 2020), ce qui signifie que l'approche a été conçue pour adopter une réflexion à long terme sur le bien-être des générations futures et sur la durabilité. Conscient que les mesures prises aujourd'hui ont une incidence sur la qualité de vie des générations futures, Krznic (2020) encourage la réflexion et la planification collectives à long terme. La notion des 6 principes du 'Bon ancêtre' guide les échanges afin de promouvoir la réflexion à long terme et proposer des idées sur la manière de laisser un héritage prospère aux générations à venir. Il a été démontré qu'une approche de réflexion à long terme pour guider les échanges permet de proposer des opinions dans l'intérêt des générations futures, ce qui assure l'équité intergénérationnelle (Spencer et al., 2023). L'application de l'approche

du ' Bon ancêtre ' avait pour but d'évaluer l'impact de l'initiatives d'EMPOWERCARE sur 6 sites pilotes dans les 4 pays participants. L'approche du ' Bon ancêtre ' a été fondée sur les 6 principes suivants: la justice intergénérationnelle, l'esprit patrimonial et la prise en compte des générations futures, l'humilité du ' Temps profond ', la préservation des ressources pour l'avenir, la pensée cathédrale, la gestion holistique, l'objectif transcendant et final de l'initiatives d'EMPOWERCARE en matière de santé et de bien-être pour les générations futures..

### 2.3.3 Evaluation économique et analyse coûts-avantages

L'analyse coûts-avantages a pris de l'ampleur dans l'évaluation des initiatives de santé publique et a été utilisée pour évaluer les changements/améliorations et les avantages du changement pour les biens ou les services qui ne sont pas proposés sur des marchés ouverts, dans le but d'attribuer des valeurs monétaires à la fourniture de biens publics (Mitchell et Carson, 1989). Dans cette étude d'évaluation, la technique d'évaluation économique des préférences déclarées de la méthode d'évaluation contingente a été adoptée comme approche, car elle permet de comprendre la valeur que les individus accordent aux services et leur volonté de payer pour bénéficier de l'initiatives d'EMPOWERCARE. La valeur et les avantages associés au changement et à l'utilisation de l'initiatives d'EMPOWERCARE peuvent être définis comme la valeur d'usage et la valeur de non-usage. La valeur d'usage est l'avantage qu'un individu attribue à son utilisation avérée ou potentielle d'un bien ou d'un service

#### *Méthode d'évaluation contingente*

L'évaluation contingente est une méthode d'évaluation non commerciale, simple et modulable, largement utilisée dans l'analyse coûts-avantages. Son application aux soins de santé a pris de l'ampleur avec les années car il s'agit d'une méthode de quantification intuitive de l'analyse coûts-avantages de la demande de soins et de l'allocation de ressources limitées. Elle est de plus en plus utilisée en économie de la santé pour l'évaluation des préférences en matière d'initiatives de soins financées par l'État. C'est une technique permettant d'attribuer une valeur monétaire aux résultats de santé (Drummond et al., 1987) ainsi qu'une approche courante pour estimer la valeur monétaire des programmes de soins au moyen de questions sur la volonté de payer dans le cadre d'enquêtes (O'Brien & Gafni, 1996). En matière de santé et de d'économie, les questions de cette méthode peuvent se focaliser sur les bénéficiaires d'un programme de santé et être formulées de manière à leur demander combien ils seraient prêts à payer pour obtenir une évolution positive de leur état de santé suite à un changement quelconque. Elle permet d'évaluer l'efficacité technique et l'efficacité de l'allocation, et de regrouper les avantages en une seule tâche. Dans cette évaluation, des questions ont été intégrées à l'enquête pour interroger les personnes sur la valeur qu'ils attribuent aux prestations de santé et à l'initiatives d'EMPOWERCARE. Cette approche méthodologique est particulièrement pertinente car elle permet de déterminer la volonté de payer sur une échelle en termes monétaires, ce qui fait que les résultats obtenus peuvent sembler plus concrets et plus parlants pour les responsables de la prise de décision.

L'économie part du principe que les individus font des choix rationnels lorsqu'ils prennent des décisions, et les techniques d'évaluation économique reflètent la valeur réelle que les personnes interrogées attribuent à des biens ou services particuliers. Dans le cadre de cette évaluation, des questions basées sur l'enquête de la méthode d'évaluation contingente ont été intégrées dans le questionnaire d'EMPOWERCARE à T2. Les questions visaient à comprendre les choix et les préférences des personnes concernant les initiatives d'EMPOWERCARE, ainsi qu'à obtenir leur disposition à payer pour celles-ci en termes monétaires. La valeur obtenue par le biais de la méthode contingente dépend du marché hypothétique communiqué aux répondants. Cette méthode comporte normalement trois aspects principaux: (1) une description du scénario de la politique ou initiative et des moyens par lesquels le bien ou le service sera fourni, (2) la méthode d'obtention de la valeur et (3) les caractéristiques socio-économiques et démographiques des individus et de leur environnement susceptibles d'influencer la valeur qu'ils accordent au bien ou au service (Mitchell et Carson, 1989).

Les personnes interrogées doivent répondre aux questions de l'évaluation contingente de l'enquête qui leur demandent d'envisager un scénario hypothétique. Elles doivent se demander, au cas où les initiatives actuelles d'EMPOWERCARE seraient levées, et qu'une initiative comparable serait disponible gratuitement dans leur région, si elles seraient disposées à y prendre part. Elles doivent répondre par oui ou par non. Ensuite, on leur demande de supposer que ce nouveau projet ne soit plus proposé gratuitement et qu'il ne soit plus financé par le Service national de santé /l'assurance maladie ou par des organisations partenaires. Quel est le montant maximum qu'elles seraient alors prêtes à déboursier à leurs propres frais tous les mois? Elles ont été incitées à réfléchir à ce qu'elles pourraient raisonnablement se permettre de payer compte tenu de leur situation financière actuelle.

Après ce scénario hypothétique, on leur a présenté une échelle de paiement exponentielle avec 13 valeurs entre 0,10

€ et 50 € par mois et on leur a demandé d'indiquer le montant maximal qu'elles seraient prêtes à payer (Volonté de payer) avec l'option de ne rien payer. Cela permet de déterminer leur volonté de payer pour une initiative alternative qui simule les avantages sanitaires de la participation à l'initiatives EMPOWERCARE, et de donner une estimation de ces mêmes avantages. Après cette estimation, elles ont été invitées à réfléchir aux affirmations qui expriment le mieux les choix faits précédemment. Ces questions ont été incluses dans la conception du questionnaire pour recueillir des informations susceptibles d'expliquer la motivation qui anime certains choix et de déterminer la valeur accordée aux initiatives visant à améliorer leurs résultats en matière de santé et de bien-être.

### 3. LES SITES DES ÉTUDES DE CAS

#### 3.1 Initiatives technologiques vs conceptuelles

Chaque site de projet a adopté une approche différente pour la mise en œuvre d'EMPOWERCARE dans ses initiatives. Celles-ci sont décrites plus en détail dans les rapports de projet sur la stratégie et le plan technologique (O2.1 Référentiel de compétences d'EMPOWERCARE, O1.1 Stratégie d'EMPOWERCARE et O3.1 Projet-pilote technologique des initiatives et moyens technologiques qui favorisent l'autonomisation sur le plan individuel et collectif). Les différentes approches peuvent être résumées en deux catégories distinctes: la catégorie conceptuelle et la catégorie technologique. Ces catégories sont issues de l'analyse des données organisationnelles contextuelles recueillies sur les initiatives des sites d'étude de cas au début du projet d'EMPOWERCARE et indiquent le domaine d'intérêt de chaque site d'étude de cas pour son initiative. Au Royaume-Uni, par exemple, le site partenaire a introduit une initiative centrée sur la technologie, impliquant l'emprunt et la formation à l'utilisation de Tableautes, alors que le modèle REPRISE développé par le site partenaire français était plutôt orienté sur le bien-être et l'autonomie des personnes âgées. Le Tableau 3 ci-dessous montre le classement des sites selon le type et la portée de l'initiatives par pays.

Tableau 3 Classement des initiatives de projet par type et par taille, par pays

	Concept	Technologique/formation à l'utilisation d'outils numériques
One Site 	Le Nord (France)	Wieltjesgracht (Belgique) Kent County Council (Royaume-Uni) H.Hart (Belgique)
Multiple Sites  	Boone International & Family Help NPO (Belgique) Province of Antwerp (Belgique)	SWVO (Pays-Bas)

Il était important de prendre en compte le type d'initiative au cours de l'analyse afin de refléter le domaine privilégié par chaque site d'étude de cas selon sa propre interprétation de l'initiatives d'EMPOWERCARE, car les sites ont montré des améliorations dans différents domaines en fonction du domaine privilégié de leur initiative.

#### 3.2 Le Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, le Kent County Council a mené deux initiatives dans le cadre de ses initiatives locales d'EMPOWERCARE, le Digital Ambassador Volunteer Scheme et le Technology for Independent Living Facilitator Programme.

Le programme des ambassadeurs numériques offrait aux bénévoles la possibilité de former les bénéficiaires aux compétences numériques par le biais de séances en groupe ou en tête à tête. Le programme s'est déroulé entre juin 2021 et juin 2022. Il a été conçu de manière à ce que les bénéficiaires puissent non seulement recevoir une formation aux compétences numériques pour utiliser le courrier électronique, Zoom, etc. mais aussi bénéficier d'un système de prêt de matériel technologique s'ils le souhaitent. Ils pouvaient emprunter divers appareils numériques pour les tester, y compris une Tableaute Samsung, un Carephone KARA et des appareils équipés d'Alexa sur une période de trois

mois. Au total, 20 Tableautes et 10 appareils Alexa étaient disponibles dans le cadre du système de prêt. Celui-ci a été accordé pour la période allant de juin 2021 à septembre 2022. Les ambassadeurs numériques bénévoles ont appris à transmettre des compétences numériques via un module de formation vidéo.

Le programme Technology for Independent Living Facilitator s'est déroulé entre septembre 2021 et septembre 2022. Il y avait 2 facilitateurs en place dont le rôle était de fournir une formation aux équipes de soins sociaux pour adultes du Kent County Council sur le rôle de facilitateur et de leur donner une vue d'ensemble des technologies d'assistance disponibles qu'ils pourraient à leur tour recommander pour répondre aux besoins des personnes qui bénéficient de soins et de soutien ; les aider à rester indépendantes et chez elles plus longtemps. Le programme visait à atteindre plus de 200 membres du personnel.

### 3.3 La France

L'initiative introduite par le partenaire français (Le Nord) s'appelait le modèle REPRISE (acronyme français). Spécialement conçu pour les personnes âgées, il s'agit d'une version adaptée du Family Group Conferencing. Ce modèle est une méthode qui vise à :

- Comprendre les besoins des personnes âgées susceptibles d'être en perte d'autonomie afin de privilégier leur bien-être.
- Mobiliser les réseaux sociaux des personnes âgées pour les aider à satisfaire leurs besoins.

L'impact recherché par REPRISE était de :

- Développer des solutions de soutien novatrices pour répondre aux défis du vieillissement dans notre société.
- Soutenir les personnes âgées pour éviter les pertes d'autonomie.
- Impliquer les personnes âgées dans l'initiative, comprendre leurs besoins et ce qui compte pour elles, promouvoir et renforcer leur sentiment de bien-être et lutter contre l'isolement et la solitude.
- Faciliter le soutien aux soignants locaux afin de les décharger d'une partie de leur fardeau mental et émotionnel.

REPRISE a été coproduit par des professionnels du Nord, des partenaires locaux, des citoyens et des chercheurs selon une démarche collaborative et participative de type recherche-action. Cette démarche de recherche-action s'est déroulée entre l'été 2020 et l'automne 2022. L'initiative REPRISE a été mise en œuvre avec les bénéficiaires entre octobre 2021 et août 2022. Elle s'est focalisée sur le soutien humain et technique pour améliorer le bien-être émotionnel et psychologique des personnes âgées. Le modèle couvrait les domaines suivants: mise en réseau, entraide, proximité, réalisation, innovation, soutien, besoins et désirs. Le principe de base du modèle était de placer les personnes âgées au cœur de l'initiative et de mobiliser les atouts de tout un chacun. Les professionnels du Nord, les partenaires, les soignants, les chercheurs et les fournisseurs de technologie se sont tous engagés dans la démarche de recherche-action pour aider les personnes âgées à bien vieillir. L'utilisation de l'outil numérique visait à promouvoir l'autonomisation et la synergie entre les bénéficiaires et la communauté générale. La démarche de recherche-action a facilité le développement de la première version de l'application numérique mise au point par la société technologique Wello. Il a fallu discuter avec les différentes parties prenantes et identifier les besoins des personnes âgées. Le personnel a reçu une formation et la technologie a été testée par des personnes âgées, soutenues par des soignants et des professionnels. L'application de la technologie a été affinée sur la base des résultats des tests. La démarche de recherche-action a abouti à la création d'un référentiel d'action sociale et de nouveaux outils de formation à la méthode ont été élaborés à l'intention du personnel et des membres du grand public.

### 3.4 Les Pays-Bas

DDigital Active Zeeland, Digital at Home in Zeeland et Tuus in Smerdiek étaient les 3 initiatives d'EMPOWERCARE gérées par Samenwerkingsverband Oosterschelderegio. Digital Active Zeeland a duré un an et demi, à partir de mai 2021. Il s'agissait d'une plateforme en ligne introduite récemment et offrant des soins numériques en journée pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Grâce à elle, plusieurs organismes de soins de santé ont proposé

des activités numériques aux bénéficiaires vivant à domicile. Le personnel, les bénévoles et les soignants ont tous été formés de manière adaptée à l'utilisation de la plateforme numérique. Cette initiative s'est avérée particulièrement utile en réponse aux restrictions imposées par la pandémie de COVID-19, car pendant cette période, de nombreuses personnes âgées et handicapées n'ont pas pu accéder à des structures physiques de soins en journée. L'objectif pour différents prestataires de soins était de toucher une quarantaine de bénéficiaires. Dans le cadre du projet Digital at Home, les personnes âgées pouvaient bénéficier d'aides technologiques. 64 personnes ont essayé plusieurs aides à domicile pendant six mois. Les bénéficiaires pouvaient bénéficier d'un coaching à distance par l'intermédiaire d'un conseiller en bien-être ou en hygiène de vie. Les I-pads/smartphones offraient des fonctions d'appel vidéo aux bénéficiaires et pouvaient être configurés à leur propre guise. La technologie pour la surveillance et les alarmes intelligentes se composait de la montre de soins Vivago, de montres GPS, du bracelet médical SiDLY, de l'Apple Watch, de Fitbit, de Whittings et de Sensara. Tuus in Smerdiek était une initiative communautaire destinée à la communauté villageoise de Smerdiek. Elle visait à collaborer avec les habitants et les organisations locales pour trouver des solutions propices à un vieillissement dans le confort du village. Un certain nombre de réunions et d'entretiens virtuels et en présentiel ont été organisés avec les habitants et ont débouché sur la production d'un magazine communautaire intitulé Tuus in Smerdiek.

### 3. 5 La Belgique

#### *H.Hart*

L'un des partenaires du projet en Belgique, H.Hart, a proposé des soins de courte durée 'orientés' vers les personnes âgées dans deux de ses établissements, Woon et Zorg. Le service 'chambre avec soins' comprenait des séjours de courte durée centrés sur la dispensation de soins dans le cadre de l'approche d'EMPOWERCARE. La 'chambre avec soins' était proposée pour un coût unique. En plus de ce service, une initiative de boîtes à outils technologiques a également été lancée, avec des boîtes d'outils d'assistance manuels et numériques mises à la disposition des bénéficiaires pour une période d'essai moyennant un paiement unique. Ces boîtes contenaient des articles tels que des remplisseurs de gobelets et des téléphones portables.

H.Hart a mis en place l'initiative 'orientation vers l'autonomie'. Le personnel soignant a bénéficié d'une expérience immersive sur ce que l'on ressent en tant que personne âgée et sur la manière dont les aides numériques et mécaniques peuvent l'aider. Les bénévoles, les étudiants, les résidents et leur réseau ont également été immergés dans ces méthodologies à partir d'un laboratoire de compétences qui offrait une atmosphère 'familiale et chaleureuse'. D'autre part, la méthode de consultation multidisciplinaire a été déployée de manière plus approfondie. L'objectif de l'application de cette structure de consultation multidisciplinaire et de la formation de sensibilisation était d'organiser différemment l'ensemble des soins prodigués au bénéficiaire, à savoir que ce dernier devait être davantage impliqué dans la planification de ses soins et que son estime de soi et son sentiment d'autonomie devaient être renforcés par l'organisation plus efficace des soins par le personnel de santé. L'intention du site partenaire du projet était que l'initiative reste ancrée dans la principale prestation de services de l'organisation. La formation de sensibilisation dispensée au personnel soignant a également été étendue aux trois sites de H.Hart et le laboratoire de compétences mis en place au cours du projet est resté utilisé, tandis que les boîtes à outils ont été complétées par d'autres outils innovants.

## *Province d'Anvers*

Deux initiatives ont été menées par un autre partenaire belge du projet dans la province d'Anvers. Le partenaire du projet a relié sa stratégie à celle d'EMPOWERCARE pour définir la trajectoire d'une nouvelle approche appelée 'Caring Villages' (ou villages bienveillants), dans le cadre de laquelle la province d'Anvers a guidé et soutenu municipalités, villages, communautés et organisations de soins dans le développement de villages bienveillants durables, visant à intégrer les soins de proximité. Au cours du projet d'EMPOWERCARE, l'initiative 'Villages bienveillants' a été mise en œuvre dans les villages de Gierle et de Morkhoven. Ceux-ci ont été décrits comme étant des quartiers défavorisés, avec un certain embourgeoisement récent. Il y avait un manque général d'infrastructures communautaires, telles que des services pour les jeunes, des magasins locaux, etc. De nombreuses personnes vivant dans ces quartiers ont besoin de soins et la solitude y est un problème, en particulier pour les personnes âgées, car les maisons sont très éloignées les unes des autres. Ces villages abritent de nombreux espaces verts et leur population est hétérogène de par l'âge, l'appartenance ethnique et la présence de personnes handicapées. L'initiative s'est concentrée sur la communauté de voisinage de manière à améliorer la qualité de vie des résidents et à construire des communautés plus fortes et plus résilientes. L'accent a été mis en particulier sur l'autonomisation des personnes âgées et vulnérables. Après avoir formulé des objectifs prioritaires, l'initiative a permis d'agrandir la Maison du village pour lutter contre la solitude et informer sur les services à domicile. Un mini-marché a également été aménagé, vendant des produits de première nécessité tels que des fruits, des légumes, de la viande et du poisson, ainsi qu'un café local pour favoriser la cohésion. Les 'Villages bienveillants' visaient à toucher 12 à 15 bénéficiaires dans chacun des villages et 8 à 10 autres acteurs de la communauté, tels que des travailleurs communautaires, des bénévoles, des médecins généralistes et des membres du personnel d'organisations locales.

La seconde initiative a mis au point un programme de formation destiné aux professionnels multidisciplinaires des soins et de l'aide sociale, ainsi qu'aux organisations locales actives dans les villages, afin d'encourager l'autonomisation centrée sur le voisinage et, par là même, l'autonomisation des personnes vulnérables telles que les personnes âgées. La formation consistait en un module en ligne et deux ateliers collectifs et a été organisée dans quatre quartiers différents. Le module et les ateliers portaient sur les définitions de l'autonomisation, sur la manière dont les professionnels peuvent responsabiliser les autres et sur la nécessité de comprendre le rôle du voisinage dans l'autonomisation de la communauté. Cette formation s'est déroulée de mars à mai 2022. Après le projet pilote initial, la province d'Anvers a programmé une deuxième série de cours de formation de décembre 2022 à janvier 2023. Cet avis a attiré plus de 40 personnes intéressées en provenance de différents quartiers.

## *Boone International & Family Help NPO*

Boone International, en collaboration avec Family Help NPO, a animé le centre d'expérience PROF sur le site de l'organisation à Poperinge où la troisième initiative en Belgique, Caring is Sharing, a été mise en œuvre. L'initiative était axée sur des essais technologiques de smartphones et de Tableautes, ainsi que sur des démonstrations de solutions technologiques pour les bénéficiaires. Dans le cadre de Caring is Sharing, l'asbl Family Help a mené son projet, Hybrid Family Care, qui a aidé les bénéficiaires, à distance et en personne, à s'engager et à utiliser différentes solutions technologiques afin de multiplier les contacts sociaux, de réduire la solitude et de promouvoir la culture numérique. Le projet Hybrid Family Care s'est servi de la plateforme de collaboration européenne multidisciplinaire eMEN, qui vise à faire progresser l'application pratique de la technologie numérique pour améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement dans le domaine de la santé mentale. Il s'agissait d'une solution pour que les soins de santé mentale restent accessibles et abordables à l'heure où la demande de services et les coûts ont augmenté.

## *Wieltjesgracht*

L'initiative Wieltjesgracht visait à aider les personnes âgées à quitter l'hôpital afin de réduire le nombre d'admissions et de permettre au plus grand nombre possible de retourner à leur domicile. Cette initiative a pris la forme d'un hébergement assisté de courte durée, l'accent étant mis sur l'évaluation de la capacité des patients à reprendre une vie indépendante. Par ailleurs, elle a introduit un outil de communication vidéo, très similaire à Skype, dans ses appartements de service afin d'améliorer la qualité de l'aide apportée aux résidents. L'objectif était d'étendre cette technologie à l'ensemble du quartier après la fin l'initiative d'EMPOWERCARE. Une formation sur l'utilisation du système, ainsi que d'autres technologies telles que les ordinateurs, les portables et les Tableautes, a été offerte aux bénéficiaires ainsi qu'aux soignants bénévoles et non rémunérés. La formation a été intégrée à l'initiative des centres d'activités et de communication. Elle s'adressait aux jeunes et aux personnes âgées, ainsi qu'aux amis et à la famille

des bénéficiaires. L'objectif était de faire du centre un espace de partage des connaissances entre les générations. Des activités ont été organisées pour lutter contre la solitude et des séances éducatives ont prodigué des conseils en matière de finances et de techniques pratiques. Les prestataires de services régionaux, tels que les services sociaux, ont encadré la formation et les activités, mais d'autres prestataires spécialisés, tels que les médecins généralistes, les infirmières, les physiothérapeutes, les services de repas à domicile, les centres de mobilité et les aides à domicile, ont également participé à l'animation de Tableaux ronds professionnelles. Les autorités locales ont joué un rôle de conseil sur les dispositifs sociaux et financiers disponibles

## 4. RÉSULTATS

### 4.1 Profil démographique des intervenants de l'évaluation

#### 4.1.1 Les bénéficiaires

Les données démographiques des participants à l'enquête auprès des bénéficiaires représentaient le sexe, l'âge, l'appartenance ethnique, l'orientation sexuelle, le statut de vie, le niveau d'éducation et la situation professionnelle. La répartition démographique des bénéficiaires par pays est présentée dans les Tableaux 4a et 4b.

Tableau 4a Données démographiques du bénéficiaire

		Pays								Total 195
		Belgique N=104		France N= 33		Pays-Bas N= 28		Royaume-Uni N= 30		
Age (par tranches)	50-59	6	6%	-	-	7	25%	-	-	13
	60-69	18	17%	10	30%	6	21%	14	47%	48
	70-79	30	29%	11	33%	10	36%	11	37%	62
	80-89	35	34%	8	24%	5	18%	2	7%	50
	90-100	15	14%	4	12%	-	-	2	7%	21
	Préfère ne pas dire	-	-	-	-	-	-	1	3%	1
Genre	Femme	72	69%	20	61%	17	61%	21	70%	130
	Homme	32	31%	12	36%	11	39%	8	27%	63
	Transgenre	-	-	1	3%	-	-	-	-	1
	Préfère ne pas dire	-	-	-	-	-	-	1	3%	1
Ethnicité*	Blancs européens	55	53%	-	-	27	96%	28	93%	110
	Autre	1	1%	-	-	1	4%	1	3%	3
	Préfère ne pas dire	48	46%	33	100%	-	-	1	3%	82
Orientation sexuelle *	Hétérosexuel(le)(s)	47	45%	-	-	24	86%	29	97%	100
	Préfère ne pas dire	8	8%	-	-	3	11%	1	3%	12
	Pas de réponse	49	47%	33	100%	1	4%	-	-	83
Cadre de vie/ logement	Partenaire	36	35%	8	24%	11	39%	10	33%	65
	Enfants	5	5%	1	3%	-	-	1	3%	7
	Seul(e)(s)	58	56%	20	61%	15	54%	19	63%	112
	Autre	5	5%	4	12%	2	7%	-	-	11

Tableau 4b Données démographiques du bénéficiaire

		Pays								Total N = 195
		Belgique		France		Pays-Bas		Royaume-Uni		
		N=104		N=33		N=28		N=30		
Niveau d'enseignement le plus élevé	N'a pas fréquenté le lycée	4	4%	1	3%	5	18%	11	37%	21
	A réussi le lycée	68	65%	24	73%	16	57%	15	50%	123
	Études supérieures	17	16%	6	18%	5	18%	-	-	28
	Diplôme universitaire	15	14%	2	6%	2	7%	3	10%	22
	Préfère ne pas dire	-	-	-	-	-	-	1	3%	1
Avez-vous déjà effectué un travail rémunéré	Oui	89	86%	31	94%	21	75%	29	97%	170
	Non	15	14%	2	6%	7	25%	-	-	24
	Préfère ne pas dire	-	-	-	-	-	-	1	3%	1
votre occupation principale?	Gestionnaire (par exemple, chef d'entreprise, gestionnaire administratif)	7	7%	4	12%	-	-	2	7%	13
	Professionnel (par exemple, professionnel des sciences et de l'ingénierie, de la santé, de l'enseignement)	14	13%	1	3%	5	18%	6	20%	26
	Technicien/professionnel associé (par exemple, professionnel associé en sciences et ingénierie)	5	5%	1	3%	1	4%	1	3%	8
	Employé de bureau (par exemple, commis général et commis au clavier, commis au service à la clientèle)	10	10%	9	27%	1	4%	11	37%	31
	Travailleur des services et de la vente (par exemple, travailleur des soins personnels, travailleur de la vente)	11	11%	5	15%	6	21%	4	13%	26
	Ouvrier qualifié de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche	4	4%	2	6%	-	-	-	-	6
	Artisan et travailleurs des métiers connexes	8	8%	3	9%	2	7%	3	10%	16
	Opérateur et assembleur d'installations et de machines	5	5%	4	12%	2	7%	1	3%	12
	Professions exigeant un niveau de compétences et de qualifications moins élevé	15	14%	3	9%	5	18%	-	-	23
	Femme au foyer / Homme au foyer	19	18%	1	3%	5	18%	-	-	25
	Profession dans les forces armées	2	2%	-	-	-	-	-	-	2
	Autre	-	-	-	-	1	4%	1	3%	2
	Préfère ne pas dire	4	4%	-	-	-	-	1	3%	5

Tableau 5a Données démographiques du personnel

		Pays								
		Belgique		France		Pays-Bas		Royaume-Uni		Total
Total		N=98		N=21		N=35		N=35		189
Age (par tranches)	Moins de 20	1	1%	-	-	1	3%	-	-	2
	20-29	18	18%	4	19%	4	11%	2	6%	28
	30-39	34	35%	4	19%	4	11%	8	23%	50
	40-49	24	24%	5	24%	6	17%	4	11%	39
	50-59	14	14%	4	19%	10	29%	6	17%	34
	60-69	7	7%	3	14%	6	17%	-	-	16
	Plus de 70	-	-	1	5%	4	11%	1	3%	6
	Préfère ne pas dire	-	-	-	-	-	-	14	40%	14
Genre	Femme	84	86%	19	90%	19	54%	12	34%	134
	Homme	13	13%	2	10%	14	40%	9	26%	38
	Préfère ne pas dire	1	1%	-	-	2	6%	14	40%	17
Ethnicité*	Blancs européens	97	99%	-	-	32	91%	-	-	129
	Mixte/multiple Blanc et Noir africain	1	1%	-	-	-	-	-	-	1
	Arabe du Moyen-Orient	-	-	-	-	1	3%	-	-	1
	Autre	-	-	-	-	2	6%	1	3%	3
	Préfère ne pas dire	-	-	21	100%	-	-	34	97%	55
Orientation sexuelle*	Hétérosexuel(le)	91	93%	-	-	29	83%	-	-	120
	Bisexual	1	1%	-	-	-	-	-	-	1
	Gay/Lesbienne	2	2%	-	-	3	9%	-	-	5
	Préfère ne pas dire	4	4%	-	-	2	6%	1	3%	7
	Autre	-	-	-	-	1	3%	1	3%	2
	N'a pas répondu	-	-	21	100%	-	-	33	94%	54

## 4.2 L'efficacité des initiatives

L'efficacité des initiatives du site de projet est présentée par groupe de participants et par thème évalué au cours du projet.

### 4.2.1 L'aptitude personnelle des bénéficiaires

Pour l'analyse de l'aptitude personnelle mesurée par le PAM-13, nous avons utilisé la méthode recommandée pour combiner les scores des niveaux 1 et 2 (indiquant l'inactivité) et les scores des niveaux 3 et 4 (indiquant la participation), afin d'évaluer les changements entre le point initial et la fin de l'initiatives. Sur l'ensemble des sites, les participants 'inactifs' au point initial (M = 48,30, SD = 4,44) ont affiché une augmentation statistiquement significative de leur aptitude personnelle à la fin de l'initiatives (M = 51,10, SD = 10,72) ; (t = -1,909, df = 44, p < 0,05).

Tableau 5b Données démographiques du personnel

		Pays								
		Belgique		France		Pays-Bas		Royaume-Uni		Total
Total		N=98		N=21		N=35		N=35		189
Niveau d'enseignement le plus élevé	N'a pas fréquenté l'école	2	2%	-	-	-	-	-	-	2
	A réussi le lycée	21	21%	2	10%	6	17%	2	6%	31
	Études supérieures	64	65%	9	43%	15	43%	5	14%	93
	Diplôme universitaire	8	8%	10	48%	8	23%	13	37%	39
	Autre	3	3%	-	-	6	17%	14	40%	23
Type de personnel	Membre du personnel salarié	94	96%	18	86%	23	66%	35	100%	170
	Membre du personnel bénévole	4	4%	3	14%	12	34%	-	-	19
Rôle	Gérant ou supervisant l'approche d'EMPOWERCARE	12	12%	15	71%	7	20%	14	40%	48
	Responsable de la mise en œuvre de l'approche d'EMPOWERCARE	86	88%	6	29%	28	80%	20	57%	140
Années à l'Organisation	Moins d'un an	5	5%	2	10%	2	6%	2	6%	11
	1-2 ans	5	5%	3	14%	3	9%	2	6%	13
	3-5 ans	2	2%	5	24%	2	6%	1	3%	10
	6-10 ans	8	8%	2	10%	1	3%	6	17%	17
	11-15 ans	2	2%	-	-	4	11%	4	11%	10
	Plus de 15 ans	9	9%	-	-	2	6%	2	6%	13
	N'a pas répondu	-	-	5	24%	-	-	-	-	5

1 Les cas ont été ajustés en fonction des critères d'inclusion/exclusion, avec un échantillon total de 50 pour la méthode d'évaluation contingente et de 63 pour la PCS.

le niveau de référence (T0) (M = 33,01, ET = 6,43) et la fin des initiatives (M = 34,99, ET = 9,11), mais ce progrès n'est pas statistiquement significatif ( $t = -1,961$ ,  $df = 62$ ,  $p > 0,05$ ). Par conséquent, comme le montre la figure 3, les bénéficiaires ont enregistré une amélioration statistiquement significative de leur santé mentale et une tendance positive à l'amélioration de leur santé physique à la fin des initiatives.

Les participants aux initiatives conceptuelles (n= 31) ont particulièrement constaté une amélioration de leur santé mentale. Pour ceux dont le score était faible et révélateur d'un trouble dépressif au point initial (T0) (M = 35,74, ET = 6,05), une amélioration statistiquement significative a été constatée à la fin des initiatives (T2) (M = 45,24, ET = 9,55) ( $t = -5,569$ ,  $df = 30$ ,  $p < 0,001$ ).

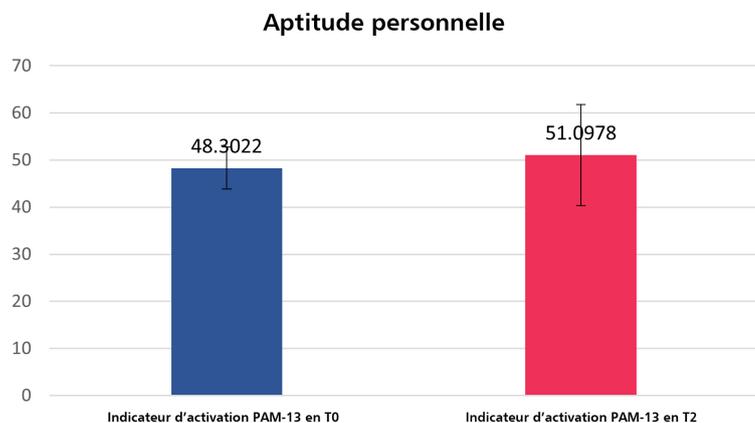


Figure 2 Scores médians en termes d'aptitude personnelle avant et après l'initiatives

Les participants aux initiatives basées sur la technologie ont également connu une amélioration des scores de santé mentale à la fin des initiatives, mais celle-ci ne s'est pas avérée statistiquement significative (voir la figure 4 pour les scores médians de santé physique et mentale au point initial et à la fin de l'initiatives pour les bénéficiaires qui ont pris part à des initiatives conceptuelles).

Le bilan des discussions des groupes de réflexion a confirmé les améliorations dans ce domaine. On trouvera ci-dessous une illustration de l'évolution positive vers une meilleure santé physique, telle qu'elle a été rapportée par les bénéficiaires:



Image 1 (bénéficiaire français, image du carré bleu dans le cadre de Photovoice)

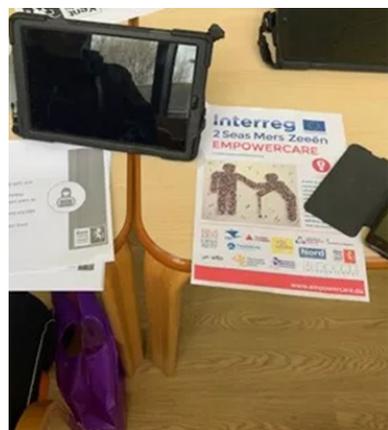


Image 2 (bénéficiaire britannique, image de la Tableautte dans le cadre d'un Photovoice)

### Bien-être mental

Dans tous les sites<sup>2</sup>, pour les participants ayant signalé un bien-être mental moyen ou faible, le score médian de bien-être a augmenté entre le point initial (T0) (M = 21,93, ET = 3,05) et la fin de l'initiatives (T2) (M = 22,02, ET = 3,37), bien que cette tendance positive ne soit pas statistiquement significative ( $t = -0,261$ ,  $df = 82$ ,  $p=0,795$ ) (voir la figure 5 pour les scores médians de bien-être mental au point initial et à la fin de l'initiatives).

Sur l'ensemble des sites ayant adopté une initiative conceptuelle (n=48), pour les participants ayant signalé un bien-être mental moyen ou faible, les scores médians de bien-être ont augmenté entre le point initial (T0) (M

Les cas ont été ajustés en fonction des critères d'inclusion/exclusion, ce qui a donné un échantillon total de (n=83)

= 21,62, ET = 3,58) et la fin de l'initiatives (T2) (M = 22,35, ET = 3,87), bien que cette tendance positive ne soit statistiquement significative ( $t = -1,559$ ,  $df = 47$ ,  $p > 0,05$ ) (voir la figure 6 pour les scores médians de bien-être mental au point initial et à la fin de l'initiatives pour les participants aux initiatives conceptuelles).

Les discussions des groupes de réflexions en Belgique ont permis de mieux évaluer le bien-être mental des bénéficiaires.

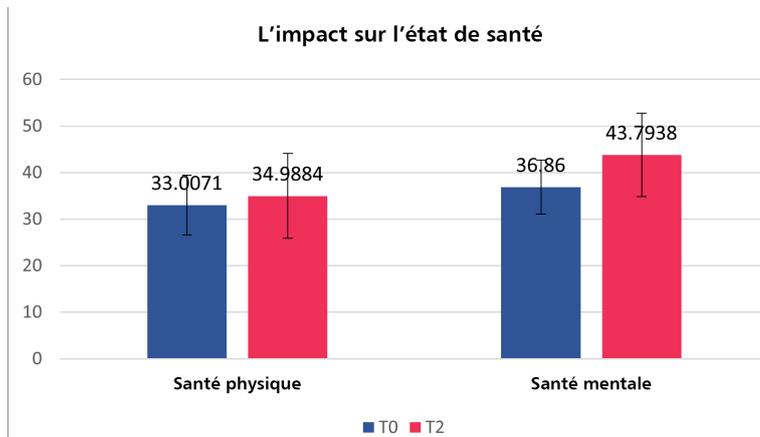


Figure 3 Scores médians de santé physique et mentale avant et après l'initiatives

Un bénéficiaire qui réfléchissait à l'exposition Photovoice a noté qu'une photo n'était pas nette, mais foncée, et qu'elle évoquait des pensées négatives qui compromettaient son bien-être:

*"J'aime avoir beaucoup de lumière de jour et de lumière luxuriante dans la salle de séjour de mon palier, cela influence grandement mon humeur. Je trouve qu'il y a peu de lumière dans le salon du 2ème étage. Mon salon est souvent trop sombre, j'ai besoin de beaucoup de lumière de jour. En hiver, ça me donne une impression d'obscurité qui perturbe mon humeur"* (bénéficiaire belge)

Pour ceux en revanche qui ont participé à des activités de groupe (images 3a et 3b):

*"Combiner contact social et exercice physique pour apprendre à connaître les autres résidents d'une manière nouvelle me dynamise et me rend plus persévérant"* (bénéficiaire belge)

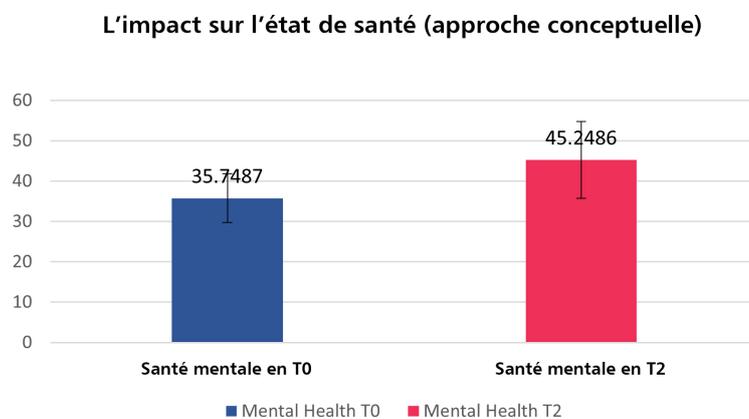


Figure 4 Scores médians de santé physique et mentale avant et après l'initiatives (initiatives conceptuelles uniquement)

Un autre bénéficiaire a déclaré à propos de l'initiatives en Belgique:

*"Je me sens plus heureux et je peux faire plus de choses de manière indépendante"*.

*"J'ai du mal à prendre du temps et je me suis rendu compte que j'en avais besoin. C'était le moment pour moi de découvrir ce que nous pouvions faire. Faire du sport, c'est bon pour la santé. Je ne fais plus de sport parce que je n'en ai pas envie mais les activités de (nom anonyme) l'ont ranimée en moi et j'ai repris la natation dans le même créneau horaire que (anonyme). S'il sourit, je souris"* (bénéficiaire français)

Les données qualitatives ont pour la plupart montré des résultats positifs pour le bien-être mental des bénéficiaires lorsqu'ils ont pu acquérir une plus grande autonomie et une plus grande liberté, même si cela n'a pas toujours été le cas, certains bénéficiaires estimant qu'il y avait des moments où l'on pouvait faire plus pour les soutenir.

## Solitude

Tous sites confondus, il n'y a pas eu de diminution significative du niveau de solitude signalée, en général et par

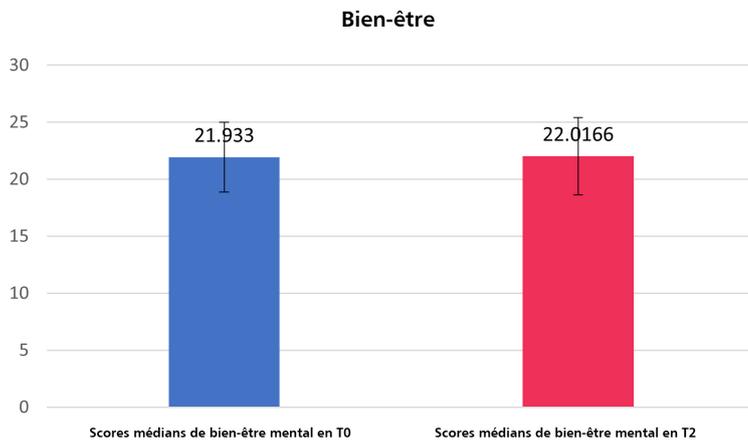


Figure 5 Scores médians de bien-être mental au point initial et en fin d'initiatives

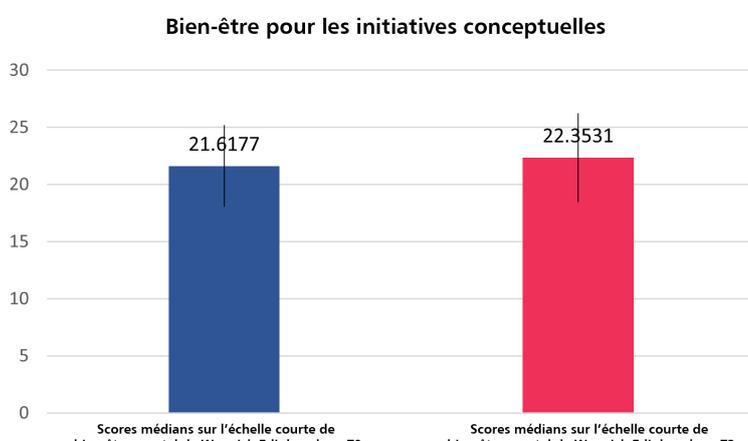


Figure 6 Scores médians de bien-être mental au point initial et en fin d'initiative chez les participants aux initiatives conceptuelles

catégorie (émotionnelle et sociale), pour les participants qui ont déclaré se sentir seuls au début des initiatives (voir la figure 7 pour les scores médians de solitude au point initial et au terme des initiatives).

Pour les participants aux initiatives conceptuelles (n=60), qui ont déclaré se sentir seuls au début des initiatives, une légère diminution de la solitude émotionnelle a été observée entre le point initial (T0) (M = 2,15, ET = 0,86) et le point final (T2) (M = 2,11, ET = 0,96), bien que ce changement ne soit pas statistiquement significatif ( $t = -0,314$ ,  $df = 59$ ,  $p > 0,05$ ) (voir la figure 8 pour les scores médians de solitude au point initial et au point final des initiatives pour les bénéficiaires d'initiatives conceptuelles).

Les résultats de l'analyse des données qualitatives ont apporté un regard nouveau aux expériences de solitude vécues par les participants pendant les initiatives. En fait, l'analyse a démontré l'impact positif des initiatives sur la réduction des niveaux de solitude des bénéficiaires. Par exemple, un bénéficiaire néerlandais a choisi une image emoji (image 4) avec une formulation qui veut dire "J'aime ça", en commentant sa sélection ainsi:

*"Je n'ai pas vraiment d'objectif personnel. Participer aux activités numériques me permet de me recréer. J'aime rencontrer d'autres personnes, j'en ai besoin. Parfois, c'est bien triste à la maison"* (bénéficiaire néerlandais)



Images 3a & 3b (bénéficiaire belge, image Photovoice des jeux de mobilité ou d'exercice en groupe)

De même, un bénéficiaire français a fait part de ses pensées profondes dans ce domaine lors d'une discussion des groupes de réflexions, en déclarant:

*"Cela m'a aidé à échapper à ma solitude. Mon médecin m'a dit: "Vous ne devez pas rester comme ça, mais ne m'a pas dit quoi faire. J'ai même songé au suicide. Je l'aurais peut-être fait. Je ne serais pas là aujourd'hui. Maintenant, je sais que je peux compter sur quelqu'un, cela a brisé mon isolement. Je peux appeler mon infirmière, les jeunes d'Unicity, ma femme de ménage. Je peux compter sur ces personnes. J'ai une petite liste dans mon carnet"* (bénéficiaire français)

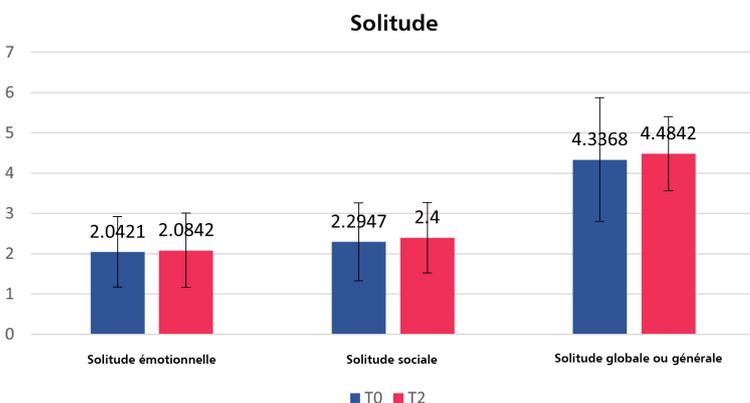


Figure 7 Scores médians de solitude au point initial et au terme des initiatives

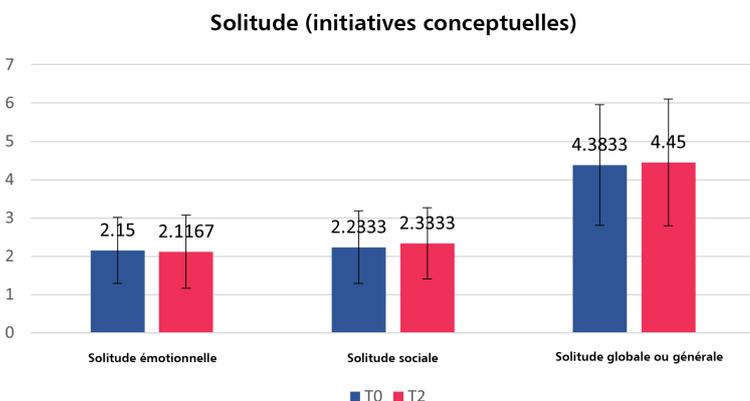


Figure 8 Scores médians de solitude au point initial et au point final des initiatives pour les bénéficiaires d'initiatives conceptuelles



Image 4 (Bénéficiaire néerlandais, Image Photovoice d'un emoji joyeux)

La citation française est percutante et souligne la profondeur de la solitude éprouvée par les participants. Les deux témoignages attestent du sentiment de solitude que les bénéficiaires ressentaient avant l'initiatives et de l'incidence positive que celle-ci a eue sur leur vie.

Dans l'ensemble, les données qualitatives sur le bien-être social et émotionnel ont confirmé que les initiatives du projet avaient eu un impact positif sur les bénéficiaires. Les citations suivantes en portent témoignage et sont tirées des discussions des groupes de réflexion:

*"J'ai mis en œuvre tout un tas de choses. Je me suis construit une vie, des relations avec le monde extérieur, avec des gens qui m'ont aidé à m'ouvrir, à rencontrer les autres"* (bénéficiaire français)

*"Je m'occupe des soins avec ma sœur. Depuis qu'elle est ici, les soins sont meilleurs et elle s'épanouit à nouveau, osant faire elle-même des choses qu'elle ne faisait plus chez elle"* (acteur communautaire belge)

### 4.2.3 Culture numérique des bénéficiaires

#### *Le recours à internet pour la santé*

Lorsque l'on analyse les résultats de l'enquête sur l'ensemble des sites, le recours à internet pour la santé tel que signalé par les bénéficiaires a changé à la fin de l'initiatives (voir la figure 9 pour les scores médians du recours à internet pour la santé au point initial et au terme des l'initiatives).

Néanmoins, pour les sites centrés sur la technologie (n = 35), le recours à internet pour la santé a augmenté entre le point initial (T0) (M = 23,00, ET = 7,62) et la fin des initiatives (T2) (M = 24,26, ET = 6,99), bien que le changement positif ne soit pas statistiquement significatif (t = -1,223, df = 34, p > 0,05) (voir la figure 10 pour les scores médians

du recours à internet au point initial et à la fin des initiatives pour les bénéficiaires des initiatives centrées sur la technologie).

Les données qualitatives recueillies auprès des bénéficiaires ont confirmé les résultats de l'enquête en ce qui concerne les personnes participant à des initiatives centrées sur la technologie. Ils ont déclaré se sentir plus à l'aise avec le numérique et plus confiants lorsqu'il s'agit d'utiliser la technologie pour répondre à leurs besoins en matière de santé physique et mentale et pour rester connectés aux réseaux sociaux.

Un bénéficiaire britannique a choisi l'image 5 lors de l'exercice Photovoice et a déclaré à son sujet:

*"Je me sens plus sûr de moi lorsque j'utilise le téléphone et j'ai appris à faire beaucoup plus de choses, par exemple à utiliser les majuscules et la torche. C'était vraiment bien pour le soir où nous sommes allés au concert. Je me sens plus à l'aise quand je reçois et j'envoie des SMS. Avant, je ne savais pas que les messages attendaient dans la boîte d'envoi - que je devais faire défiler vers le bas et appuyer sur 'envoyer', alors j'avais des messages que je pensais avoir envoyés mais qui n'étaient pas partis, mais maintenant je sais quoi faire. Je ne pouvais pas lire ce que j'avais envoyé, mais maintenant je*

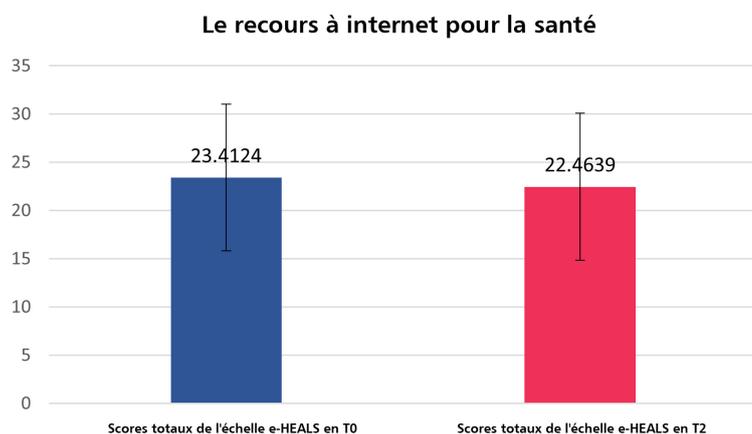


Figure 9 Scores médians du recours à internet pour la santé au point initial et au terme des initiatives

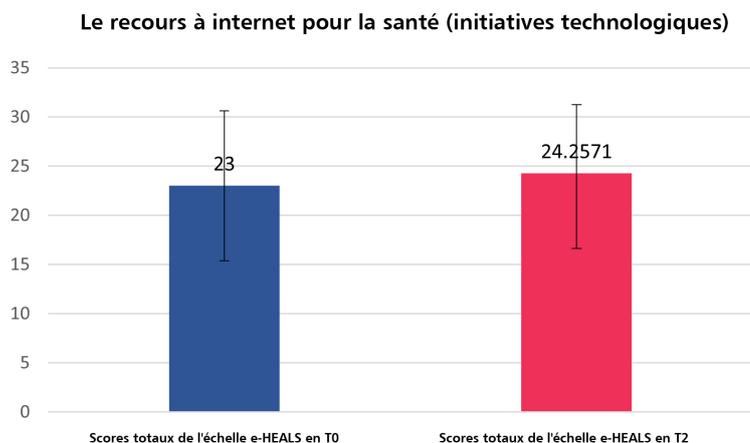


Figure 10 Scores médians du recours à internet pour la santé au point initial et à la fin des initiatives pour les bénéficiaires des initiatives centrées sur la technologie

*peux le faire"* (bénéficiaire britannique)

Un bénéficiaire belge a choisi l'image d'une boucle de lecture et a déclaré : " J'aime me tenir au courant de l'actualité, être indépendant, lire et faire partie d'un groupe d'action."

Lors d'une discussion des groupes de réflexion, un bénéficiaire français a déclaré : " J'aime me tenir au courant de l'actualité, être indépendant, lire et faire partie d'un groupe d'action."

Les données qualitatives sur la culture numérique témoignent de son développement chez les bénéficiaires et de la manière dont cela leur a permis de partager leurs expériences avec d'autres, de se sentir indépendants et autonomes et d'entrer en contact avec d'autres personnes.



Image 5 (Bénéficiaire britannique, image Photovoice de son téléphone mobile)

### Technophilie

L'analyse des scores sur l'ensemble des sites n'a pas révélé de changements significatifs chez les bénéficiaires au niveau de leur engouement ou de leur anxiété technologique (voir la figure 11 pour les scores médians d'engouement et d'anxiété technologique au point initial et à la fin des initiatives).

Néanmoins, les participants aux initiatives centrées sur la technologie (n = 35) ont fait état d'une augmentation des scores globaux de l'indice technologique entre le point initial (T0) (M = 2,05, ET = 0,44) et la fin des initiatives (T2) (M = 2,12, ET = 0,37), bien que le changement ne soit pas statistiquement significatif (t = -1,009, df = 34, p > 0,05). De même,

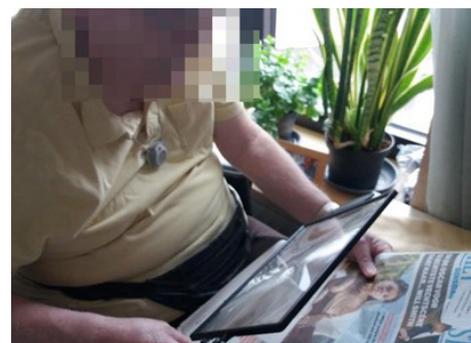


Image 5 (Bénéficiaire belge, image Photovoice d'une boucle de lecture)

l'anxiété vis-à-vis de la technologie a augmenté entre le point initial (T0) (M = 1,88, SD = 0,66) et la fin des initiatives (T2) (M = 1,93, SD = 0,54), mais cette augmentation n'était pas statistiquement significative (t = - 0,369, df = 34, p > 0,05). L'engouement des techniciens a augmenté entre le point initial (T0) (M = 2,21, SD = 0,67) et la fin des initiatives (T2) (M = 2,31, SD = 0,65), bien que le changement ne soit pas statistiquement significatif (t = -0,842, df = 34, p > 0,05). Cela signifie que pour les bénéficiaires qui ont participé à une initiative centrée sur la technologie, les différences entre l'engouement et l'anxiété technologiques n'étaient pas suffisamment importantes pour être considérées comme statistiquement significatives, bien que l'engouement technologique ait montré une tendance positive. Pour les bénéficiaires ayant participé à des initiatives conceptuelles, l'engouement et l'anxiété technologique ne diffèrent pas non plus de manière significative (voir la figure 12 pour les scores médians d'engouement et d'anxiété technologique au point initial et à la fin des initiatives pour les bénéficiaires des initiatives centrées sur la technologie).

Technophilie.TechPH

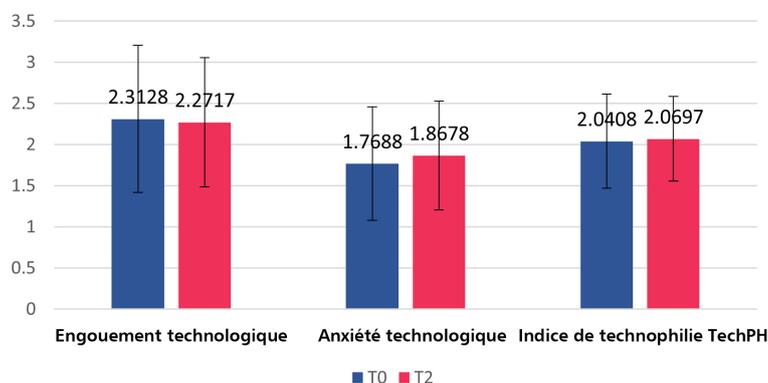


Figure 11 Scores médians d'engouement et d'anxiété technologique au point initial et à la fin des initiatives

Technophilie TechPH (Initiatives technologiques)

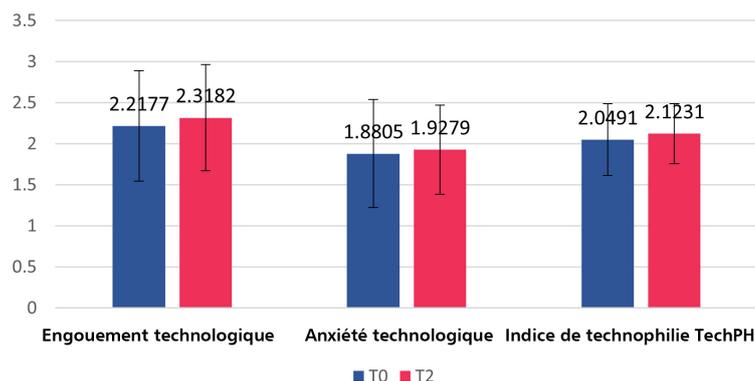


Figure 12 Scores médians d'engouement et d'anxiété technologique au point initial et à la fin des initiatives pour les bénéficiaires des initiatives centrées sur la technologie

Les données de Photovoice ont permis de

comprendre l'attitude des bénéficiaires à l'égard de la technologie. Un bénéficiaire basé au Royaume-Uni a choisi l'image d'un ordinateur portable (image 7) et l'a légendée en disant :

*"Pendant mon séjour chez vous, j'ai travaillé sur des courriels avec des images supplémentaires et sur Microsoft Office, créant des colonnes pour le travail à la bibliothèque. J'ai l'impression que le travail sur ordinateur va devenir de plus en plus difficile et que je ne serai pas capable de mener à bien les tâches qui me sont confiées. Je manque encore beaucoup de confiance en moi et cela m'inquiète"* (bénéficiaire britannique)

La plupart des bénéficiaires qui ont participé à l'exercice Photovoice ont indiqué qu'ils avaient gagné en confiance en apprenant à mieux utiliser la technologie, mais d'autres ont estimé que la confiance était quelque chose qu'il fallait encore renforcer. La légende de l'image 7 exprime la trépidation qui donne un aperçu intéressant de l'importance des sentiments d'appréhension liés à la vie à l'ère du numérique et de l'informatique pour les personnes âgées. Il convient également

de noter que la navigation sur ordinateur portable peut être plus complexe que sur téléphone portable non intelligent ou sur une boucle de lecture, et qu'apprendre à l'utiliser peut donc s'avérer plus intimidant. Un membre du personnel britannique a laissé entendre lors d'une discussion de groupes de réflexion qu'il fallait trouver une solution : ' Il s'agit d'accroître la confiance de la personne et de réduire la crainte de la technologie pour que les gens l'adoptent '. L'expression de l'appréhension du bénéficiaire est ce que les approches réalistes appellent des pépites d'or (des pépites de sagesse que l'on peut trouver dans des ensembles de données limitées) (Pawson, 2006). Ces récits nous donnent des indications potentiellement plus profondes sur ce que l'on sait déjà de la littérature disponible sur les appareils numériques et les processus de numérisation qui façonnent de plus en plus les sphères sociales des personnes âgées.

Dans l'ensemble, les données qualitatives témoignent des bienfaits pour le bien-être, l'autonomie, la confiance et la connaissance des technologies pour les bénéficiaires. Deux bénéficiaires français en sont l'illustration :

*"Je n'ai pas osé dire à mon fils que je n'allais pas bien. Mon fils a senti que quelque chose n'allait pas. J'ai eu du mal à lui demander, je ne voulais pas le déranger. J'ai fini par le lui dire et maintenant, il m'envoie un SMS ou j'entends mon arrière-petite-fille au téléphone qui me dit "areuh" et cela fait mon bonheur toute la semaine."* (Bénéficiaire Français)

*"Je ne me passe plus de ma Tableutte à laquelle je suis devenue accroc. Chaque jour, j'envoie un mot à mon petit-fils. Mon souhait était d'aller à Montréal pour le voir, ce qui se fera en septembre avec mon fils."* (Bénéficiaire Française)

#### **4.2.4. Caractère centré sur la personne des soins administrés par le personnel**

##### *Caractère centré sur la personne de l'environnement*

Sur l'ensemble des sites, pour ceux dont le score au point initial était inférieur à la moyenne, les scores médians ont augmenté entre le point initial (T0) (M = 52,56, ET = 4,38) et la fin des initiatives (T2) (M = 58,16, ET = 8,26), et cette amélioration a été statistiquement significative ( $t = -3.529$ ,  $df = 31$ ,  $p < 0,001$ ), ce qui indique que les initiatives du projet ont considérablement amélioré la capacité du personnel à se concentrer sur la personne (voir la figure 13 pour les scores médians de l'attitude centrée sur la personne et la qualité de l'environnement au point initial et à la fin des initiatives).

Des améliorations significatives similaires ont également été constatées dans les domaines plus spécifiques de cette échelle.

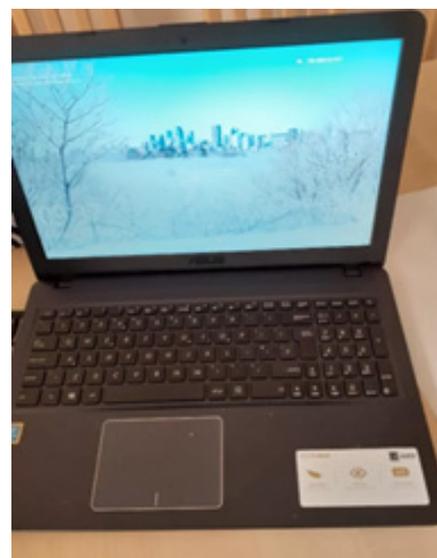


Image 7 (Bénéficiaire britannique, image Photovoice sur ordinateur portable)

Les scores du climat de sécurité ont augmenté entre le point initial (T0) (M = 12,16, ET = 1,61) et la fin des initiatives (T2) (M = 13,66, ET = 1,81), et cette amélioration était statistiquement significative ( $t = -4,349$ ,  $df = 31$ ,  $p < 0,001$ ), ce qui indique que les initiatives du projet ont augmenté de manière significative le sentiment du personnel d'être le bienvenu, d'être reconnu et d'être accepté pour ce qu'il est.

Les scores d'ambiance et de vie quotidienne ont augmenté entre le point initial (T0) (M = 14,56, ET = 1,43) et la fin des initiatives (T2) (M = 15,75, ET = 3,03) de manière statistiquement significative ( $t = -2,178$ ,  $df = 31$ ,  $p < 0,05$ ), ce qui montre que les initiatives du projet ont significativement augmenté le sentiment des membres du personnel que leur lieu de travail est chaleureux, esthétiquement agréable, calme et paisible, propre et bien rangé.

Les scores du climat communautaire ont augmenté entre le point initial (T0) (M = 10,81, ET = 1,55) et la fin des initiatives (T2) (M = 11,72, ET = 2,29), bien que ce changement n'ait pas été statistiquement significatif ( $t = -1,879$ ,  $df = 31$ ,  $p > 0,05$ ).

Les scores du climat de compréhension ont augmenté entre le point initial (T0) (M = 15,03, SD = 2,36) et la fin des initiatives (T2) (M = 17,03, SD = 2,61) de manière statistiquement significative ( $t = -3,134$ ,  $df = 31$ ,  $p < \dots$ ). 05), indiquant que les initiatives du projet ont augmenté significativement les sentiments du personnel par rapport au fait que le lieu de travail est un endroit où les patients sont entre de bonnes mains, où le personnel utilise un langage que les patients peuvent comprendre, où il est facile pour les patients de les aborder et où les patients trouvent un interlocuteur s'ils le souhaitent (voir la figure 14 pour les scores médians des sous-échelles de l'attitude centrée sur la personne et la qualité de l'environnement au point initial et à la fin de l'initiative).

Les données issues des discussions des groupes de réflexion viennent corroborer le renforcement de l'attitude centrée sur la personne. Un membre du personnel volontaire britannique a confirmé cela par les mots suivants :

*“Avoir un contact avec une personne isolée fait toute la différence dans la vie et le bien-être. En tant qu’ambassadeur numérique, vous apprenez à connaître la personne que vous aidez et vous créez un lien avec elle. Parfois, vous finissez par en apprendre beaucoup plus sur elle et sur ses besoins. On ne se rend pas toujours compte de la différence que l’on aura faite dans la vie d’une personne et de l’impact que cela aura eu”* (membre britannique du personnel bénévole)

Un membre du personnel belge ayant incarné les valeurs holistiques dans le cadre de son travail témoigne en ces termes :

*“J’aime mon travail ici, où je peux vraiment prendre le temps de chercher avec d’autres la valeur ajoutée de l’autonomie, quelle qu’elle soit pour quiconque, parce que l’autonomisation est différente pour chacun”* (travailleur belge).

Les citations ci-dessus parlent de la transformation de la vie des gens rendue possible lorsque l'on se concentre sur les besoins de tout un chacun.

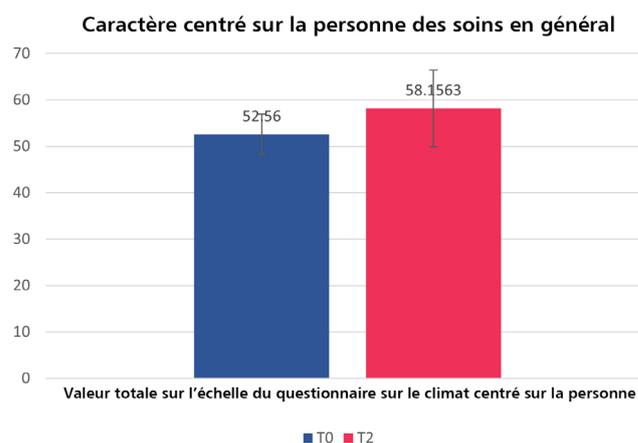


Figure 13 Scores médians du caractère centré sur la personne de l'environnement au point initial et à la fin des initiatives

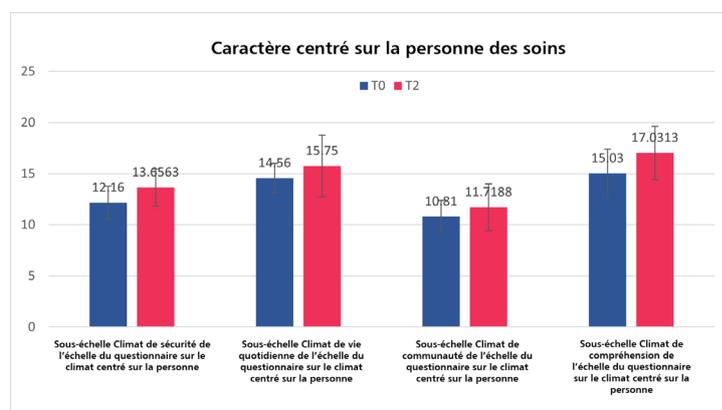


Figure 14 Scores médians des sous-échelles du caractère centré sur la personne de l'environnement au point initial et à la fin de l'initiative

## 4.2.5. WAdoption des technologies par le personnel

### Le compteur de santé en ligne e-Health

Un formulaire de contact du compteur de santé en ligne e-Health a été comparé à T0 et T2 et a permis de mesurer l'augmentation dans l'utilisation de la technologie parmi les membres du personnel. Deux sites ont été en mesure de fournir des données pour cette mesure. Bien que l'on ne puisse pas en déduire grand-chose, il a été possible de dégager quelques nouveaux points. Dans un des sites, il y a eu une forte baisse de l'utilisation des technologies après la fin d'une de ces initiatives. Dans un autre site, le nombre de minutes durant lesquelles la technologie a été utilisée a augmenté de 86,7 % à T1 pendant l'initiative par rapport au point initial à T0. Voir la figure 15 pour le nombre total de minutes sur l'ensemble des périodes d'évaluation. En comparant les données collectées à T0 et à T2, on constate une diminution de l'adoption et de la fréquence d'utilisation de la technologie de 29,87 %, soit une baisse de 116,7 % par rapport à T0. Cela signifie une diminution de 116,7 % entre le moment où les intervenants ont rejoint l'initiative et le moment où celle-ci a pris fin. De même, bien qu'il n'y ait pas eu de données au point initial comparant T0 et T1, après l'initiative, il y a eu une diminution de 47,37 % de l'adoption et de la fréquence des occasions où la technologie a été empruntée à T1 par rapport à T2 dans un des sites. Voir la figure 16 pour le nombre total de fois où des appareils ont été empruntés aux différents moments de l'évaluation.

### Adhésion à la technologie

Sur l'ensemble des sites, les résultats de l'enquête sur l'attitude du personnel à l'égard de la technologie n'ont montré aucun changement entre le point initial et la fin des initiatives ( $t = 1,597$ ,  $df = 81$ ,  $p > 0,05$ ). (Voir la figure 15 pour les scores médians sur l'attitude du personnel vis-à-vis de la technologie au point initial et à la fin des initiatives).

De même, il n'y a pas eu de différence entre le personnel participant à des initiatives centrées sur la technologie et celui participant à des initiatives conceptuelles.

Lors de la discussion autour de l'adoption des technologies des groupes de réflexion, les membres du personnel ont

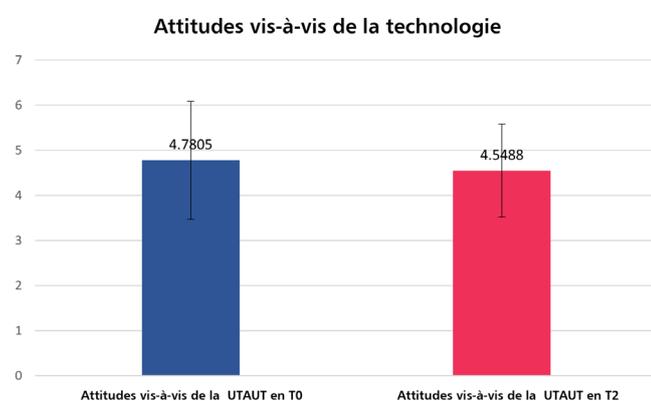


Figure 15 Scores médians illustrant l'attitude du personnel vis-à-vis des technologies au point initial et après les initiatives

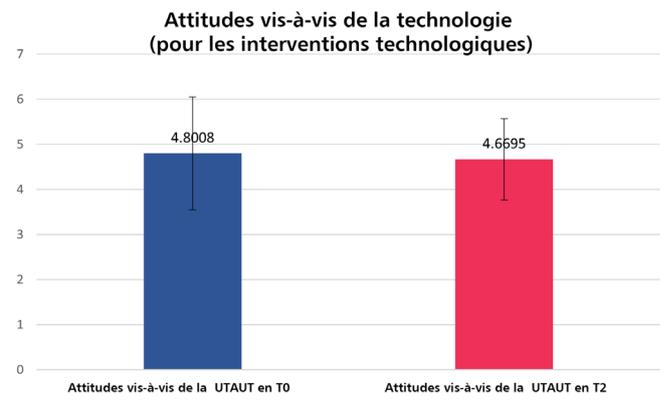


Figure 16 Scores médians illustrant l'attitude du personnel vis-à-vis des technologies au point initial et après les initiatives pour les bénéficiaires des initiatives centrées sur la technologie

évoqué la nécessité d'intégrer les technologies à leur travail. Certains ont également fait valoir que les restrictions imposées par la COVID-19 étaient en partie à l'origine de cette nécessité.

Un membre néerlandais du personnel a déclaré:

*"La COVID nous a obligés à travailler en ligne. Nous voulions que nos clients nous rejoignent dans cette démarche".*

Un membre du personnel britannique a fait remarquer:

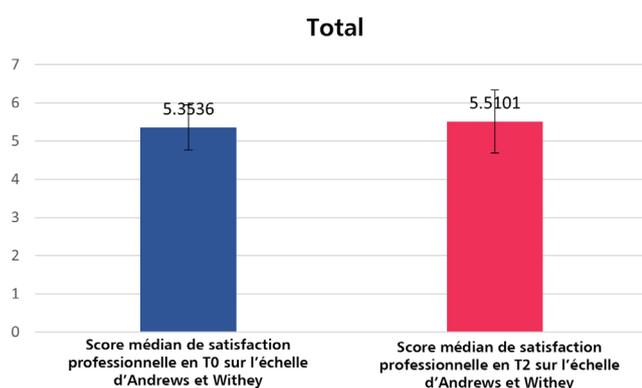
*"Depuis le confinement, nous dépendons du numérique - alors imaginez comment nos clients*

*pourraient en bénéficier, par exemple grâce à des appareils qui leur rappelleraient de prendre leurs médicaments. Notre équipe doit en être consciente et ne pas craindre cela, la technologie doit faire partie de la culture de l'équipe, c'est à la BDU [un département organisation] de se renseigner sur les nouvelles technologies et de faire en sorte que l'équipe les adopte - c'est injuste que les clients ne sachent pas toujours ce qui est à disposition"* (membre du personnel britannique)

De même, un membre du personnel bénévole au Royaume-Uni a fait remarquer ce qui suit:

*"La Tableutte Samsung était une nouveauté pour moi. J'avais l'habitude d'utiliser un I-pad, ce qui signifie que j'ai dû réapprendre moi-même à utiliser les appareils Samsung. Les personnes que j'ai aidées sont devenues très douées pour l'utilisation des Tablettes, mais elles ont aussi gagné en confiance en ce qui concerne l'utilisation de leurs téléphones porTableaus"* (membre britannique du personnel bénévole)

Dans l'ensemble, les témoignages du personnel provenant des données qualitatives montrent que celui-ci comprend et reconnaît les avantages pour les bénéficiaires d'adopter la technologie, tout en reconnaissant que ces derniers ont également besoin d'être soutenus pour gagner en confiance et y adhérer. Les membres du personnel au Royaume-Uni l'ont bien illustré en raison de l'existence d'une initiative spécifique destinée à leur faciliter leur recours à la technologie sur leur site. Ils ont déclaré:



*"La technologie est une expérience valorisante"* (membre du personnel au Royaume-Uni)

*"Nous commençons à constater que le personnel pense à la technologie avant toute chose, depuis l'introduction d'EMPOWERCARE"* (membre du personnel au Royaume-Uni)

*"Le fait d'avoir quelqu'un sur qui vous pouvez compter et qui vous contacte pour vous apporter son soutien permet de renforcer votre confiance en vous et votre goût pour les expériences nouvelles que vous pourriez partager par la suite avec les personnes que vous accompagnez"*

Figure 17 Scores médians de satisfaction professionnelle du personnel au point initial et après les initiatives

(membre du personnel britannique)

*"La valeur du TILF est impressionnante et indispensable au changement des mentalités"* (membre du personnel au Royaume-Uni)

## 4.2.6 Formation du personnel et satisfaction

### Satisfaction professionnelle

Tous sites<sup>3</sup> confondus, il n'y a pas eu de changement statistiquement significatif dans la satisfaction professionnelle du personnel déclarée dans le cadre des initiatives.

De la même manière, la satisfaction professionnelle a été peu évoquée dans Photovoice et lors des discussions des groupes de réflexion. Néanmoins, l'exposition de photos au Royaume-Uni a suscité quelques réactions dans ce domaine. Un membre bénévole du personnel s'est exprimé en ces termes:

*"Avec la COVID, il a été très difficile de trouver du temps. Le programme est une bonne idée et j'ai le sentiment d'avoir pu aider la personne que j'ai accompagnée. Il suffit de partager ce dont on a envie*

<sup>3</sup> Les cas ont été ajustés en fonction des critères d'inclusion/exclusion, ce qui a donné un échantillon total

sur Facebook. La COVID a représenté un véritable défi, mais l'expérience a été gratifiante' (membre britannique du personnel bénévole)

### L'impact de la formation du personnel

L'impact de la formation du personnel a été mesuré à l'aide de l'échelle NoMAD à la fin de l'initiative. Sur l'ensemble des sites (n = 105), les scores moyens étaient plus élevés sur certaines sous-échelles de NoMAD, telles que le suivi réflexif (M = 2,67, ET = 1,02) et l'action collective (M = 2,67, ET = 0,70), par rapport à la cohérence (M = 2,55, ET = 1,02) et à la participation cognitive (M = 2,23, ET = 0,95) (voir la figure 18 pour les scores médians de chacune des sous-échelles de NoMAD).

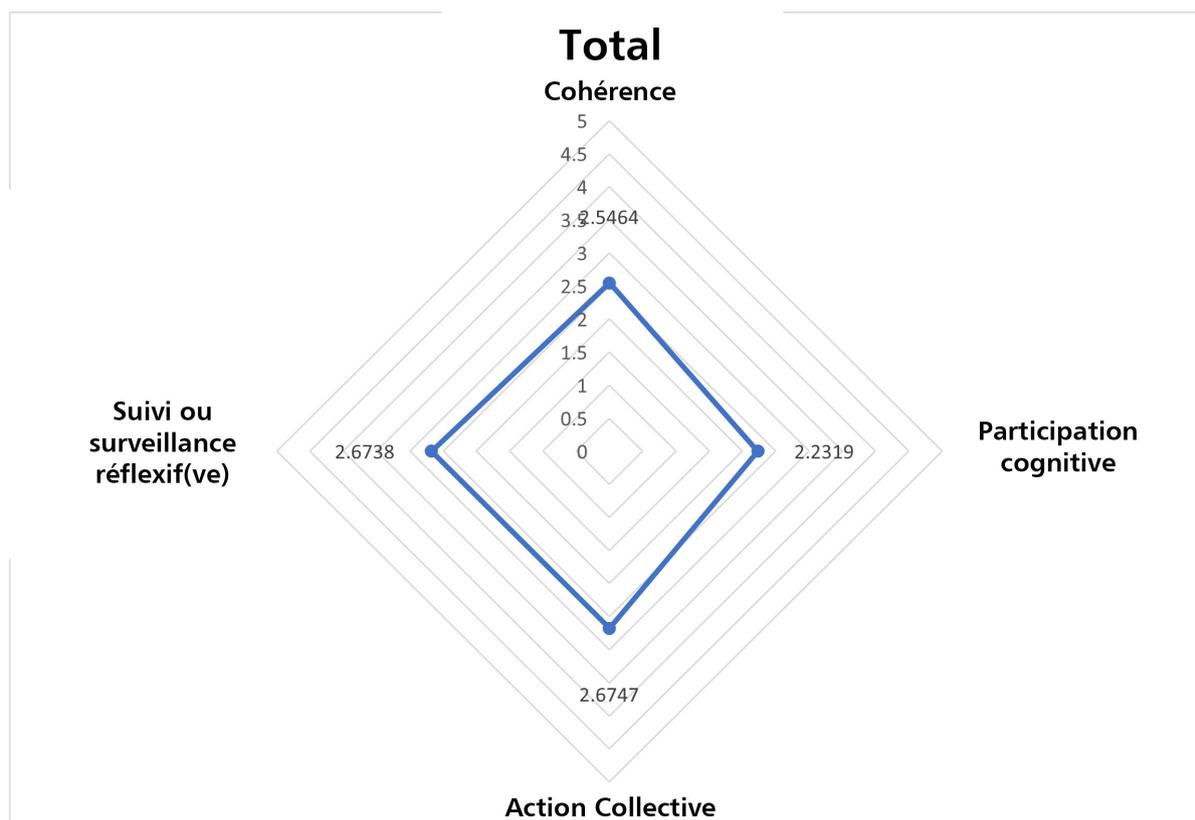


Figure 18 Scores médians de chaque sous-échelle de NoMAD

Un certain nombre de membres du personnel belge ont fait état de l'impact positif de la formation du personnel sur leur pratique. Les citations suivantes illustrent la façon dont le suivi réflexif et le travail collectif en particulier font partie de leur pratique. Un membre du personnel belge a déclaré:

*J'écoutais, j'avais du temps et je prenais le temps de réfléchir à mon comportement'* (membre belge du personnel)

Un autre a fait remarquer ce qui suit:

*'Nous sommes très occupés, mais nous prenons le temps de réfléchir à notre comportement. Nous sommes très occupés, mais nous remarquons à quel point il est important de prendre le temps de s'investir dans ce domaine et de gagner en maîtrise de soi'* (membre belge du personnel)

Et un troisième a fait le commentaire suivant:

*Il n'est pas difficile de prendre le temps d'investir dans la formation. Il n'est pas difficile de prendre le temps de converser, de mettre en place de nouvelles choses avec le résident et sa famille. Ce projet permet cela, et la valeur ajoutée se fait sentir.'* (membre belge du personnel)

Ces données indiquent que l'intégration de la formation a permis au personnel de comprendre l'importance de prendre du temps, de réfléchir et d'établir des liens, qui sont des compétences clés pour être centré sur la personne et les éléments nécessaires témoignant de la transformation du personnel.

## 4.2.7 Réflexion à long terme et durabilité

### *Analyse thématique des principes du 'Bon ancêtre'*

Le processus d'évaluation prévoyait des discussions en groupes de réflexion. Au point T2 de ces discussions, la collecte de données autour d'une nouvelle approche reposant sur les principes du « Bon ancêtre » (Krznaric, 2020) a été intégrée à l'évaluation postérieure à l'initiative afin de promouvoir et d'encourager les participants à adopter une perspective à long terme pour exprimer leurs choix et préférences quant aux décisions à prendre. La raison en était que les personnes interrogées avaient participé à l'initiative d'EMPOWERCARE et que, sur la base de leurs expériences, cette approche allait permettre de mettre en valeur leurs idées et leurs visions d'un point de vue élargi prenant en compte les besoins des générations futures. Guidée par les 6 principes, l'analyse narrative thématique du « Bon ancêtre » a été menée et présentée sous les thèmes suivants : Justice ou équité intergénérationnelle, esprit d'héritage, humilité du « temps profond », pensée cathédrale, gestion holistique et objectif transcendant.

### *Justice intergénérationnelle*

Les discussions ont tourné autour des motivations cruciales pour la prise en compte des générations futures qui vivront au sein de la collectivité locale au-delà de l'existence des générations présentes. La motivation la plus probante a été la nécessité de se préoccuper des générations futures après le décès des participants. L'accent a été mis sur le maintien des contacts et des liens intergénérationnels, sur l'impact négatif sur le bien-être si les générations futures sont privées de soutien, et sur les inquiétudes soulevées quant à l'impact potentiel.

*'Un certain soutien sera nécessaire ; nous ne pouvons pas les en priver... Nous n'en sommes qu'au début du voyage numérique. Si les gens ne sont pas assistés par le numérique, les problèmes de protection augmenteront'* (membre britannique du personnel)

Par ailleurs, les discussions ont mis en évidence l'importance du maintien des liens intergénérationnels pour préserver la cohésion communautaire.

*'Le lien établi grâce à la technologie entre les deux générations permet de recréer un lien social'*  
(bénéficiaire français)

### *Esprit patrimonial*

En se demandant comment les participants aimeraient que les générations futures se souviennent de la génération actuelle, les discussions se sont concentrées sur le type de collectivité dont les participants aimeraient que les générations futures héritent. Les conversations ont permis de comprendre le genre de soins dont les participants pourraient avoir besoin à l'avenir, la nécessité de mettre fin à la précarité numérique et de veiller à ce que la **prochaine génération de personnes âgées** soit beaucoup plus consciente de l'importance du numérique et plus compétente en la matière.

*'Dans 20 ans, je serai au bout du rouleau et j'espère qu'il y aura du sang neuf pour me former ! EMPOWERCARE ne finira jamais, le besoin sera toujours là.'*  
(membre britannique du personnel bénévole)

*'Nous devons veiller à ce qu'il n'y ait plus de précarité numérique à l'avenir et à ce que l'utilisation de la technologie pour des choses telles que l'ouverture des rideaux soit abordable.'* (membre britannique du personnel)

*'La génération vieillissante d'aujourd'hui a du mal avec la technologie, mais cela va changer au fur et à mesure que les moins de 65 ans d'aujourd'hui vieilliront, ils seront plus confiants pour utiliser la technologie, pas tous, mais beaucoup d'entre eux'*  
(membre britannique du personnel bénévole)

### *Humilité du 'temps profond'*

Les discussions sur ce qui est considéré comme étant digne d'être défendu pour garantir la santé et le bien-être des générations futures ont été extrêmement fructueuses, car elles ont permis d'aborder les obstacles et les défis de la société et de consacrer du temps et de l'attention à la vie. Les principaux éléments déterminants de la bataille pour les générations futures sont la prévalence de l'isolement social et de la solitude dans la société, ainsi que les avantages du maintien de la cohésion sociale et communautaire. Un bénéficiaire belge a déclaré à propos de la perte potentielle de l'initiatives: *'Cela me manquerait vraiment. J'adore chanter et participer aux réunions'*.

Un participant britannique s'est inquiété de l'impact sur le bien-être à l'avenir si les leçons essentielles ne sont pas retenues et mises à profit :

*'Je suis préoccupée par l'isolement social et l'utilisation de la technologie pour l'interaction sociale, comme nous en avons le souvenir avec la pandémie'* (membre du personnel au Royaume-Uni)

Les conversations ont porté sur les possibilités de poursuivre l'investissement dans l'initiatives d'EMPOWERCARE:

*'Ce projet [l'initiatives EMPOWERCARE] a encore ajouté une corde à ce que nous pouvons fournir dans le domaine de l'aide sociale. La valeur de l'interaction entre les personnes est sans fin.'* (membre britannique du personnel)

Les participants ont discuté de la manière exacte de pérenniser les ressources et de veiller à ce qu'elles soient transmises aux générations futures, ainsi que de la poursuite des initiatives en mettant l'accent sur la prise de décision au niveau communautaire, et sur l'inclusion numérique.

*'Il est certain qu'il faut poursuivre certaines initiatives et réserver de la place à d'autres qui seront nouvelles, comme les cours d'informatique. Avec l'objectif sous-jacent que les gens prennent davantage soin de leurs proches [et] qu'ils s'aident et apprennent à se connaître dans la société frénétique d'aujourd'hui, en préservant le budget de proximité'* (participant belge)

*'DPréserver l'accès aux services numériques, en particulier pour les personnes les plus vulnérables. Les personnes âgées n'ont parfois pas de filet de sécurité... donc il faut disposer d'un centre dans chaque village... un élément mobile qui puisse attirer les quartiers pour que les gens se connectent au numérique facilement'* (participant belge)

### *Pensée cathédrale*

Les échanges de points de vue autour des initiatives à long terme qui pourraient être également menées pour assurer le bien-être des générations futures au-delà de l'existence des générations présentes ont donné lieu à des observations judicieuses. Les participants ont réfléchi à la manière de toucher les communautés les plus vulnérables, à des idées relatives aux interactions intergénérationnelles, au renforcement des liens dans les conditions actuelles, et à la croissance de l'infrastructure locale.

*'Nous ne sommes pas encore parvenus à toucher les personnes les plus vulnérables ; le défi est de savoir comment les atteindre. Nous devons certainement y réfléchir. Je ne pense pas que nous y soyons arrivés pour l'instant.'* (participant belge)

*'D'une part, nous avons le vieillissement de la population, mais aussi l'émergence de nouveaux quartiers avec de nombreuses familles jeunes, ces dernières années. Nous devons veiller à tirer profit de ce mélange et à faciliter davantage les liens entre les deux. Je ne peux pas affirmer qu'il y ait un besoin pour l'intergénérationnel, mais je pense qu'il y existe des occasions de le promouvoir. Le village de [nom du village] s'y prête aussi parfaitement car tout le monde se connaît et tout le monde se parle facilement'* (participant belge)

*'Je vois de nombreuses possibilités grâce au deuxième centre de services à [nom du village]. Le défi à relever sera de faire connaître nos interventions sur place. Lorsque nous serons sur place, c'est quelque chose qui peut venir spontanément, mais nous devons certainement, de toute manière, nous concentrer là-dessus'* (participant belge)

### *La gestion holistique*

Le débat a porté sur la perspective d'une voie différente pour les initiatives ou les services holistiques de santé et de bien-être dans les collectivités locales. Le principe de gestion holistique est essentiel pour le long terme. Les discussions étaient de nature conceptuelles et moins portées sur des idées et des solutions concrètes. Elles se sont concentrées sur la coopération entre les services, les approches participatives dans la prestation des services et l'attention portée aux groupes vulnérables dans les collectivités locales.

*'Nous voulons aborder cette question de manière très participative. Que souhaitent les habitants eux-mêmes en termes de prestations?'* (Participant belge)

*'La coopération entre les secteurs peut être améliorée, l'interaction serait bénéfique'* (Participant belge)

*'Je pense également à un groupe vulnérable de personnes seules, celles qui ont perdu leur partenaire. Nous pouvons faire quelque chose à ce sujet, pour rassembler ces personnes.'* (Participant belge)

### *Objectif transcendant*

Les conversations se sont concentrées sur ce qui devrait être considéré comme le but ultime de l'initiatives d'EMPOWERCARE en matière de santé et de bien-être pour les générations futures. Les discussions ont porté sur l'importance des services qui offrent des avantages intergénérationnels authentiques.

*'Au sein du département d'aide sociale (...), on est en contact, les uns avec les autres, mais aussi avec d'autres services. Il ne s'agit pas seulement d'un banc et d'arbres [référence à une initiative dans un parc], mais aussi d'un lien supplémentaire avec, par exemple, le bien-être psychologique des enfants. Créer des ponts'* (Intervenant belge)

*'Veillons à être très visibles et abordables, à atteindre tous les différents groupes de [nom du village] et songeons bien aux services à mettre en place. Nous ne voulons pas être une copie de [nom d'une autre initiative]. Comment toucher au mieux les gens? Comment travailler de la manière la plus coordonnée possible?'* (Intervenant belge)

*'Tous les villages peuvent être impliqués dans le projet et les gens peuvent être regroupés en réseaux. Ils doivent avoir cette possibilité et on la leur offre.'* (Intervenant belge)

*'Concrètement, il s'agit de rapprocher les gens par le biais de la technologie. Rapprocher les jeunes des moins jeunes de cette manière.'* (Intervenant belge)

## 5. RÉSULTATS D'ANALYSE COÛTS-AVANTAGES

### 5.1 Résultats de la méthode d'évaluation contingente concernant la volonté de payer pour l'initiatives d'EMPOWERCARE

Ce qui suit présente les réponses au questionnaire de la méthode d'évaluation contingente, complété par (n=105) participants.

Supposons que l'initiatives d'EMPOWERCARE se soit arrêtée et ne soit plus disponible, mais qu'un nouveau l'initiative similaire soit disponible dans votre communauté locale et qu'il soit gratuit. Seriez-vous prêt à participer à cette initiative de substitution ?

Cette question visait à déterminer si les participants qui ont pris part aux initiatives d'EMPOWERCARE considéraient que l'accès à ces initiatives était avantageux. Les résultats indiquent que (n=81) participants, soit 73 %, seraient prêts à participer à une initiative similaire et à bénéficier des effets sur la santé et le bien-être qui en résulteraient. Les résultats indiquent également que (n=24) participants ou 27 % ont indiqué que si les initiatives d'EMPOWERCARE prenaient fin, ils ne seraient pas disposés à participer à une initiative similaire.

Pour comprendre la valeur que les participants accordent à l'accès et à la participation aux initiatives d'EMPOWERCARE, les participants affirmant qu'ils seraient prêts à participer à une autre initiative ont été invités à répondre à une question d'évaluation.

Supposons maintenant que cette nouvelle initiative ne puisse plus être offerte gratuitement et qu'elle ne soit pas disponible par l'intermédiaire du Système national de santé/de l'assurance maladie ou d'une organisation partenaire. Quel est le montant maximum que vous seriez prêt(e) à payer tous les mois de votre poche ?

Les résultats indiquent que les participants (n=81), soit 73 % des personnes interrogées, qui étaient prêts à participer à une initiative similaire, seraient prêts à payer entre **0.10€ et 40€ par mois de leur propre poche. En moyenne, les participants sont prêts à payer 10.31€** par mois (écart-type = 9,83) de leur poche pour bénéficier des avantages sanitaires associés à la participation aux initiatives d'EMPOWERCARE. Lorsqu'il leur a été demandé de préciser la raison derrière leur estimation de la volonté de payer, ils ont indiqué que les estimations choisies reflétaient la valeur qu'ils accordaient aux effets sur la santé et le bien-être qu'ils avaient constatés grâce aux initiatives, comme l'indique

Tableau 6 Statistiques descriptives du montant que les participants seraient prêts à payer en Euros

Volonté de payer	Euros
Minimum	€0.10
Maximum	€40.00
Valeur médiane	€10.00
Moyenne	€10.31

le Tableau 6. Les résultats indiquent que la volonté de payer des participants allait d'un minimum de **0.10€** à un maximum de **40€ par mois**, avec une valeur médiane de **10€** et une valeur moyenne de **10.31€** pour les dépenses personnelles des participants aux initiatives d'EMPOWERCARE, comme le montre la Figure 19 pour la volonté de payer en Euros..

Volonté de payer par mois

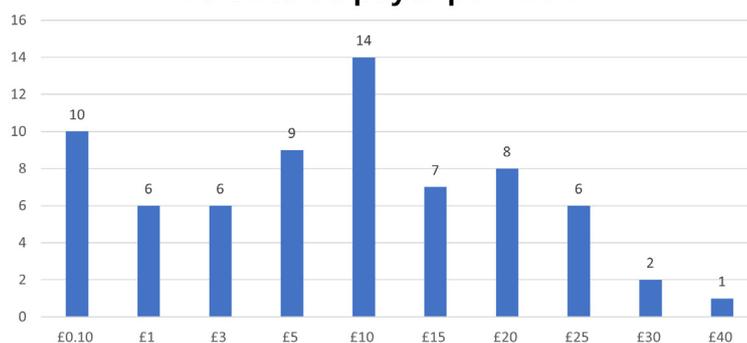


Figure 19 Volonté de payer en Euros

\*Note : Les barres d'erreur représentent l'écart-type.

Ces estimations de la volonté de payer sont le reflet du vécu des participants dans le cadre des initiatives d'EMPOWERCARE. Par ailleurs, pour comprendre les raisons du choix des valeurs estimées, il a été demandé aux participants d'indiquer celles qui correspondraient le mieux à leurs estimations de la volonté de payer pour connaître les résultats en matière de santé et de bien-être obtenus grâce aux initiatives d'EMPOWERCARE.

## 5.2 Comprendre les choix et les préférences

En se basant sur les estimations de la volonté de payer des participants, il leur a été demandé d'indiquer une ou plusieurs réponses qui illustrent le mieux la ou les raisons de leur volonté d'accéder aux initiatives d'EMPOWERCARE.

Toutes les personnes sélectionnées ont eu la possibilité de choisir une ou plusieurs réponses qui reflétaient au mieux leurs réponses précédentes et leurs estimations de la volonté à payer. La majorité des participants (n=49), soit 47 % des répondants, ont indiqué que les estimations de valeur choisies reflétaient « la valeur qu'ils accordaient à l'initiative ». D'autres participants (n = 26), soit 25 %, ont indiqué qu'ils n'étaient pas disposés à payer pour une initiative similaire parce qu'ils ne pouvaient pas se permettre de payer une taxe supplémentaire.

Conformément aux lignes directrices de la National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA) relatives aux meilleures pratiques en matière d'administration des études d'évaluation contingente (Arrow et al., 1993), une question de suivi a été posée à toutes les personnes interrogées. Celle-ci les interrogeait sur leur volonté de payer pour des initiatives hypothétiques et les invitait à sélectionner les choix qui reflétaient au mieux leurs réponses. Cette question de bilan est utilisée pour examiner les réponses de rejet et identifier les raisons pour lesquelles les personnes interrogées ne seraient pas disposées à payer pour les initiatives hypothétiques. Les résultats (N=105) sont présentés dans le Tableau 7. Les répondants qui ont choisi de rejeter le scénario hypothétique sont appelés « protestataires ». Ces derniers ont indiqué qu'ils n'étaient pas intéressés par les prétendues initiatives, qu'ils n'y croyaient pas et qu'ils pensaient que c'était au gouvernement de les prendre en charge. Les résultats indiquent que (n=42), soit 40 % des répondants, ont protesté contre le scénario hypothétique présenté. Les répondants ont indiqué que leurs réponses révélaient qu'ils n'étaient pas intéressés par les initiatives fictives (n=12) ou 11 %, qu'ils n'y croyaient pas (n=4) ou 4 % et (n=28) ou 27% qu'ils n'étaient pas disposés à payer pour une initiative similaire parce que le gouvernement devrait fournir les avantages décrits par les initiatives sans coûts supplémentaires pour les contribuables.

Tableau 7 Résultats des choix et des préférences

	n	%
Valeur accordée aux l'initiatives	49	47%
Ne peut pas se permettre de payer une taxe supplémentaire	26	25%
Ne s'intéresse pas aux l'initiatives fictifs	12	11%
Ne croit pas aux l'initiatives fictifs	4	4%
Le gouvernement devrait être fournisseur	28	27%
Protestataires (répondants non intéressés l'initiatives fictifs ; ne croyant pas aux l'initiatives fictifs et estimant que le gouvernement devrait les fournir)	42	40%

Les réponses et les estimations de valeur de la méthode d'évaluation contingente reflètent l'importance que les participants attribuent aux initiatives d'EMPOWERCARE.

## 5.3 Coût de la vie

Les personnes interrogées (N=105) ont été invitées à réfléchir au coût de la vie et à ses effets sur elles et leur ménage, pour ensuite examiner 4 affirmations, en se demandant laquelle décrivait le mieux leur situation actuelle. Les résultats présentés dans le Tableau 8 indiquent que (n=2) ou 2 % des personnes interrogées estiment qu'il est difficile de vivre d'une semaine à l'autre et que (n=69) ou 66 % des personnes interrogées indiquent qu'elles doivent faire attention à leur argent. En outre, (n=23) ou 22 % des répondants indiquent qu'ils s'en sortent sans trop de difficultés et (n=11) ou 11 % des répondants indiquent qu'ils s'en sortent assez bien.

	n	%
J'ai du mal à vivre d'une semaine à l'autre	2	2%
Je dois faire attention à mon argent	69	66%
J'arrive à m'en sortir sans trop de difficultés	23	22%
Je m'en sors assez bien	11	11%

Tableau 8 Chiffres et pourcentages liés au coût de la vie.

## 5.4 Un modèle de régression binaire pour prédire les effets sur la volonté de payer

Une régression logistique binaire a été appliquée pour vérifier les effets de la valeur que les participants accordent à l'initiative, leur volonté de participer à une initiative de substitution, leur participation à l'initiative technique, l'aisance financière, la solitude globale ou générale (solitude émotionnelle et sociale combinées), l'utilité d'internet pour les aider à prendre des décisions en matière de santé et de l'impact de leur accès à des ressources de santé sur internet et sur leur volonté de payer pour une initiative de substitution similaire.

Dans l'analyse de régression logistique, le test de Wald détermine la signification statistique de chacune des variables indépendantes, comme le montre le Tableau 9. Les résultats indiquent que les variables suivantes sont statistiquement significatives : la valeur que les participants accordent à l'initiative ( $p = 0,000$ ), la volonté de participer à une initiative de substitution ( $p = 0,000$ ), le fait d'être à l'aise ( $p = 0,041$ ), la participation à des initiatives centrées sur la technologie ( $p = 0,027$ ) et la solitude globale ( $p = 0,002$ ), qui ont toutes contribué de manière significative au modèle/à la prédiction. En revanche, les variables sur l'utilité d'internet dans la prise de décisions en matière de santé ( $p = 0,169$ ) et l'impact de l'accès internet à des ressources en santé ( $p = 0,052$ ) n'ont pas apporté de contribution significative au modèle.

Tableau 9 La régression logistique pour prédire la volonté de payer

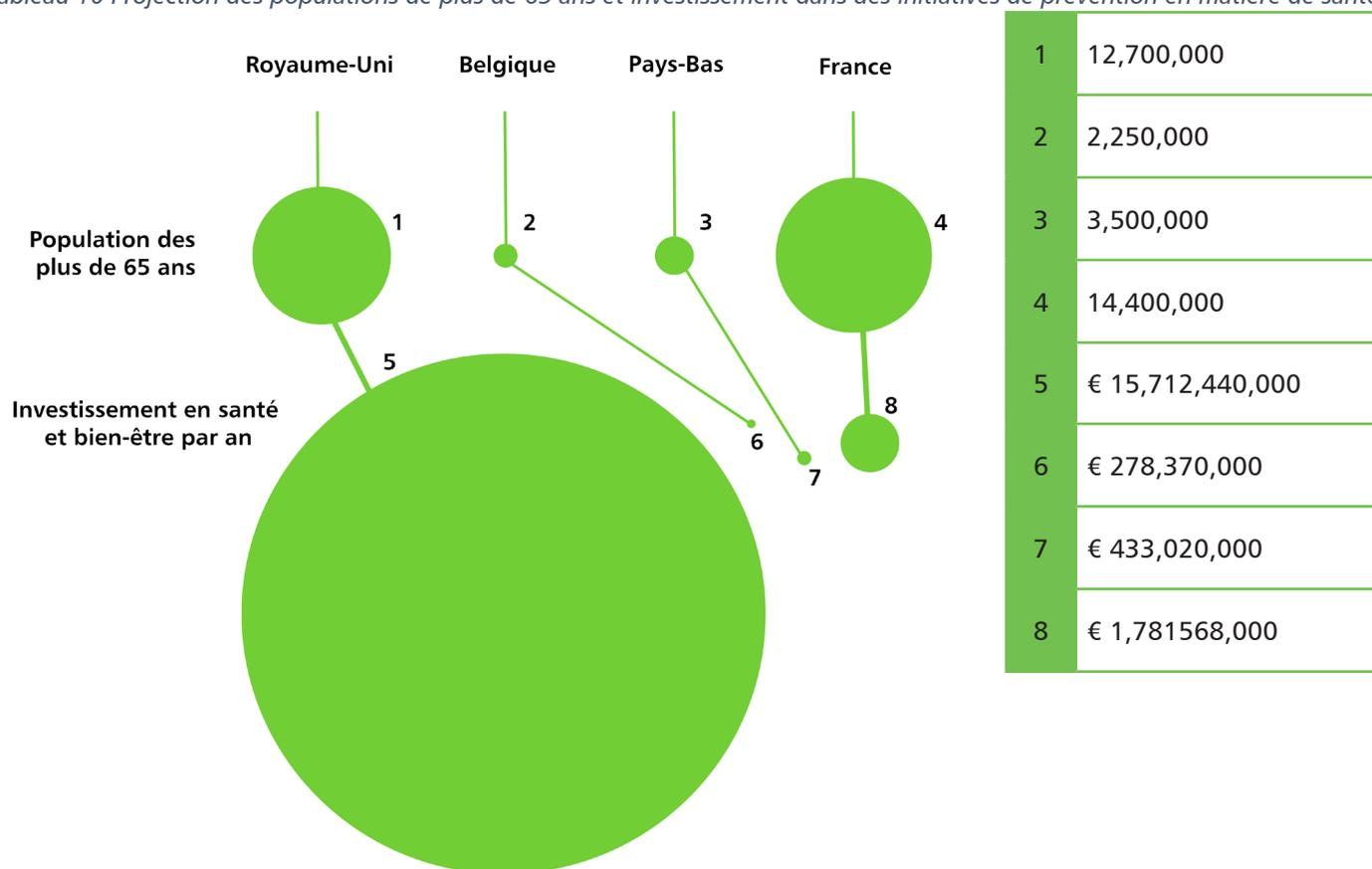
Variable	B	Wald $\chi^2$	p	Risque relatif rapproché
La valeur que les participants accordent au initiative	-5.217	12.389	.000	.005
La volonté de participer à un initiative de substitution	4.010	12.131	.000	55.12
L'aise financière	3.3.08	4.163	.041	27.3
La participation à Initiative technique	1.979	4.861	.027	7.24
La solitude	1.191	9.677	.002	3.29
Dans quelle mesure l'internet est-il utile pour prendre des décisions en matière de santé	-.773	1.895	.169	.46
Dans quelle mesure est-il important pour vous de pouvoir accéder à des ressources de santé sur l'internet	1.303	3.782	.052	3.7
Constante (la volonté de payer)	-13.489	12.821	.000	.000

Le modèle dans son ensemble est statistiquement significatif,  $\chi^2(7) = 63,362$ ,  $p < 0,05$  et explique 69 % (Nagelkerke R<sup>2</sup>) de la variance dans la volonté de payer pour une initiative de substitution et répertorie correctement 91,4 % des changements qui se produisent. En outre, la volonté de payer est 55 fois plus probable si les répondants sont disposés à participer à une initiative de substitution et 27 fois plus élevée si les répondants sont à l'aise financièrement. En outre, le modèle prédictif de la volonté de payer pour une initiative alternative était significatif si la solitude émotionnelle et sociale des répondants était améliorée par la participation à des initiatives à caractère technique et influencée par la valeur que les répondants accordaient à la participation aux initiatives d'EMPOWERCARE.

Les résultats de ce questionnaire de la méthode d'évaluation contingente indiquent que les participants qui ont bénéficié des initiatives d'EMPOWERCARE accordent de l'importance à l'accès et à l'engagement dans ces initiatives. Les valeurs estimées suggèrent que les participants acceptent de payer entre **0.10€** et **40 €** par mois de leur propre poche. Les résultats de la régression logistique indiquent que les personnes interrogées sont 55 % plus susceptibles d'être prêtes à payer pour les effets d'une initiative de substitution sur la santé et le bien-être, et 27 % plus susceptibles de le faire si elles sont à l'aise financièrement. Par ailleurs, elles sont prêtes à payer **10.31€** par mois de leur propre poche pour recourir aux initiatives d'EMPOWERCARE et en tirer des avantages en termes de santé et de bien-être. En extrapolant cette estimation moyenne de la volonté de payer pour chaque participant, on constate que chaque participant ayant exprimé une volonté de contribuer mensuellement serait donc prêt(e) à payer **123.72€** par personne et par an de sa

poche pour bénéficier des initiatives d'EMPOWERCARE. En appliquant cette estimation à l'ensemble des participants qui acceptent de payer en moyenne **10.31€** par mois (n=81) les participants acceptent collectivement de payer **10,021.32€ par de leur propre poche** pour bénéficier des avantages des initiatives d'EMPOWERCARE en matière de santé et de bien-être. Ces estimations sont représentatives d'une petite population (n=81) dans cette évaluation et ne sont pas représentatives de l'ensemble des personnes âgées de plus de 65 ans et plus dans les 4 pays échantillonnés : Le Royaume-Uni, la Belgique, les Pays-Bas et la France. En prévoyant les besoins de cette proportion de la population dans chacun des quatre pays et en examinant les données démographiques actuelles de la Banque mondiale (2021), on constate que ce segment de la population, âgé de 65 ans et plus, est en constante augmentation, comme le montre le Tableau 10. Investir dans des mesures de prévention telles que les initiatives d'EMPOWERCARE pourrait améliorer la santé et le bien-être et soulager la solitude sociale et émotionnelle de cette partie de la population souvent vulnérable et isolée au sein des collectivités. Sur la base des estimations de la volonté de payer de **123.72€** par personne et par an (sur la base de la volonté de payer des personnes interrogées) et en extrapolant pour chacun des 4 pays de cette évaluation, l'investissement conservateur dans des initiatives telles que les initiatives d'EMPOWERCARE pour chacun des pays est présenté au Tableau 10. Cet investissement préventif dans le domaine de la santé, basé sur les estimations prudentes de cette évaluation, devrait éclairer les gouvernements dans leur décision d'investir dans les infrastructures communautaires locales visant à permettre aux personnes âgées de 65 ans et plus de rester au sein de leur propre communauté et recevoir des soins à proximité de leur domicile.

Tableau 10 Projection des populations de plus de 65 ans et investissement dans des initiatives de prévention en matière de santé



Ces valeurs estimées reflètent l'importance que les participants accordent aux initiatives d'EMPOWERCARE et leur volonté de contribuer à l'accès et à l'engagement dans ces initiatives. En effet, c'est la valeur associée aux initiatives de santé et de bien-être proposées par EMPOWERCARE qui a été soulignée par les participants. Toutefois, ils ont indiqué qu'ils ne pouvaient pas se permettre de payer des impôts supplémentaires pour soutenir ces initiatives de santé et de bien-être proposées par EMPOWERCARE, qui devraient être soutenues par les gouvernements. Cette évaluation reconnaît que les personnes interrogées ont indiqué qu'elles étaient prêtes à payer de leur poche pour les initiatives d'EMPOWERCARE, mais qu'en répondant aux questions du bilan, elles ont indiqué que ces initiatives devraient être considérées comme des services gouvernementaux. Ces estimations de la volonté de payer donnent des indications importantes aux décideurs politiques et aux responsables des soins de santé sur la valeur que les participants accordent aux services fournis par le biais des initiatives d'EMPOWERCARE dans les collectivités

locales. Ces estimations déduisent que l'allocation d'un niveau de financement similaire par personne pourrait être une utilisation bénéfique des infrastructures communautaires locales pour améliorer la santé et le bien-être.

## 6. CONCLUSIONS

L'évaluation a mis en évidence la pertinence des initiatives d'EMPOWERCARE dans tous les sites d'étude de cas, bien que certains problèmes aient été relevés.

Les données d'évaluation ont été collectées à un moment où tous les pays participants travaillaient dans le cadre des mesures sociales prescrites par le gouvernement pour prévenir la propagation de la COVID-19.

- L'initiative d'EMPOWERCARE n'a pas été normalisée et a été interpellée et appliquée différemment dans chaque site d'étude de cas.
- La collecte des données démographiques auprès des bénéficiaires et du personnel s'est avérée difficile. Les sites d'étude de cas étant situés dans plusieurs pays, certaines préoccupations locales ont été soulevées quant au rôle du règlement général sur la protection des données.
- Le fait que les sites de livraison collectent eux-mêmes les données selon les instructions de l'équipe d'évaluation a également entraîné certaines difficultés à s'assurer que les données étaient collectées conformément au plan de collecte des données. Le fait de travailler à distance et de gérer des sites de livraison internationaux qui n'étaient pas des chercheurs expérimentés a nécessité de nombreuses clarifications et les barrières linguistiques ont parfois entravé l'efficacité de la collecte des données.

Malgré les défis, l'utilisation de l'approche réaliste a permis de ne pas limiter les résultats en raison de la complexité des données provenant de différentes initiatives dans sept sites d'étude de cas. Bien au contraire, la pluralité des perspectives et des sources de données a favorisé une meilleure compréhension et une évaluation explicative des initiatives d'EMPOWERCARE.

Les résultats des données quantitatives et qualitatives se complètent et indiquent les domaines principaux dans lesquels les initiatives d'EMPOWERCARE ont eu un impact positif.

Pour les bénéficiaires, les principaux domaines sont les suivants :

- Une plus grande aptitude personnelle, y compris un plus grand sentiment de responsabilisation dans le choix des mesures de santé et de bien-être, et une plus grande confiance en leurs capacités en informatique.
- Diminution de la solitude, avec des témoignages forts sur l'effet positif des initiatives dans la lutte contre l'isolement et la solitude.
- Meilleure disposition à recourir à internet pour rechercher des soins de santé, meilleure culture numérique et confiance pour faire appel à la technologie afin de répondre à leurs besoins de santé physique et mentale, et afin de rester connectés à leurs réseaux sociaux.

Pour le personnel, les domaines principaux sont les suivants :

- Un recentrage accru sur la personne, ainsi que des témoignages de reconnaissance concernant les changements positifs apportés aux pratiques sur le lieu de travail.
- Intégration de la formation du personnel, en particulier en ce qui concerne la volonté de s'engager dans un suivi réflexif et une action collective, avec des témoignages en faveur de la réflexion sur les comportements et les mesures pratiques.

La méthode d'évaluation contingente et les principes du « Bon ancêtre » ont été intégrés dans la conception de l'évaluation afin d'examiner la réflexion à long terme et la durabilité. Ces approches combinées ont été utilisées pour examiner les avantages pour la santé et le bien-être et pour estimer la volonté de payer pour les effets sur la santé et le bien-être découlant des initiatives d'EMPOWERCARE. Les résultats suggèrent que les participants sont prêts à payer. Les résultats économiques indiquent que le financement per capita pourrait voir une utilisation bénéfique des actifs de la communauté locale et des effets positifs en matière de santé et de bien-être parmi les populations âgées. L'analyse thématique des discussions des groupes de réflexion a mis en évidence l'importance de la cohésion sociale au sein de la communauté et des contacts intergénérationnels soutenus, ainsi que l'influence négative potentielle sur le bien-être si les générations futures ne sont pas aidées. Les résultats indiquent qu'il est nécessaire de penser à l'avenir et mettre fin à la précarité numérique pour que les prochaines générations plus âgées y soient beaucoup plus sensibilisées et plus à même de maîtriser la technologie. En outre, les résultats suggèrent qu'il est essentiel de lutter contre l'isolement social et la solitude et de veiller à ce que les avantages du maintien de la cohésion sociale et communautaire soient pérennisés dans les communautés aujourd'hui et de demain. Les résultats indiquent également que la coopération entre les services, les approches participatives dans la prestation des services qui mettent l'accent sur les groupes vulnérables sont impératives pour assurer une gestion globale ou holistique des générations futures, sans oublier l'importance des services qui fournissent de véritables avantages intergénérationnels.

En ce qui concerne les besoins des populations âgées en matière de santé, des appels ont été lancés en faveur de la poursuite et de l'intensification de recherches pertinentes et de bonne qualité qui puissent éclairer la politique de santé, l'amélioration des soins intégrés dans tous les secteurs et des modèles financiers pour fournir des soins à la génération actuelle et future de personnes âgées. Au niveau communautaire, la mobilisation visant à faire face à l'augmentation de la longévité et du nombre de personnes âgées, avec des soins qui renforcent leur autonomie, leur indépendance et leur habilitation, est considérée comme essentielle pour garantir que les besoins de santé des personnes âgées ne soient pas négligés ou mal desservis (Organisation mondiale de la Santé, 2017). Il s'agit d'un défi mondial qui nécessite une plus grande collaboration entre les organisations, les pays, les régions et les collectivités.

Selon les approches fondées sur les actifs disponibles, telles que les initiatives d'EMPOWERCARE, ceux-ci sont considérés comme étant le capital social, l'estime de soi et des communautés fortes. Les soignants professionnels sont une ressource susceptible d'aider individus et collectivités à reconnaître et prendre des mesures pour maîtriser ces actifs, ainsi que les compétences et les capacités, afin de réduire les maladies pouvant faire l'objet d'une prévention, et ainsi les décès et les comportements à risque pour la santé, tout ceci, afin d'améliorer la santé et le bien-être, et de renforcer les liens et l'autonomie des collectivités (Foot & Hopkins, 2010). Depuis assez longtemps, les preuves solides de leur efficacité manquent (Daly & Westwood, 2017).

En combinant le travail basé sur les atouts d'un certain nombre d'initiatives partenaires existantes et testées en Belgique, en France, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, l'évaluation d'EMPOWERCARE a démontré que le personnel peut mieux s'occuper des personnes âgées au sein de leurs communautés grâce à une approche centrée sur la personne, à une formation adéquate et à l'incorporation de technologies bienveillantes dans la pratique. La prestation de services qui comptent vraiment pour les personnes âgées leur donne les moyens d'assumer une plus grande responsabilité vis-à-vis de leurs soins grâce à l'utilisation de technologies et de services locaux. Cela les motive à rester maîtres des décisions affectant leur santé et leur bien-être, améliore la cohésion sociale et communautaire et offre une solution face aux implications financières de l'augmentation des coûts des soins chez les populations âgées.

Les résultats de l'évaluation donnent des indications positives sur le succès des initiatives d'EMPOWERCARE dans les quatre pays. Une analyse plus approfondie a été réalisée par site pour comprendre les différents aspects de la stratégie d'EMPOWERCARE, du programme de transformation du personnel et du plan technologique qui ont eu un impact positif sur les bénéficiaires et les membres du personnel. Ces analyses complémentaires fourniront une image plus complète de l'impact de l'initiatives d'EMPOWERCARE, ainsi que des informations sur les prochaines étapes du travail.

## 7. RÉFÉRENCES

- Anderberg, P., Eivazzadeh, S., & Berglund, J. S. (2019). A novel instrument for measuring older people's attitudes toward technology (TechPH): Development and validation. *Journal of medical Internet research*, 21(5), e13951.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. Plenum Press.
- Arrow, K., Solow, R., Portney, P., Leamer, E., Radner, R. (1993). Report of the NOAA panel on Contingent Valuation. [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4473366/mod\\_folder/intro/Arow\\_WTP.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4473366/mod_folder/intro/Arow_WTP.pdf)
- Daly, M., & Westwood, S. (2017) Asset based approaches, older people and social care: an analysis and critique. *Ageing and Society*, 38(6): 1-13. DOI:10.1017/S0144686X17000071
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European journal of ageing*, 7, 121-130.
- De Jong-Gierveld, J., & Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied psychological measurement*, 9(3), 289-299.
- Drummond, M.F., Stoddart, G.L., Torrance, G.W. (1987). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press.
- Edvardsson D., Sandman P.O. & Rasmussen B. (2008a) Construction and psychometric evaluation of the Swedish language Person-Centred Climate Questionnaire – staff version. *Journal of Nursing Management* 17, 790–795.
- Fat, L., Scholes, S., Boniface, S., Mindell J., & Stewart-Brown S. (2017) Evaluating and establishing the national norms for mental well-being using the short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS): findings from the Health Survey for England. *Quality of Life Research*, 26(5), 1129-1144.
- Finch, T. L., Girling, M., May, C. R., Mair, F. S., Murray, E., Treweek, S., ... & Rapley, T. (2018). Improving the normalization of complex initiatives: part 2-validation of the NoMAD instrument for assessing implementation work based on normalization process theory (NPT). *BMC medical research methodology*, 18(1), 1-13.
- Foot, J. & Hopkins, T. (2010) A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being. [Report] Improvement and Development Agency. <http://www.assetbasedconsulting.net/uploads/publications/A%20glass%20half%20full.pdf>
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stockard, J., & Tusler, M. (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health services research*, 40(6p1), 1918-1930.
- Hsieh, H. F. & Shannon, S. E. (2005) Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15(9):1277-1288. doi:10.1177/1049732305276687
- Inoue, Y., Mifune, N., Saijo, T. (2023) Positive reputation for altruism toward future generations regardless of the cost for current others. *Front. Psychol.* 13:895619. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.895619>
- Mitchell, R. C., Carson, R. T. (1989). *Using surveys to value public goods. The Contingent Valuation Method*. Resources for the Future Press, Washington. <https://doi.org/10.4324/9781315060569>
- Mols, F., Pelle, A. J., & Kupper, N. (2009). Normative data of the SF-12 health survey with validation using postmyocardial infarction patients in the Dutch population. *Quality of life Research*, 18, 403-414.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of medical Internet research*, 8(4), e507.
- O'Brien B, Gafni A. (1996). When Do the "Dollars" Make Sense?: Toward a Conceptual Framework for Contingent Valuation Studies in Health Care. *Medical Decision Making*;16(3):288-299. doi:10.1177/0272989X9601600314
- Pawson, R. & Tilley, N. (2004) *Realist Evaluation*. Sage. [Online] Available at: [http://www.communitymatters.com.au/RE\\_chapter.pdf](http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf) Accessed 14/12/20
- Pawson, R. (2006) Digging for Nuggets: How 'Bad' Research Can Yield 'Good' Evidence. *International Journal of Social Research Methodology*. 9:2:127-142. DOI: 10.1080/13645570600595314
- Reeve, J., Cooper, L., Harrington, S., Rosbottom, P., & Watkins, J. (2016). Developing, delivering and evaluating primary mental health care: the co-production of a new complex initiative. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-13.
- Rentsch, J. R., & Steel, R. P. (1992). Construct and concurrent validation of the Andrews and Withey job satisfaction questionnaire. *Educational and psychological measurement*, 52(2), 357-367.
- Spencer, L.H., Lynch, M., Thomas, G. (2021). Developing a conversation about identifying community needs to embrace wellbeing through social prescribing interventions: a qualitative study. *The Lancet Public Health*, 82. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(21\)02625-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(21)02625-8.pdf)
- Spencer, L.H., Lynch, M., Thomas, G.M., Edwards, R. T. (2023). Intergenerational Deliberations for Long Term Sustainability. *Challenges* 2023, 14(1), 11; <https://doi.org/10.3390/challe14010011>
- Stewart-Brown S, Tennant A, Tennant R, et al. (2009) Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health Qual Life Outcomes*, 7(1), 1-8.
- The World Bank (2022). Population ages 65 and above, total - France, United Kingdom, Belgium, Netherlands. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO?end=2021&locations=FR-GB-BE-NL&start=1960&view=chart> Accessed 27/02/2023
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS quarterly*, 425-478.
- Vilagut, G., Forero, C. G., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., De Graaf, R., Bruffaerts, R., ... & ESEMEd Investigators. (2013). The mental component of the short-form 12 health survey (SF-12) as a measure of depressive disorders in the general population: results with three alternative scoring methods. *Value in Health*, 16(4), 564-573.
- Wang, C. & Burris, M. A. Photovoice: Concept, Methodology, and Use for Participatory Needs Assessment. *Health Education & Behavior*. 1997;24(3):369-387. doi:10.1177/109019819702400309
- Ware, Jr, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 220-233.
- World Health Organisation (2017). *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Yin, R. K., (2013). *Case study research: Design and methods*. Sage publications.

# Interreg



EUROPEAN UNION

## 2 Seas Mers Zeeën

# EMPOWERCARE

European Regional Development Fund