

Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire

Auteur : Kerstges, Michelle

Promoteur(s) : 7559; 16095

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique : 2021-2022

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/13989>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**Quel est l'impact du modèle Tubbe sur le degré
d'adaptation de la personne âgée à sa maison
de repos ou maison de repos et de soins ?
Etude comparative**

Mémoire présenté par **Michelle KERSTGES**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique 21 – 22

**Quel est l'impact du modèle Tubbe sur le degré
d'adaptation de la personne âgée à sa maison
de repos ou maison de repos et de soins ?
Etude comparative**

Promoteur : Monsieur **GILLES Christian**

Madame **TRIBELS Gabrielle**

Mémoire présenté par **Michelle KERSTGES**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

Année académique 21 – 22

Remerciements

Je souhaite remercier tout d'abord Madame Gabrielle Tribels et Monsieur Christian Gilles, mes promoteurs, pour leur disponibilité, leur expérience, leurs précieux conseils et leurs nombreuses relectures.

Je remercie également Madame Dardenne Nadia pour son aide et ses conseils par rapport à la partie statistique du mémoire.

Mes remerciements vont aussi aux directeurs et directrices des différentes institutions pour leur accord de participation et pour leur accueil chaleureux. J'adresse mes sincères remerciements à tous les résidents qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et qui permettent qu'aujourd'hui cette étude voit le jour.

Enfin je tiens à remercier ma famille et mes amis pour leur soutien, leur compréhension et leurs encouragements tout au long de mes études. Je souhaite particulièrement remercier ma maman pour ses nombreuses relectures et pour sa patience.

Table des matières

Résumé	6
Abstract	7
Liste des abréviations	8
1. Préambule	9
2. Introduction.....	10
3. Question de recherche/ objectifs/ hypothèses	18
4. Matériel et méthodes	19
4.1 Type d'étude.....	19
4.2 Population étudiée	19
4.3 Paramètres étudiés et outils de collecte des données.....	20
a) Évaluation du degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence	20
b) Impact de l'état de santé perçu.....	20
c) Impact de l'état de santé thymique	21
d) Facteurs socio-démographiques, liés à l'environnement et à l'admission	21
4.4 Organisation et planification de la collecte des données	21
4.5 Traitement des données et méthodes d'analyses	23
a) Analyse statistique descriptive des données	23
b) Analyse statistique uni - et multivariée.....	24
4.6 Contrôle de qualité	25
4.7 Composition de l'équipe de recherche	25
4.8 Promoteur de l'étude et origine des financements de l'étude.....	25
4.9 Aspects réglementaires	25
a) Comité d'éthique	25
b) Vie privée et protection des données	26

c) Information et consentement	26
d) Assurance.....	26
e) Exploitation des résultats et publications	26
5. Résultats.....	27
5.1 Population étudiée	27
5.2 Analyse univariée.....	29
5.3 Analyse multivariée	30
6. Discussion.....	32
6.1 Principaux résultats et confrontation avec la littérature	32
6.2 Biais et limites de l'étude	33
a) Echantillon	33
b) Procédure d'entretien	34
c) Collecte des données.....	35
d) Paramètres étudiés.....	35
6.3 Forces de l'étude	36
6.4 Perspectives.....	36
7. Conclusion	37
Bibliographie	38
Annexes	43

Résumé

Introduction : Le déménagement en MR(S) provoque beaucoup de changements pour la personne âgée qui devra s'adapter à un tout nouveau lieu de vie. Une approche possible pour améliorer l'adaptation de la personne âgée pourrait être le modèle Tubbe. D'origine suédoise, il s'agit d'un nouveau modèle d'organisation axé sur le relationnel, qui a comme objectif de créer des lieux de vie où chaque personne peut se sentir comme « chez soi ». Début 2017, six projets pilotes ont été lancés en Belgique pour intégrer le modèle au sein de ces institutions et entre-temps une quarantaine d'institutions en Wallonie ont pu l'implémenter avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin. L'objectif principal de cette étude était de comparer le degré d'adaptation de la personne âgée à sa MR(S), selon son type d'organisation : le modèle Tubbe et le modèle « traditionnel ».

Matériel et méthodes : Cette étude transversale, quantitative a consisté à analyser les réponses à des questionnaires distribués à 57 résidents vivant en MR(S) organisées selon chacun des deux modèles. Le degré d'adaptation a été évalué par l'Echelle d'adaptation de la personne âgée à sa résidence. D'autres paramètres, comme l'état de santé perçu, l'état de santé thymique, des facteurs socio-démographiques, des facteurs liés à l'environnement et à l'admission ont été inclus dans cette étude.

Résultats et conclusion : Nous n'avons pas pu mettre en évidence un impact significatif du modèle Tubbe sur le degré d'adaptation de la personne âgée à sa MR(S). Parmi les autres paramètres seuls l'état de santé thymique et le fait d'avoir une visite au moins une fois par semaine avaient un impact significatif sur le degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence en analyse multivariée. L'état de santé perçu avait également un impact significatif en analyse univariée.

Mots clés : personnes âgées, maison de repos, degré d'adaptation, modèle Tubbe

Abstract

Introduction : Moving to a resting home causes a lot of changes for the older person who will have to adapt her/himself to brand new surroundings. A possible approach to improve the adaptation of the older person could be the Tubbe model. Originating in Sweden, it is a new organizational model focused on interpersonal relationships, with the goal of creating living spaces where each person can feel "at home". In the beginning of 2017, 6 pilot projects were launched in Belgium to integrate the model within these institutions and in the meantime about 40 institutions in Wallonia have been able to implement it with the support of the King Baudouin Foundation. The main objective of this study was to compare the degree of adaptation of the elderly to their residence, according to the type of organization: the Tubbe model and the "traditional" model.

Material and methods : This cross-sectional, quantitative study consisted of analyzing the responses to questionnaires distributed to 57 residents living in resting homes or nursing homes organized according to each of the two models. The degree of adaptation was assessed by the Scale of Adaptation of the Elderly to their Residence. Other parameters, such as perceived health status, mood health status, socio-demographic factors, environmental factors and admission factors were included in this study.

Results and conclusion : We were unable to demonstrate a significant impact of the Tubbe model on the degree of adaptation of the elderly to their residence. Among the other parameters, only mood health status and having a visit at least once a week had a significant impact in multivariate analysis. Perceived health status also had a significant impact in univariate analysis.

Keywords : elderly people, nursing home, degree of adaptation, Tubbe model

Liste des abréviations

MR(S) Maison de repos (et de soins)

FRB Fondation Roi Baudouin

1. Préambule

La proportion de personnes âgées dans la population est en constante augmentation. Actuellement, 8,5 % des personnes âgées de plus de 65 ans et 40 % de plus de 90 ans résident en maison de repos ou en maison de repos et de soins (MR(S)) (1). Maintenir une qualité de vie et répondre au mieux aux besoins individuels des personnes vivant en institution représente un défi majeur pour les hébergements pour aînés et notamment leurs directions. Le modèle Tubbe apparaît comme une réponse possible. Il s'agit d'un nouveau modèle d'organisation des maisons de repos qui met la priorité sur les aspects relationnels. Avec le soutien de la fondation Roi Baudouin (FRB) ce modèle, d'origine suédoise, est arrivé en Belgique et a été intégré dans six projets pilotes. Bien qu'une quarantaine de MR(S) wallonnes aient actuellement adopté ce nouveau modèle, il n'existe que peu d'études scientifiques sur l'impact du modèle Tubbe sur les différents aspects de la vie en institution.

La motivation de cette étude tient dans la conscience que, en tant que responsable d'hébergement pour aînés il est essentiel de travailler de façon anticipative afin de pouvoir garantir le bien-être et la qualité de vie de chaque résident et, pour ce faire, de s'interroger sur le modèle d'organisation le plus efficient, rencontrant à la fois les besoins des résidents, de l'équipe d'encadrement et de soins.

2. Introduction

Personnes âgées

Au niveau mondial, le taux des personnes de plus de 60 ans va doubler, de 11 % à 22 %, entre 2000 et 2050 (2). L'Office belge de statistique prédit une croissance de la population belge à 12,8 millions d'habitants en 2070 par rapport à 11,5 millions en 2020 (3). La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus dans la population totale passera en 2025 à 21 % (4). Cette évolution démographique est, entre autres, liée à l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui, actuellement, est en moyenne de 80,8 ans pour la population belge (5). La différence entre espérance de vie et espérance de vie sans incapacité à 65 ans était, en moyenne, de 7,5 ans en Belgique en 2018 (6) ; cette différence conduira à une augmentation du nombre de personnes qui auront besoin d'aide dans leurs activités du quotidien. C'est pourquoi les personnes âgées sont parfois amenées à emménager dans une MR(S) (4). Ce déménagement en institution engendre beaucoup de modifications pour la personne âgée et peut parfois menacer sa qualité de vie. Elle va devoir accepter la perte d'un environnement familial et personnel, son « chez soi », et devra s'adapter à son nouvel environnement et à un nouveau mode de vie. Ce changement est souvent accompagné d'une perte d'autonomie (7-9), définie comme « la capacité d'agir indépendamment des forces et des influences physiques en conservant le contrôle sur des événements qui se produisent en fonction de leur contexte, par exemple en ce qui concerne les activités de la vie quotidienne, les activités productives, les activités de loisirs, la participation sociale, etc. » (10) (notre traduction). La perte d'indépendance est trop souvent confondue, au niveau du langage mais aussi dans les faits, avec la perte d'autonomie. Les deux notions sont différentes : « l'indépendance consiste à faire les choses soi-même sans dépendre d'une tierce personne et l'autonomie est la capacité d'agir et de faire des choix personnels » (10) (notre traduction). L'autonomie des personnes âgées contribue à une meilleure qualité de vie (10). Parmi les facteurs influençant l'autonomie des résidents de MR(S), les plus pertinents sont l'approche organisationnelle des soins, les soins centrés sur la personne et le projet de vie de la personne. Un facteur clé est la connaissance de l'identité de chaque résident et le respect de ses préférences, de ses besoins et de ses valeurs. La capacité à s'identifier à ses propres choix est une condition essentielle à l'autonomie (11).

Maison de repos et maison de repos et de soins

Selon la réglementation applicable à l'hébergement et à l'accueil des aînés (12) les établissements pour aînés sont responsables « de respecter les droits individuels des résidents ; de garantir le respect de leur vie privée, affective et sexuelle ; de favoriser le maintien de leur autonomie ; de favoriser leur participation à la vie sociale, économique et culturelle ; de garantir un environnement favorable à leur épanouissement personnel et à leur bien-être ; d'assurer leur sécurité dans le respect de leurs droits et libertés » (12).

La Charte européenne des droits et des obligations des personnes âgées nécessitant des soins de longue durée (13) a été créée dans le but d'établir un cadre de référence commun pour l'Union européenne. Cette charte insiste aussi sur « le droit à la dignité, au bien-être physique et mental, à la liberté et à la sécurité » (13) des personnes âgées même si elles sont susceptibles de dépendre des autres pour une aide ou pour des soins. De plus, la charte ajoute la notion du droit à l'autodétermination de la personne âgée, ce qui signifie conserver le droit de faire ses propres choix et de faire respecter sa volonté.

Selon la FRB, dans les établissements pour aînés règne encore trop souvent une mentalité paternaliste, un manque de considération et une infantilisation des personnes âgées dans le sens « nous savons ce qui est bon pour vous, laissez nous faire » (14). Il va falloir repenser l'organisation des établissements pour aînés et leur approche des prestations de soins et services (14).

Adaptation au nouveau lieu de vie

L'entrée en institution représente pour la majorité des personnes âgées, qui quittent leur milieu de vie bien connu et doivent s'adapter à un tout nouvel environnement, une expérience bouleversante. De plus ce déménagement en institution est identifié comme la dernière étape de la vie (15).

Brandburg (16) a proposé un cadre pour aider les personnes dans leur transition vers la vie en résidence, sur base d'une revue de la littérature. Ce cadre est constitué de quatre composantes : la réaction initiale ; les facteurs influençant la transition ; l'ajustement et l'acceptation. La réaction initiale est influencée par des réactions émotionnelles et ne dépend

pas du fait que l'entrée en institution ait été planifiée ou non. L'ajustement est un processus de développement qui comprend les comportements et les émotions qui surviennent en réponse aux situations auxquelles une personne âgée est confrontée dans un nouveau lieu de vie à court terme. Dans la phase d'ajustement le résident développe de nouvelles relations, maintient les anciennes amitiés et s'interroge sur son nouveau lieu de vie. Cet ajustement est influencé par des facteurs tels que les circonstances de l'entrée, les valeurs personnelles, l'histoire de vie et les caractéristiques de l'environnement de l'institution. La phase d'acceptation débute quand les personnes âgées acceptent de vivre en résidence, ce qui peut durer de 6 à 12 mois après l'admission. Cette acceptation est le résultat du processus de transition qui peut conduire au succès ou à l'échec de l'adaptation. Un échec de l'adaptation peut provoquer des dépressions et de la détresse. Une bonne adaptation par contre se caractérise entre autres par le fait de se sentir chez soi et par un sentiment de bien-être.

Un instrument évaluant le degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence a été élaboré et validé en français par Castonguay et Ferron (17). Cette échelle a été développée avec l'objectif d'identifier les personnes âgées qui ont des difficultés à s'adapter à leur résidence. L'instrument a été construit sur base de la théorie du Roy Adaptation Model (18) selon lequel l'adaptation est définie comme un « équilibre dynamique entre la personne âgée et la résidence, se reflétant chez la personne âgée dans son entité, et ce, dans les domaines personnel, social et physique, ainsi que de façon globale » (17). Le modèle de base inclut quatre sphères : personnelle, sociale, physique et le bien-être global, ces sphères s'imbriquant les unes dans les autres. La sphère personnelle, associée à l'ajustement psychologique, concerne la personne dans son individualité et reflète le contrôle de la personne âgée sur sa vie à la résidence. La sphère sociale touche les aspects liés à l'interaction de la personne avec la collectivité de la résidence et englobe les indicateurs de la vie collective et du soutien social. Le fait de vivre en groupe est un facteur social auquel la personne âgée doit s'adapter. Les sphères personnelle et sociale s'insèrent dans la sphère physique qui traite les interactions de la personne âgée avec le lieu physique et qui implique la sécurité et l'utilisation des ressources. La dernière sphère, le bien-être global, intègre toutes les autres sphères et présente donc l'adaptation dans sa globalité. En résumé, les différentes sphères sont reflétées par les indicateurs suivants : le contrôle, la vie collective, le soutien social, la sécurité et l'utilisation des ressources, et correspondent aux aspects affectifs, cognitifs et comportementaux de la

personne âgée. Dans cette perspective d'interaction, un éventuel échec d'adaptation est toujours la conséquence d'une mauvaise interaction entre la personne et l'environnement (17).

L'échelle de Castonguay et Ferron a été utilisée, dans une étude en maison de soins (« *nursing home* ») pour évaluer l'effet de la participation aux activités de loisirs et de la motivation sur l'adaptation de la personne âgée à sa résidence. La participation aux activités de loisirs expliquait 36 % de la variance de l'adaptation de la personne à sa résidence et seulement 8 % de la variance de la satisfaction de la vie (7).

Cette échelle d'adaptation de la personne âgée à sa résidence a également été utilisée pour étudier le lien entre l'adaptation et le processus d'appropriation spatiale-territoriale. Ce processus d'appropriation spatiale est défini comme « un processus psychologique dynamique par lequel l'individu transforme un espace en un endroit riche de sens, en un lieu auquel il s'identifie » et le processus d'appropriation territoriale se concrétise « par le marquage de l'espace par des objets, des inscriptions, des modifications spatiales qui sont identifiés au Moi et témoigne ainsi de l'emprise de l'individu sur un lieu donné » (19). La chambre du résident présente un exemple type pour ce processus d'appropriation. Il y avait une corrélation statistiquement significative entre l'appropriation territoriale et l'adaptation. On peut donc conclure que l'aménagement de la chambre a un impact significatif sur l'adaptation de la personne âgée à sa maison de retraite (19).

Plusieurs études se sont attachées à identifier les paramètres qui influencent l'adaptation d'un résident à son nouvel environnement (8, 20-24). Les facteurs socio-démographiques pertinents étaient des facteurs tels que le niveau d'éducation, le sexe, le statut marital, l'état de santé perçue et thymique. Parmi les facteurs psychologiques on trouvait le sentiment de reconnaissance, le maintien des habitudes, la préservation de l'autonomie et du contrôle sur sa vie. Les facteurs sociaux importants étaient la relation avec le personnel, la famille et des pairs et la participation aux activités. On retenait, de plus, les facteurs liés à l'environnement dont l'architecture de la résidence, le type de chambre et l'agencement de la chambre avec des objets personnels. Les facteurs liés à l'admission étaient les circonstances d'admission (en urgence ou préparée), le type de décision d'admission (auto-décision, codécision ou décision d'une tierce personne) et la durée de séjour. Une préparation adéquate à l'admission semble

conduire à une meilleure adaptation de la personne âgée à son nouveau lieu de vie. Cette préparation comprend l'analyse des besoins et des désirs, et l'élaboration d'un plan de soins individualisé avant l'entrée. Brownie (23) propose la mise en place d'une équipe de transition chargée de la préparation de l'admission en institution.

Yoon (25) a réalisé une étude transversale auprès de 203 résidents dans 6 maisons de soins (« *nursing home* ») aux Etats-Unis pour analyser le lien entre les soins axés sur la personne et l'adaptation de la personne à sa maison de repos. Pour cette étude il a utilisé le score d'ajustement à la maison de retraite (NHAS) de Lee (15). Il y avait une corrélation statistiquement significative entre les soins axés sur la personne et l'adaptation de la personne à l'institution. Les soins axés sur la personne expliquaient 38 % de la variance de l'adaptation de la personne âgée (25).

Modèle Tubbe

Le modèle Tubbe est un nouveau modèle de gestion et d'organisation des MR(S), axé sur le relationnel, qui favorise l'*empowerment* et la responsabilisation des personnes âgées, la motivation du personnel et l'implication des familles (14). L'Organisation mondiale de la Santé définit l'*empowerment* comme « un processus par lequel les gens acquièrent un plus grand contrôle sur les actions qui affectent leur santé » (26). On peut le traduire par « autonomisation ».

L'idée du modèle Tubbe a été développée par Thyra Frank, ministre danoise du vieillissement avec la devise « aussi longtemps qu'on est vivant, il faut vivre pleinement. Toute personne est unique et doit le rester jusqu'à son décès » (14). Le modèle a ensuite été instauré dans le lieu de résidence suédoise *Tubberödshus* de Tjörn, d'où le nom Tubbe est issu. Ce modèle inverse l'organisation traditionnelle dans laquelle la direction de l'établissement se trouve en haut de la pyramide et les résidents en bas. Les résidents sont encouragés à participer à la gestion de l'institution et sont mis au centre pour qu'ils puissent s'exprimer et exercer une influence sur leur vie quotidienne. « Ce n'est plus au résident de s'adapter à l'institution mais à l'institution de s'adapter aux résidents, en concertation avec les membres du personnel » (14). Mais pour s'adapter aux désirs des résidents, il faut tout d'abord écouter quels sont leurs désirs (27).

Le modèle repose sur 10 principes de base :

1. « L'autonomie : Dans l'ensemble de la maison, promotion de l'autonomie et de l'estime de soi par le respect de l'autodétermination de chacun(e).
2. Le coaching : Au niveau de la direction, passage de la gestion pyramidale à l'ancienne au coaching : création d'un cadre favorisant, chez le personnel comme chez les résidents, une réflexion en continu, ainsi que la traduction des résultats de cette réflexion dans la pratique.
3. La codécision : Implication systématique des résidents dans les décisions relatives à l'organisation de leur vie quotidienne (menus, activités, horaires, décoration, et même engagement et évaluation des collaborateurs, etc.) au sein de la MR(S), notamment par le biais de groupes de travail thématiques où ils se concertent avec les membres du personnel.
4. La communication : Communication ouverte et claire avec les résidents, mais aussi avec le personnel.
5. L'ouverture : Ouverture au monde extérieur, la MR(S) devant être un lieu de rencontre en prise directe avec la société, où les échanges sont encouragés, non seulement avec la famille du résident, mais aussi avec les riverains, les commerçants, les bénévoles, etc.
6. Le potentiel : Mise en valeur des ressources du résident, de ses capacités, des compétences qui lui restent : l'important n'est pas ce qu'il a perdu, mais ce qu'il peut encore faire.
7. La relation : Modèle de soins relationnel, basé sur des contacts authentiques entre les résidents et les membres du personnel, qui sont conscients de travailler « chez quelqu'un ».
8. Le respect de l'autre, de ses besoins et de ses attentes, de sa vie privée et de son intimité. Ainsi, chaque chambre est considérée comme un véritable chez-soi, où personne n'a le droit de pénétrer sans l'autorisation du résident. Les membres du personnel frappent toujours à la porte – et attendent la réponse ! – avant d'entrer.
9. L'unicité : Reconnaissance et respect du caractère unique de chaque personne, qui implique une adaptation des soins standard, ainsi qu'une réponse adéquate et ciblée à ses besoins et ses envies.
10. L'utilité : Accent sur le sentiment d'utilité, qui est important pour les résidents comme pour les membres du personnel. Les résidents participent à l'organisation des activités et, dans la mesure où ils le souhaitent, prennent leur part des tâches quotidiennes » (14).

En résumé, le modèle Tubbe a donc comme objectif de créer un environnement où chaque personne peut se sentir « chez soi » et autonome dans les limites de la vie communautaire.

Le modèle Tubbe n'est pas un cadre rigide à implémenter mais comporte plutôt des principes de base, chaque MR(S) devant réfléchir elle-même à la meilleure manière de les appliquer. En outre l'intégration du modèle est un processus continu et nécessite une évaluation permanente. En pratique, les principes de bases se traduisent par une organisation entreprenante dans laquelle les résidents bénéficient d'une grande autonomie. Cette organisation entreprenante repose sur différents groupes de travail traitant des sujets comme les activités, la sensibilisation du personnel, les achats et le budget. Un membre au sein de chaque groupe de travail participe également au groupe de direction qui dirige et gère l'institution (14,27,28). Mais la participation des résidents au processus décisionnel se manifeste davantage dans les échanges quotidiens avec les membres du personnel, qui sont à l'écoute des résidents (28).

En 2016 la FRB a organisé une série de visites d'étude en Suède avec des directeurs de MR(S), des représentants d'organisations et des décideurs pour mieux comprendre ce modèle. Ces visites sur le terrain ont généré un enthousiasme à instaurer le modèle Tubbe en Belgique. Début 2017, six projets pilotes ont été lancés en Belgique pour intégrer le modèle au sein de ces institutions, qui ont collaboré avec un coach fourni par la FRB pour la mise en œuvre du modèle en fonction de leurs particularités et de leur rythme personnel. Les projets pilotes ont été évalués sur une période d'un an et demi (28). Suite à un appel à projets lancé par la FRB, la Région wallonne a dégagé un budget de 180.000 € pour développer le modèle Tubbe dans 36 établissements wallons dont 10 en province de Liège (29).

Selon la FRB (28) il y a plusieurs facteurs qui conditionnent l'implémentation du modèle dans des institutions belges par rapport aux lieux de résidence à Tjörn, dont le pourcentage plus élevé de résidents atteints de troubles cognitifs, la différence dans l'organisation des soins de santé et le fait que le séjour moyen en MR(S) est plus court en Belgique (28).

Un rapport d'évaluation a été rédigé par la FRB après le lancement des six projets pilotes avec l'objectif d'identifier dans quelle mesure le modèle Tubbe apporte des soins de meilleure qualité. La durée d'évaluation était trop courte pour estimer son impact à long terme mais elle donnait un premier aperçu des expériences des partenaires pilotes. Une enquête a été réalisée en deux phases, au début et un an après la mise en place du projet pilote, durant lesquelles respectivement 276 et 185 seniors et 198 et 156 membres du personnel ont été

interrogés. L'étude a été réalisée à l'aide de questionnaires auto-administrés, d'entretiens individuels et de focus groupes. Après un an et demi d'implémentation du modèle Tubbe on pouvait constater que la satisfaction moyenne et le sentiment d'utilité des résidents avait augmenté. La proportion des résidents disant se sentir comme « chez soi » avait augmenté, de 35,8 % à 54,9 %. Mais lors des entretiens individuels, plusieurs résidents évoquaient que leur vraie maison était celle où ils vivaient avant (28).

Une étude menée par des membres de Médecins Sans Frontières (30) a tiré comme conclusion que la crise sanitaire causée par le Covid-19 a provoqué chez les résidents en MR(S) une perte de liberté, de vie sociale et d'autonomie. Cette crise a eu un impact négatif sur leur bien-être mental et leur qualité de vie. Les conclusions de cette étude montrent l'importance du besoin d'envisager une approche qui inclut les résidents dans la prise de décisions et qui favorise une communication transparente. L'intégration d'une telle approche pourra faciliter les stratégies d'adaptation à mettre en place pour mieux faire face à une situation difficile et par conséquent réduire son impact émotionnel. Les auteurs proposent notamment le modèle Tubbe comme approche adaptée, qui met l'accent sur le bien-être psycho-social des résidents dans les MR(S), et ce même dans des situations de crise.

3. Question de recherche/ objectifs/ hypothèses

Question de recherche : Quel est l'impact du modèle Tubbe sur le degré d'adaptation de la personne âgée à sa MR(S) ? Etude comparative.

L'objectif principal : Comparer le degré d'adaptation de la personne âgée à sa MR(S), selon son type d'organisation : le modèle Tubbe et le modèle « traditionnel ».

Hypothèse principale : L'organisation de la MR(S) selon le modèle Tubbe favorise l'adaptation de la personne âgée à sa MR(S).

L'objectif secondaire : Evaluer l'impact de l'état de santé perçu, de l'état de santé thymique, de certains facteurs sociodémographiques, des facteurs liés à l'environnement et des facteurs liés à l'admission sur le degré d'adaptation de la personne âgée à sa MR(S).

Hypothèse secondaire : Ces paramètres influencent le degré d'adaptation, en association ou indépendamment du modèle Tubbe.

4. Matériel et méthodes

4.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle : il n'y a eu aucune intervention sur l'organisation des MR(S). Une approche quantitative a été retenue. La chercheuse a récolté les données via un questionnaire. Le raisonnement déductif a été adopté.

Une étude transversale a été réalisée : il s'agit d'un instantané du degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence. L'objectif étant d'évaluer l'effet du modèle par rapport au modèle « traditionnel », l'étude a été comparative.

4.2 Population étudiée

L'étude s'est intéressée à un échantillon de personnes âgées vivant dans une MR(S) en province de Liège pendant la durée de l'étude (début février jusqu'à fin mars 2022). En province de Liège il y a 10 établissements d'hébergement pour personnes âgées qui ont été sélectionnés début 2020, suite à un appel à projet, pour intégrer le modèle Tubbe. Un des établissements, une résidence-service a été exclu de l'étude qui ne s'intéressait qu'aux MR(S). Une MR(S) qui faisait partie des six projets pilotes lancés en 2017 a aussi été incluse dans l'étude. L'idéal visé était de comparer des groupes de résidents aussi proches que possible les uns des autres, sur les plans quantitatif et qualitatif. Sur le plan quantitatif, nous avons tenté de recruter des groupes de nombre égal, ou aussi proche que possible, dans chacune des MR(S) organisées selon les deux modèles.

Sur le plan qualitatif, tous les individus recrutés devaient correspondre aux critères ci-dessous.

Critères d'inclusion :

- vivre depuis au moins trois mois dans une des MR(S) participant à l'étude ;
- signer un consentement à la participation à l'étude ;
- savoir lire et écrire ;
- maîtriser la langue française (utilisée dans les questionnaires).

Critère d'exclusion :

la présence d'un trouble cognitif : dans une première étape tous les individus porteurs d'un diagnostic de troubles cognitifs ont été directement exclus. Dans une deuxième étape l'état

cognitif a été évalué par la batterie Cognitive Courte (B2C, annexe 1) (31). Un score d'orientation supérieur à 1, un score inférieur à 4 pour le test de l'horloge, un score inférieur à 10 pour le test des 5 mots et un score inférieur à 15 pour l'épreuve de fluence verbale étaient des critères d'exclusion à l'étude. La B2C a été réalisée par la chercheuse avant la passation du questionnaire principal de l'étude.

La méthode d'échantillonnage non-probabiliste a été retenue. Le recrutement s'est réalisé par méthode de commodité. Les MR(S) sélectionnées sont celles dont l'accord des directions a été obtenu. Les questionnaires ont été distribués aux résidents qui faisaient partie d'une liste préétablie des directions par rapport aux critères d'inclusion et d'exclusion et qui ont accepté à participer à l'étude.

4.3 Paramètres étudiés et outils de collecte des données

a) Évaluation du degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence

Le degré d'adaptation a été évalué par l'Echelle d'adaptation de la personne âgée à sa résidence (17) (annexe 2). L'instrument a été validé par une étude auprès de 37 femmes âgées de 65 à 97 ans habitant en résidence depuis au moins trois mois qui ont répondu au questionnaire à deux reprises à un intervalle d'une semaine. L'outil montre une bonne fidélité test-retest et une cohérence interne de $\alpha = 0,69$ au temps 1. L'échelle est composée de 17 items concernant trois sphères : personnelle, sociale et le bien-être global. Chaque item est évalué par une question posée de manière dichotomique (oui / non). Une bonne adaptation est marquée par une réponse « oui » aux items 1, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 13, 15, 16 et 17 et « non » aux questions 2, 3, 6, 8, 11 et 14. Le score maximum s'élève donc à 17. Un score supérieur à 16 indique une bonne adaptation tandis qu'un score inférieur à 11 traduit de réelles difficultés d'adaptation.

b) Impact de l'état de santé perçu

Pour évaluer l'effet de l'état de santé perçu sur le degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence, l'échelle Nottingham Health Profile (NHP) (32) (annexe 3) a été utilisée. Cet auto-questionnaire, composé de 38 items, permet une mesure de la santé perçue. Les questions, posées de manière dichotomique, sont regroupées en six catégories : la mobilité, le sommeil, l'énergie, les réactions émotionnelles, l'isolement social et la douleur. Un point est compté

pour chaque réponse « oui ». Un coefficient est attribué à chaque item, il suffit donc d'additionner tous les coefficients d'une catégorie pour obtenir un score compris entre 0 et 100. En additionnant les scores des différentes catégories on obtient le score total ; son maximum est fixé à 600. Plus ce score est élevé, plus la gravité du problème est importante et la santé perçue est mauvaise. Le temps de passation moyen est de 10 minutes.

c) Impact de l'état de santé thymique

Afin d'évaluer l'effet de l'état de santé thymique sur le degré d'adaptation la version en 15 items de l'Echelle gériatrique de dépression a été adoptée (33) (annexe 4). Cette échelle est composée de 15 items sous forme de questions posées de manière dichotomique (oui / non). Le score maximum est fixé à 15. Une réponse « oui » aux items 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 et 15, et « non » aux autres, vaut 1 point. Un score de 0 à 5 est normal, un score entre 5 et 9 indique une forte probabilité de dépression et un score supérieur à 10 a une sensibilité de dépression.

d) Facteurs socio-démographiques, liés à l'environnement et à l'admission

Le questionnaire contenait des questions sur ces différents facteurs afin d'évaluer leur impact sur le degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence. Il y avait des questions sur : l'âge ; le genre ; le statut marital ; la possession d'une chambre individuelle ; la présence de visite(s) au moins une fois par semaine ; la survenue d'un évènement marquant récent (décès ou hospitalisation) ; décision relative à l'entrée en MR(S) ; entretien préparatoire avant l'entrée. A part les questions sur l'âge, le genre et le statut marital, les autres questions ont été posées sur un mode dichotomique (oui / non) (annexe 5).

4.4 Organisation et planification de la collecte des données

La collecte des données a débuté après l'obtention de l'accord du Collège restreint des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique.

Les directeurs / directrices des 10 MR(S) « Tubbe » en province de Liège ont été contacté(e)s par e-mail afin de demander leur accord à participer à l'étude et connaître le nombre approximatif de résidents qui répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion. Ce mail contenait également une explication de l'étude.

Après réception de leur accord, la chercheuse a à nouveau contacté les directeurs / directrices des MR(S) pour l'organisation de l'information des résidents et du personnel ainsi que pour la planification de la collecte des données. En même temps, la chercheuse a contacté par mail les directions des MR(S) fonctionnant selon le modèle d'organisation « traditionnel » ayant des caractéristiques similaires (pouvoir organisateur et taille de la structure) et se trouvant à proximité géographique par rapport aux MR(S) ayant intégré le modèle Tubbe.

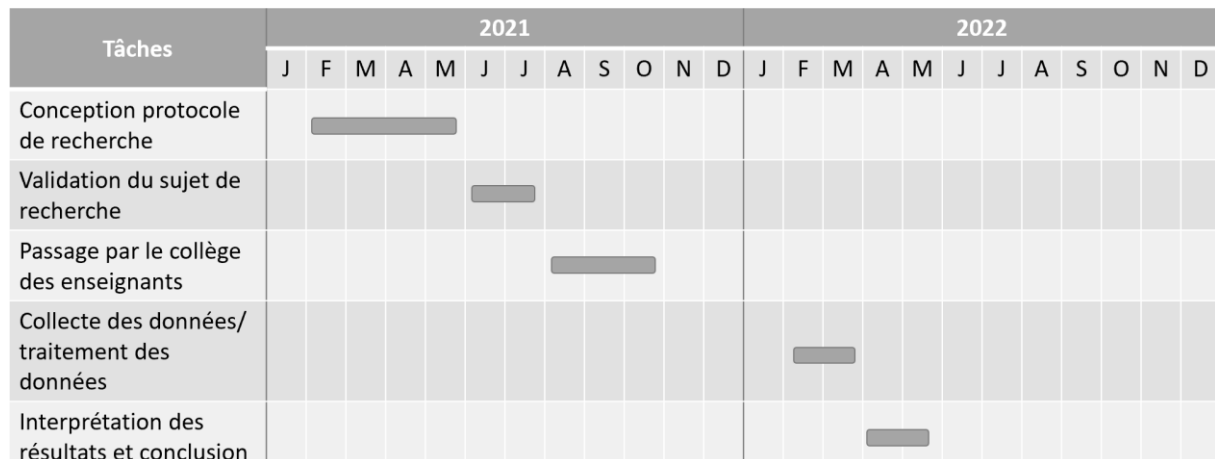
La distribution d'un document explicatif sur les modalités de l'étude, destiné au personnel et aux résidents, a été proposée à la direction. Les directions ont fait parvenir à la chercheuse une liste avec les résidents éligibles. Des séances d'information ont été planifiées en fonction des souhaits et des possibilités de chaque institution soit par des rencontres individuelles avec chaque résident soit par des rencontres en groupes de plusieurs résidents. Lors de ces séances d'information un document explicatif a été distribué aux résidents, contenant : la question de recherche, la population cible avec les critères d'inclusion et d'exclusion, les paramètres étudiés et la méthode de collecte des données. Cette fiche explicative reprenait également le déroulement des rencontres et de la collecte des données auprès des résidents. Les résidents pressentis pour l'étude ont reçu ce document en version papier au moins une semaine avant la date de la passation de l'évaluation de l'état cognitif pour qu'ils puissent s'organiser. La fiche de consentement a été jointe à ce document explicatif.

Avant la passation du test cognitif la chercheuse s'est rendue auprès de chaque résident éligible pour demander s'il serait d'accord de participer et pour fixer un éventuel rendez-vous pour passer le test de l'état cognitif. Les rencontres avec les résidents ont été organisées soit en fin de matinée, entre les soins et le repas de midi, soit en fin d'après-midi, avant le repas du soir. Tout a été organisé de manière la plus confortable possible et en fonction de l'organisation de chaque établissement.

Après avoir réalisé le test B2C la chercheuse a fourni le questionnaire principal de l'étude aux résidents qui échappaient au critère d'exclusion (mentionné dans le point 2 de la partie méthodologie). Les résidents ont eu au moins une semaine pour remplir l'auto-questionnaire avant que la chercheuse le récolte personnellement auprès d'eux.

Lors de la collecte les participants ont eu la possibilité de poser des questions éventuelles en cas d'incompréhension. La chercheuse a également proposé de rester à disposition pendant que les résidents remplissaient les questionnaires.

La planification de la collecte est représentée par un diagramme de Gantt (34) :



4.5 Traitement des données et méthodes d'analyses

Les données récoltées ont été rassemblées selon un *code book*, créé dans le logiciel Excel et protégé par un mot de passe. Les données ont été encodées de la manière suivante : une ligne correspond à un sujet et une colonne à une variable. Les données manquantes ont été codées « NA » dans le tableau Excel. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

Un plan d'analyse statistique se trouve en annexe 6.

a) Analyse statistique descriptive des données

La normalité de chaque variable quantitative a été évaluée par la comparaison numérique de la moyenne et de la médiane, la réalisation du test de Shapiro-Wilk et de manière graphique par la réalisation d'un histogramme et d'un qq-plot.

Chaque variable a été analysée de manière descriptive. Pour les variables quantitatives (degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence ; état de santé thymique ; état de santé perçu ; âge) présentant une distribution normale, les résultats ont été donnés sous forme de moyennes et d'écart-types tandis que pour les variables quantitatives de distribution non

normale, les résultats ont été donnés sous forme de médianes et d'intervalles interquartiles (P25 – P75).

Les variables qualitatives (genre ; statut marital ; possession d'une chambre individuelle ; visite ; présence d'évènement marquant ; décision relative à l'entrée en MR(S) ; entretien préparatoire avant l'entrée) ont été résumées par des pourcentages et des nombres.

b) Analyse statistique uni - et multivariée

Toutes les variables de type binaire ont été converties en facteurs dans le logiciel d'analyse statistique R.

Les variables quantitatives (le degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence ; l'état de santé perçu ; l'état de santé thymique et l'âge) ont été analysées pour chacun des deux groupes par le test T de Student ou le test de Mann-Whitney (selon que leur distribution était normale ou non). Ces tests permettaient d'obtenir une moyenne pour le premier, ou une médiane pour le second.

Les proportions des variables qualitatives (genre ; statut marital ; possession d'une chambre individuelle ; visite ; présence d'évènement marquant ; décision relative à l'entrée en MR(S) et entretien préparatoire avant l'entrée) ont été comparées dans les deux groupes (Tubbe et « traditionnel ») par un test de Chi-carré ou de Fisher.

Pour analyser la relation entre le degré d'adaptation et l'état de santé perçu d'une part et l'évaluation de l'état de santé thymique d'autre part, une corrélation linéaire de Pearson ou Spearman a été utilisée. Ces tests ont aussi été utilisés pour déterminer une relation possible entre l'âge du résident et le degré d'adaptation.

Afin d'analyser l'impact des variables binaires (modèle Tubbe ; genre ; possession d'une chambre individuelle ; visite ; présence d'évènement marquant ; décision relative à l'entrée en MR(S) et entretien préparatoire avant l'entrée) sur le degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence le test de T de Student ou le test de Mann-Whitney a été utilisé selon la distribution des variables. En ce qui concerne la variable qualitative (statut marital) un test de Kruskal Wallis ou un test Anova a été appliqué.

Pour évaluer l'impact des variables de contrôle (état de santé perçu ; état de santé thymique ; âge ; genre ; statut marital ; possession d'une chambre individuelle ; visite ; présence d'évènement marquant ; décision relative à l'entrée en MR(S) ; entretien préparatoire avant l'entrée) sur la différence du degré d'adaptation dans les deux groupes, des régressions multiples ont été pratiquées mais seulement pour les variables étant significatives en analyse univariée.

4.6 Contrôle de qualité

La chercheuse étant responsable de la qualité de sa base de données, des contrôles de qualité de celle-ci ont été réalisés : la surveillance de la qualité de l'encodage par un double encodage ; la vérification des moyennes, médianes, minimums et maximums dans le logiciel Excel et la recherche de valeurs aberrantes.

4.7 Composition de l'équipe de recherche

- Gilles, Christian : promoteur, docteur en médecine, formé en neuropsychiatrie et psychogériatrie ;
- Tribels, Gabrielle : promotrice, directrice de la MR(S) Régina à Moresnet, licenciée en droit ;
- Kerstges, Michelle : étudiante en Master en Sciences de la Santé Publique à l'université de Liège.

4.8 Promoteur de l'étude et origine des financements de l'étude

Il n'y a pas de financement pour la réalisation de ce mémoire.

4.9 Aspects réglementaires

- a) Comité d'éthique

L'accord du Collège restreint des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique a été demandé. La demande d'avis et la réponse se trouvent en annexe 7.

b) Vie privée et protection des données

La participation à l'étude était libre et les participants ont eu la possibilité d'arrêter de répondre au questionnaire ou de ne pas le rendre après l'avoir rempli. En plus ils étaient libres de ne pas répondre à toutes les questions.

Une lettre a été attribuée à chaque établissement et un numéro d'identification a été accordé à tous les participants à l'étude pour éviter l'utilisation du nom et du prénom des participants. Toutes les données ont été encodées de manière anonyme dans un document Excel protégé par un mot de passe. Les données recueillies seront toutes détruites après la fin de l'étude.

c) Information et consentement

La participation des personnes à l'étude se faisait par un consentement libre et après avoir reçu toutes les informations nécessaires pour prendre cette décision. Afin que les participants potentiels comprennent l'information un texte simplifié a été distribué à toutes les personnes éligibles à participer à l'étude mais un document complet a été fourni aux participants définitifs et ceux qui le souhaitent pouvaient le lire en détail.

d) Assurance

La chercheuse est couverte par l'assurance civile de l'université.

e) Exploitation des résultats et publications

La présente recherche est réalisée dans le cadre d'un mémoire. Ce dernier est effectué dans le but de l'obtention du grade de Master en Sciences de la Santé publique.

5. Résultats

5.1 Population étudiée

Trois des dix directions des MR(S) ayant intégré le modèle Tubbe ont accepté de participer à l'étude. Après ces accords la chercheuse a contacté trois MR(S) fonctionnant par le modèle d'organisation « traditionnel » avec des caractéristiques similaires et se trouvant à proximité géographique. Selon l'estimation des directions un nombre de 75 résidents était éligible à répondre au questionnaire dans chaque groupe. La différence par rapport à l'échantillon final de 57 résidents s'explique par des raisons de refus de participation (39 résidents), l'indisponibilité des résidents (51 résidents) et l'exclusion après la réalisation du test cognitif (3 résidents).

L'échantillon comptait 57 résidents, dont 21 pour le modèle Tubbe et 36 pour le modèle « traditionnel ». Il n'y avait de différence significative pour aucune des variables entre les deux groupes. La médiane du degré d'adaptation était égale à 13/17 pour le groupe Tubbe et à 14/17 pour le groupe « traditionnel ». La moyenne de l'état de santé perçu pour tout l'échantillon était égale à 192,84/600 et sa médiane était plus élevée dans le groupe « traditionnel » avec une valeur de 173,86 par rapport à la médiane de 158,25 pour le groupe « Tubbe ». Le score médian de l'état de santé thymique pour l'échantillon total était égal à 3/15. Celui-ci était par contre plus élevé pour le groupe « Tubbe » avec une médiane de 4 par rapport à une médiane de 3 pour le groupe « traditionnel ». L'âge moyen était de 82,96 ans pour l'échantillon total, de 81,90 ans pour le groupe « Tubbe » et de 83,58 ans pour le groupe « traditionnel ». La majorité (66,6 %) des participants étaient des femmes. Plus de la moitié des participants (61,4%) avaient le statut marital « veuf ».

Parmi les participants, cinq personnes n'ont pas répondu à un item du questionnaire. Les questions concernées étaient exclusivement celles de l'échelle sur l'état de santé perçu. Pour évaluer l'effet de ces données manquantes, les tests statistiques ont été appliqués séparément sur le groupe entier et en excluant les réponses de ces cinq personnes. L'exclusion des cinq sujets concernés ne modifiait pas les résultats (annexe 8) ; les résultats présentés concernent donc le groupe entier.

Le tableau 1 décrit l'ensemble des caractéristiques de la population comparées dans les deux groupes (modèle Tubbe / modèle « traditionnel »).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée comparées dans les deux groupes

Variable	Catégorie	Tubbe n=21 (36.8%)	« Traditionnel » n=36 (63.2%)	Total n=57 (100.0%)	p-valeur
Score du degré d'adaptation		13 (12-15)	14 (11.75 – 15)	14 (12-15)	0.739
Score de l'état de santé perçu		158.25 (113.18 – 281.99)	173.86 (110.88 – 250.37)	192.84 +/- 124.63	0.928
Score de l'état de santé thymique		4 (2-10)	3 (2-4.25)	3 (2-5)	0.229
Age (années)		81.90 +/- 9.09	83.58 +/- 7.53	82.96 +/- 8.10	0.479
Genre	Femme (%)	12 (57.1)	26 (72.2)	38 (66.6)	0.244
	Homme (%)	9 (42.9)	10 (27.8)	19 (33.3)	
Statut marital	Célibataire (%)	1 (4.8)	2 (5.6)	3 (5.3)	0.585
	Marié(e) (%)	3 (14.3)	5 (13.9)	8 (14.0)	
	Veuf(ve) (%)	11 (52.4)	24 (66.7)	35 (61.4)	
	Divorcé(e) (%)	6 (28.6)	5 (13.9)	11 (19.3)	
Visite	Oui (%)	15 (71.4)	30 (83.3)	45 (79.0)	0.288
	Non (%)	6 (28.6)	6 (16.7)	12 (21.0)	
Chambre individuelle	Oui (%)	20 (95.2)	34 (94.4)	54 (94.7)	0.897
	Non (%)	1 (4.8)	2 (5.6)	3 (5.3)	
Évènement marquant	Oui (%)	13 (61.9)	13 (36.1)	26 (45.6)	0.059
	Non (%)	8 (38.1)	23 (63.9)	31 (54.4)	
Décision individuelle	Oui (%)	14 (66.7)	25 (69.4)	39 (68.4)	0.828
	Non (%)	7 (33.3)	11 (30.6)	18 (31.6)	
Entretien préparatoire	Oui (%)	7 (33.3)	11 (30.6)	18 (31.6)	0.828
	Non (%)	14 (66.7)	25 (69.4)	39 (68.4)	

5.2 Analyse univariée

Tableau 2 : Association du score du degré d'adaptation et les caractéristiques étudiées – Analyse univariée

Variable	Catégorie	Coefficient de corrélation	Moyennes +/- SD ou Médianes (p25- p75)	p-valeur
Modèle Tubbe	Oui		13 (12 – 15)	0.739
	Non		14 (11.75 – 15)	
Score de l'état de santé perçu		-0.31		0.020
Score de l'état de santé thymique		-0.61		< 0.001
Age		-0.02		0.868
Genre	Femme		14 (12 – 15)	0.398
	Homme		13 (10.5 – 15)	
Statut marital	Célibataire		13 +/- 1	
	Marié(e)		13.63 +/- 3.11	0.920
	Veuf(ve)		12.71 +/- 3.55	
	Divorcé(e)		13 +/- 2.14	
Visite	Oui		13.49 +/- 2.78	0.006
	Non		10.75 +/- 3.55	
Chambre individuelle	Oui		14 (11.25 – 15)	0.815
	Non		14 (13 – 14)	
Évènement marquant	Oui		14 (12 – 15)	0.815
	Non		14 (11.5 – 15)	
Décision individuelle	Oui		13.13 +/- 3.25	0.449
	Non		12.44 +/- 2.91	
Entretien préparatoire	Oui		14.5 (14 – 15.75)	0.057
	Non		13 (10.5 - 15)	

Le tableau 2 reprend les associations de chacune des variables avec la variable du degré d'adaptation étudiées par les analyses univariées. Trois p-valeurs étaient significatives ($p < 0.05$). L'état de santé perçu et l'état de santé thymique avaient un impact significatif sur le degré d'adaptation avec des p-valeurs respectivement de 0.020 et < 0.001 . Le coefficient de régression négatif pour ces deux variables, indique une relation décroissante. Le degré

d'adaptation diminuait donc avec une augmentation du score de l'état de santé perçu et du score de l'état de santé thymique. Pour une meilleure compréhension, il faut noter qu'un score élevé indique un mauvais état de santé perçu et thymique. Le fait d'avoir une visite au moins une fois par semaine avait aussi un impact significatif sur le score du degré d'adaptation ($p=0.006$). Le score du degré d'adaptation était en moyenne plus élevé pour les résidents qui ont au moins une visite par semaine.

Par contre le fait de vivre dans une structure organisée selon le modèle Tubbe n'avait pas d'impact sur le degré d'adaptation.

Aucun lien ne pouvait être établi entre le degré d'adaptation et l'ensemble des autres caractéristiques.

5.3 Analyse multivariée

Les variables de l'analyse univariée (tableau 2) dont le coefficient de corrélation avec le degré d'adaptation était significatif ont été intégrées dans l'analyse multivariée (tableau 3). Pour répondre à la question de recherche, la variable Tubbe a aussi été intégrée dans le modèle. Etant donné que la régression multiple a un sens ($p<0.001$), au moins une des différentes variables est significativement associée au degré d'adaptation.

Tableau 3 : Analyse multivariée par régression multiple des caractéristiques significativement associées au score du degré d'adaptation

Variable	Coefficient +/- SE	p-valeur
Intercept	13.50 +/- 0.82	
Modèle Tubbe (Oui vs Non)	0.95 +/- 0.63	0.134
Score de l'état de santé perçu	0.01 +/- 0.003	0.157
Score de l'état de santé thymique	-0.73 +/- 0.13	< 0.001
Visite (Oui vs Non)	1.62 +/- 0.76	0.036

L'état de santé thymique ($p<0.001$) et le fait d'avoir une visite au moins une fois par semaine ($p=0.036$) étaient significativement associés au degré d'adaptation. Le score du degré

d'adaptation diminuait de 0,73 pour chaque augmentation d'une unité du score de l'état de santé thymique. Le score du degré d'adaptation est supérieur de 1,63 chez les résidents qui ont au moins une fois par semaine une visite par rapport aux résidents qui n'en ont pas.

Le modèle Tubbe et l'état de santé perçu n'étaient pas significativement associés au degré d'adaptation dans le modèle multivarié.

Le coefficient de détermination R^2 est à 0.553, donc 55,3% de la variabilité du degré d'adaptation est expliquée par l'ensemble des variables incluses dans le modèle.

6. Discussion

6.1 Principaux résultats et confrontation avec la littérature

L'objectif principal de cette étude était de comparer le degré d'adaptation de la personne âgée à sa MR(S), selon son type d'organisation : le modèle Tubbe et le modèle « traditionnel ». L'hypothèse principale était que l'organisation de la MR(S) selon le modèle Tubbe favorise l'adaptation de la personne âgée à sa MR(S). Nous n'avons pas pu confirmer cette hypothèse : le score du degré d'adaptation était plus élevé chez les résidents vivant dans une MR(S) fonctionnant selon le modèle d'organisation « traditionnel ». Ce paramètre n'a jamais été étudié par d'autres ; la FRB (28) a étudié différents paramètres mais pas celui-ci. Par contre, ce rapport de la FRB a pu mettre en évidence que l'implémentation du modèle Tubbe augmente le sentiment « de vivre comme chez soi ». En outre, le modèle Tubbe repose sur des principes comme le respect de l'autonomie du résident, l'implication des résidents dans les processus décisionnels et la relation authentique entre les résidents eux-mêmes et avec les membres du personnel (14). Une étude (8) a identifié les caractéristiques de l'infrastructure, l'attitude du personnel soignant, le respect de l'autonomie et l'attitude des résidents les uns envers les autres comme déterminants du sentiment d'être chez soi grâce à des entretiens individuels auprès de 686 résidents. Une autre étude (22) a déterminé également la préservation des habitudes et des valeurs individuelles ainsi que le sentiment de reconnaissance comme facteurs qui impactent le sentiment d'être « chez soi ». Enfin, une étude (25) a pu mettre en évidence l'impact des soins axés sur la personne sur le degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence. Il faut souligner que l'étude citée a utilisé une échelle différente de celle de Castonguy et Ferron (17) utilisée pour notre étude.

L'objectif secondaire de cette étude était d'évaluer l'impact de l'état de santé perçu, de l'état de santé thymique, de certains facteurs sociodémographiques, des facteurs liés à l'environnement et des facteurs liés à l'admission sur le degré d'adaptation de la personne âgée à sa MR(S). L'hypothèse était que ces paramètres influencent le degré d'adaptation, en association ou indépendamment du modèle Tubbe. Parmi ces différents facteurs, seuls l'état de santé perçu et l'état de santé thymique, ainsi que le fait d'avoir une visite au moins une fois par semaine semblent avoir un impact significatif sur le degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence en analyse univariée. Seuls l'état de santé thymique et le fait d'avoir des

visites au moins une fois par semaine étaient significativement liés au degré d'adaptation pour l'analyse multivariée.

Concernant l'impact de l'état de santé perçu sur le degré d'adaptation, notre résultat concorde avec l'étude de Lee (21). Un bon état de santé perçu semble donc influencer le degré d'adaptation de manière positive.

Une autre étude (24) a pu mettre en évidence l'impact significatif de l'état de santé thymique sur le degré d'adaptation, ce qui rejoint notre résultat.

Notre étude montre un effet positif de visites régulières sur l'adaptation au lieu de vie. L'étude de Lee (21) n'a pas pu établir un lien statistiquement significatif ; par contre, plusieurs études (22, 24) ont identifié l'impact positif du soutien social et familial sur l'adaptation des personnes âgées à leur résidence.

Chao (20) a pu identifier une relation significative entre le degré d'adaptation et le type de chambre d'une part, la prise de décision par rapport à l'admission et la présence d'une préparation avant l'admission d'autre part. Nous n'avons pas retrouvé cette association.

Les études de Chao (20), Lee (21) et Park (24) ont été réalisées en Asie, ce qui peut expliquer des différences dans les résultats obtenus.

6.2 Biais et limites de l'étude

La discordance entre les résultats attendus et les résultats obtenus, nous amène à identifier les différentes limites de cette étude.

a) Echantillon

La méthode non probabiliste de commodité, caractérisée par une sélection des unités d'échantillonnage par facilités d'accès, a été utilisée pour former l'échantillon. Un risque de cette méthode est que l'échantillon ne soit pas représentatif de la population globale. Les participants potentiels ont été renseignés par les directions, selon des critères d'inclusion et d'exclusion. Mais les participants effectifs avaient peut-être des caractéristiques, notamment en termes de capacité d'adaptation indépendamment du modèle d'organisation, différentes. La petite taille de l'échantillon risque d'avoir diminué la significativité statistique des résultats.

Le choix de lancer l'étude en province de Liège était lié au critère de faisabilité ; l'extension de l'étude sur toute la Wallonie aurait été plus représentative mais elle était hors des possibilités.

La taille des deux groupes n'était pas équilibrée : il y avait 21 participants au sein des MR(S) ayant implémenté le modèle Tubbe et 36 participants au sein des MR(S) fonctionnant selon le modèle d'organisation « traditionnel » ; à noter cependant qu'il n'y avait pas de différences entre les caractéristiques démographiques des deux groupes. L'évaluation de l'état cognitif a permis de garantir l'homogénéité en ce qui concerne la capacité de répondre aux questionnaires. Par contre, cette évaluation était susceptible de provoquer un état de stress chez les résidents ; l'évaluation cognitive et le questionnaire d'adaptation ont pu être proposés à distance l'un de l'autre à certains résidents, pas à d'autres.

Le critère d'inclusion de vivre en MR(S) depuis au moins 3 mois a été fixé par rapport à la durée de séjour minimale déterminée pour la validation de l'échelle du degré d'adaptation (17). Brandburg (16) explique par contre, dans son cadre de transition, que la phase d'acceptation débute quand les personnes âgées acceptent de vivre en MR(S), ce qui peut durer de 6 à 12 mois après l'admission. Ceci peut aussi constituer un biais à l'étude.

L'existence de troubles cognitifs constituait un critère d'exclusion et a donc été spécifiquement recherchée. Par contre, les autres problèmes objectifs de santé n'ont pas été pris en compte ; en particulier, les résidents de MR et de MRS n'ont pas été distingués. Les autres études citées n'ont pas non plus toutes été réalisées au sein d'un même type d'hébergement pour aînés. Ces disparités dans les populations étudiées peuvent expliquer en partie les discordances entre les résultats.

La nature du pouvoir organisateur des MR(S) (commercial, associatif et public) n'a pas été pris en compte pour cette étude, car tous les secteurs n'étaient pas représentés dans l'échantillon.

b) Procédure d'entretien

L'organisation des séances de présentation de l'étude (individuelle ou en groupe de plusieurs résidents) a dû varier d'une structure à l'autre en fonction de la situation sanitaire et des souhaits des différentes institutions. Cette démarche a pu constituer un biais d'hétérogénéité

en ce qui concerne la compréhension des informations données, la volonté de participer et l'adhésion à l'étude.

c) Collecte des données

La chercheuse a proposé de rester à disposition pendant que les résidents remplissaient les questionnaires pour répondre aux questions éventuelles, ce qui a minimisé la survenue de questions laissées sans réponse. Mais la présence de la chercheuse constitue également un biais ; par exemple, les réponses des participants pourraient avoir été influencées par le souhait de « faire plaisir » à la chercheuse. La présence d'un enquêteur neutre aurait minimisé ce biais mais ce n'était pas possible pour la présente étude.

d) Paramètres étudiés

Le fait que chaque MR(S) intègre le modèle Tubbe à sa façon nous semble constituer un biais d'hétérogénéité important. Il est difficile d'évaluer ces différences d'implémentation : celle-ci n'est pas transparente et il n'y a pas de contrôle de qualité. Par conséquent, il est probable que le « groupe Tubbe » soit loin d'être homogène et les effets de cette hétérogénéité ne sont pas mesurables, ce qui impacte d'autant plus les résultats que, comme dit supra, l'effectif était faible. De plus, l'adhésion des résidents au modèle peut, elle aussi, être très inégale et ce fait n'a pas été pris en compte, la taille de la population étudiée ne le permettant pas.

Plusieurs études (21, 24) ont utilisé une autre échelle, la « *Nursing home adjustment scale* » (15) pour évaluer l'adaptation de la personne âgée à sa résidence ; cette échelle n'a été validée qu'en langue anglaise et coréenne, ce qui explique pourquoi elle n'a pas pu être appliquée ici. Le choix des échelles pour évaluer l'état de santé perçu et thymique s'est basé sur la plus grande facilité de répondre à des questions dichotomiques. D'autres échelles auraient certainement aussi pu être appliquées.

Des données socio-démographiques et d'autres facteurs liés à l'environnement et à l'admission ont été récoltés dans cette étude pour identifier des facteurs confondants éventuels et pour étudier les profils dans les deux groupes. L'impact de la durée de séjour, les caractéristiques de l'infrastructure, l'aménagement de la chambre, le niveau d'éducation ou la participation aux activités sur le degré d'adaptation n'ont pas été évalués. En plus, les

paramètres ont été choisis sur base d'une revue de la littérature, qui ne prétend pas avoir été exhaustive.

6.3 Forces de l'étude

Mis à part la taille des deux groupes, l'échantillon présentait une homogénéité par rapport aux autres caractéristiques incluses dans l'étude.

L'étude s'est appuyée sur des questionnaires validés pour évaluer le degré d'adaptation, l'état de santé perçu et l'état de santé thymique.

6.4 Perspectives

Selon cette étude, le degré d'adaptation n'est pas influencé par le fait de vivre dans une MR(S) « Tubbe », mais bien par les visites, ainsi que par l'état de santé perçu et l'état de santé thymique. Il est possible que, outre des facteurs liés à l'échantillon étudié, la qualité de l'instrument d'évaluation de l'adaptation soit en cause. Une étude future possible pourrait donc être celle de l'impact du modèle Tubbe sur l'état de santé perçu et l'état de santé thymique.

Le biais le plus conséquent de cette étude est probablement le fait que chaque MR(S) intègre le modèle Tubbe à sa propre manière. Ce problème ne sera résolu que par la proposition de règles communes et par la mise sur pied d'un contrôle de qualité. Il est possible que des études longitudinales, couvrant une période avant la mise en place du modèle Tubbe, la période de transition et une période suffisante après celle-ci, seraient plus adaptées pour mesurer l'impact du processus sur la population. Elles se heurteraient cependant à d'autres écueils, et notamment au renouvellement (« *turn over* ») de la population de résidents et de l'équipe soignante.

Une même étude pourrait être envisagée avec une population plus homogène séparant les MR des MRS et en réalisant l'étude au sein d'une population plus large.

Une étude par l'approche qualitative pourrait aussi être à la base d'une future étude avec l'objectif de relever de nouvelles facettes bénéfiques du modèle Tubbe.

7. Conclusion

Les résultats de cette étude n'ont pas permis de mettre en évidence un lien entre le degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence et le modèle Tubbe. Par contre, un impact significatif du fait d'avoir une visite au moins une fois par semaine et l'état de santé perçu et thymique a pu être constaté.

Les difficultés majeures rencontrées pour cette étude sont l'hétérogénéité probable de l'implémentation du modèle Tubbe et l'hétérogénéité des résidents liée au fait de mélanger les MR et les MRS. D'autres approches pourraient minimiser ces difficultés.

Bibliographie

(1) Service Public Fédéral Belge. Soins aux personnes âgées [Internet]. Bruxelles : Service Public Fédéral Belge ; 2019 Apr 24 [cited 2022 May 19]. Available from : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees>

(2) World Health Organization. Facts about ageing [Internet]. Geneva : World Health Organization; 2014 Sep 30 [cited 2021 Apr 10]. Available from: <https://www.who.int/ageing/about/facts/en/>.

(3) Office belge de statistique. Perspectives de la population [Internet]. Bruxelles : Service Public Fédéral Belge ; 2021 Jan 19 [cited 2021 Apr 10]. Available from: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/perspectives-de-la-population>. French.

(4) Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van De Sande S, Vrijens F, Van de Voorde C, Stordeur S. Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011-2025 - Synthèse. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; 2011 Nov 10. 30 p. Report No. : D/2011/10.273/66. French.

(5) Office belge de statistique. Tables de mortalité et espérance de vie [Internet]. Bruxelles : Service Public Fédéral Belge ; 2021 Jul 15 [cited 2022 May 19]. Available from: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie>. French.

(6) Service Public Fédéral Belge. Espérance de Vie et Qualité de Vie [Internet]. Bruxelles : Service Public Fédéral Belge ; 2022 Feb 17 [cited 2022 May 19]. Available from : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/esperance-de-vie-en-bonne-sante>. French.

(7) Altintas E, Guerrien A, Vivicorsi B, Clément E, Vallerand RJ. Leisure Activities and Motivational Profiles in Adaptation to Nursing Homes. Can J Aging. 2018 Sep;37(3):333-344.

(8) De Veer AJ, Kerkstra A. Feeling at home in nursing homes. J Adv Nurs. 2001 Aug;35(3):427-34.

(9) Charlot V, Cobbaut N, De Mets J, Hinnekint B, Lambert M. La maison de repos du 21^{ème} siècle - Un lieu de vie convivial, soins inclus. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin; 2009 Apr. 123 p. Report No. : D/2848/2009/05. French.

(10) Toledano-González A, Labajos-Manzanares T, Romero-Ayuso D. Well-Being, Self-Efficacy and Independence in older adults: A Randomized Trial of Occupational Therapy. Arch Gerontol Geriatr. 2019 Jul-Aug;83:277-284.

(11) Rodgers V, Welford C, Murphy K, Frauenlob T. Enhancing autonomy for older people in residential care: what factors affect it? Int J Older People Nurs. 2012 Mar;7(1):70-4.

(12) Agence pour une Vie de Qualité. Règlementation applicable à l'hébergement et à l'accueil des aînés en Wallonie [Internet]. Namur : AVIQ ; 2019 Nov 4 [cited 2021 Apr 1]. 191 p. Available from: http://sante.wallonie.be/sites/default/files/aines_reglementation.pdf. French

(13) AGE Platform Europe. Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée [Internet]. Bruxelles : AGE Platform Europe ; 2010 Jun [cited 2021 Apr 1]. 26 p. Available from : https://www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter_FR.pdf. French

(14) Dispa, MF. Des maisons où il fait bon vivre et travailler - le modèle Tubbe : une inspiration scandinave dans les maisons de repos et de soins. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin; 2019 Jun. 66 p. Report No.: D/2848/2019/11. French.

(15) Lee GE, Yoon JY, Bowers BJ. Nursing home adjustment scale: A psychometric study of an english version. Qual Life Res. 2015;24(4):993-8.

(16) Brandburg GL. Making the transition to nursing home life: a framework to help older adults adapt to the long-term care environment. J Gerontol Nurs. 2007 Jun;33(6):50-6.

- (17) Castonguay G, Ferron S. Elaboration et validation d'un instrument évaluant le degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence. *Canadian Journal on Aging*. 1999; 18(3):363-75. French.
- (18) Roy C, Andrews H A. *The Roy Adaptation Model: the definitive statement*. United States: Norwalk: Appleton and Lange; 1991. 472p.
- (19) Rioux L. Getting in a retirement home. survey of the residents' spatioterritorial adaptation. *Prat Psychol*. 2008;14(1):89-99. French.
- (20) Chao SY, Lan YH, Tso HC, Chung CM, Neim YM, Clark MJ. Predictors of psychosocial adaptation among elderly residents in long-term care settings. *J Nurs Res*. 2008 Jun;16(2):149-59.
- (21) Lee GE. Predictors of adjustment to nursing home life of elderly residents: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2010 Aug;47(8):957-64.
- (22) Rijnaard MD, van Hoof J, Janssen BM, Verbeek H, Pocornie W, Eijkelenboom A, Beerens HC, Molony SL, Wouters EJ. The Factors Influencing the Sense of Home in Nursing Homes: A Systematic Review from the Perspective of Residents. *J Aging Res*. 2016;2016:6143645.
- (23) Brownie S, Horstmanshof L, Garbutt R. Factors that impact residents' transition and psychological adjustment to long-term aged care: a systematic literature review. *Int J Nurs Stud*. 2014 Dec;51(12):1654-66.
- (24) Park S, Sok SR. Relation Modeling of Factors Influencing Life Satisfaction and Adaptation of Korean Older Adults in Long-Term Care Facilities. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jan 2;17(1):317. doi: 10.3390/ijerph17010317. PMID: 31906473; PMCID: PMC6981623.
- (25) Yoon JY. Relationships among person-centered care, nursing home adjustment, and life satisfaction: A cross-sectional survey study. *Int Psychogeriatr*. 2018;30(10):1519-30.
- (26) World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization; 1998. 26 p. Report No.: WHO/HPR/HEP/98.1.

(27) Håkansson K. The Relational Model (“Tubbe”) on Tjörn: Evaluation of possible effects on quality in elderly care – a “mini-research”. Rapport établi pour la Fondation Roi Baudouin; 2016.

(28) Heylen L, Meuris C, Knaeps J, Baldewijns K, Dispa M-F. Vers un nouveau modèle de cogestion basé sur le relationnel en maison de repos et de soins: Rapport d'évaluation - Projets pilotes du modèle Tubbe. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin ; 2019 Oct. 109 p. Report No. : D/2893/2019/23. French.

(29) Région Wallonne. 36 maisons de repos wallonnes vont développer le modèle de gestion Tubbe [Internet]. [place unknown] : Région Wallonne ; 2020 Jan 30 [updated 2020 Aug 24; cited 2021 Apr 30]. Available from : <https://www.wallonie.be/fr/actualites/une-nouvelle-gestion-de-maisons-de-repos>. French.

(30) Kaelen S, Van den Boogaard W, Pellecchia U, Spiers S, De Cramer C, Demaegd G, Fouqueray E, Van den Bergh R, Goublomme S, Decroo T, Quinet M, Van Hoof E, Draguez B. How to bring residents' psychosocial well-being to the heart of the fight against Covid-19 in Belgian nursing homes-A qualitative study. PLoS One. 2021 Mar 26;16(3):e0249098.

(31) Robert PH, Schuck S, Dubois B, Lépine JP, Gallarda T, Olié JP, Goni S, Troy S. Validation de la batterie cognitive courte (B2C). Intérêt pour le dépistage précoce de la maladie d'Alzheimer et des troubles dépressifs en pratique psychiatrique [Validation of the Short Cognitive Battery (B2C). Value in screening for Alzheimer's disease and depressive disorders in psychiatric practice]. Encephale. 2003 May-Jun;29(3 Pt 1):266-72. French.

(32) Bucquet D, Condon S, Ritchie K. The French version of the Nottingham Health Profile. A comparison of items weights with those of the source version. Soc Sci Med. 1990;30(7):829-35.

(33) Clément JP, Nassif RF, Léger JM, Marchan F. Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage [Development and contribution to the validation of a brief French version of the Yesavage Geriatric Depression Scale]. Encephale. 1997 Mar-Apr;23(2):91-9. French.

(34) Wilson JM. Gantt charts: A centenary appreciation. *Eur J Oper Res.* 2003 Sep;149(2):430–437.

Annexes

Annexe 1 - Batterie Cognitive Courte (B2C) (31)

Mode de passation :

Les quatre tests sont présentés successivement.

Cotation :

Orientation temporelle :

Le test d'évaluation temporelle évalue les connaissances de la personne sur le mois, la date du jour, l'année, le jour de la semaine et l'heure. Le score est un score négatif, il varie en fonction de l'importance de l'erreur (10 points pour l'année, 5 points pour le mois, 1 point pour le jour de la semaine, pour la date ou par 30 minutes d'écart pour l'heure). Le score attendu est de 0. Cette épreuve mobilise les repères temporels et les capacités attentionnelles du patient.

Epreuve des 5 mots :

Il est présenté à chaque sujet une feuille de papier contenant une liste de 5 mots appartenant chacun à une catégorie différente (exemple : le mot « camion » appartient à la catégorie des moyens de transport). Il est demandé au sujet de lire ces mots à haute voix, puis de les identifier et nommer quand l'examineur lui fournit la catégorie sémantique (exemple : « pouvez-vous, en regardant sur la feuille, me dire quel est le nom d'un moyen de transport ? »). Il est ensuite procédé à un contrôle de l'apprentissage : c'est le rappel immédiat (coté sur 5) des 5 mots. Chaque mot correctement rappelé spontanément ou avec indice vaut 1 point. Si à la fin de cette épreuve le score est inférieur à 5, il est indispensable de présenter à nouveau la liste des 5 mots au patient et de réeffectuer un nouvel indigage des mots non rappelés. En rappel différé (après le test de l'horloge) chaque mot correctement rappelé spontanément ou avec indice vaut 1 point (coté sur 5). Le score retenu est la somme des scores des rappels immédiats et différés (total sur 10). Cette épreuve des 5 mots a l'avantage de contrôler l'encodage et faciliter la récupération dans une tâche de mémoire épisodique.

Test de l'horloge :

On fournit au sujet une page blanche, avec la consigne de dessiner une horloge en marquant tous les nombres qui indiquent les heures, puis de dessiner les aiguilles marquant 4 heures moins 20. Il reprend une cotation sur 7 points (1 point pour chaque élément correctement exécuté) et le positionnement des aiguilles à 4 heures moins 20. Les domaines explorés sont la construction visuo-spatiale, la mémoire sémantique et les fonctions exécutives.

Test de fluence verbale :

Dans cette épreuve il est demandé au sujet de générer le plus grand nombre possible de mots appartenant à une catégorie sémantique donnée (les animaux) dans une période de 60 secondes. Un point est donné par nom d'animal différent évoqué pendant une minute. Cette épreuve explore entre autres les fonctions exécutives et le langage.

Annexe 2 - Echelle d'adaptation de la personne âgée à sa résidence (17)

1. Mes journées sont habituellement organisées de façon semblable.
Oui – Non
2. Vivre entouré(e) de plusieurs personnes me dérange.
Oui – Non
3. Je pense souvent à la façon dont je vivais avant mon arrivée à la résidence.
Oui – Non
4. Mes habitudes de vie s'harmonisent bien avec le fonctionnement de la résidence.
Oui – Non
5. Je prends plaisir à participer aux activités de la résidence.
Oui – Non
6. J'ai moins le goût de vivre qu'avant mon arrivée à la résidence.
Oui – Non
7. J'ai un bon contact avec les personnes qui travaillent à la résidence.
Oui – Non
8. Vivre à la résidence ne me permet pas de prendre assez de décision.
Oui – Non
9. Je suis respecté(e) et valorisé(e) à la résidence.
Oui – Non
10. Cette période que je vis à la résidence est un moment agréable de mon existence.
Oui – Non
11. Vivre à la résidence nuit à ma liberté d'action.
Oui – Non
12. Je prends plaisir à participer à des activités en compagnie d'autres résidents.
Oui – Non
13. Je parle de façon positive de mes expériences à la résidence.
Oui – Non
14. Vivre à la résidence exige que je prenne trop de décisions.
Oui – Non
15. Nous nous entraînons à la résidence.
Oui – Non

16. J'entretiens de véritables relations d'amitié avec d'autres résidents.

Oui – Non

17. J'ai encore beaucoup d'expériences intéressantes à vivre à la résidence.

Oui – Non

Annexe 3 - Nottingham Health Profile (NHP) (32)

La mobilité :

1. Je suis totalement incapable de marcher.
Oui – Non
2. Pour marcher, je suis limité(e) à l'intérieur.
Oui – Non
3. J'ai besoin d'aide pour marcher dehors.
Oui – Non
4. J'ai des difficultés à m'habiller ou à me déshabiller.
Oui – Non
5. J'ai des difficultés à rester longtemps debout.
Oui – Non
6. J'ai du mal à monter ou à descendre les escaliers ou les marches.
Oui – Non
7. J'ai des difficultés à me pencher en avant.
Oui – Non
8. J'ai du mal à tendre le bras (pour attraper les objets).
Oui – Non

L'isolement social :

9. J'ai l'impression d'être une charge pour les autres.
Oui – Non
10. Je me sens seul(e).
Oui – Non
11. J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler.
Oui – Non
12. J'ai des difficultés à entrer en contact avec des autres.
Oui – Non
13. J'ai des difficultés à m'entendre avec les autres.
Oui – Non

Les réactions émotionnelles :

14. Je trouve que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

Oui – Non

15. Je me rends compte que plus rien ne me fait plaisir.

Oui – Non

16. J'ai du mal à faire face aux événements.

Oui – Non

17. Je suis de plus en plus découragé(e).

Oui – Non

18. Je me réveille déprimé(e) le matin.

Oui – Non

19. J'ai des soucis qui m'empêchent de dormir.

Oui – Non

20. Je trouve les journées interminables.

Oui – Non

21. Je me sens nerveux(se), tendu(e).

Oui – Non

22. Je me mets facilement en colère ces temps-ci.

Oui – Non

La douleur

23. J'ai des douleurs en permanence.

Oui – Non

24. J'ai des douleurs insupportables.

Oui – Non

25. J'ai des douleurs la nuit.

Oui – Non

26. Je souffre quand je marche.

Oui – Non

27. J'ai des douleurs en montant ou en descendant les escaliers ou les marches.

Oui – Non

28. J'ai des douleurs quand je suis debout.

Oui – Non

29. J'ai des douleurs quand je change de position.

Oui – Non

30. Je souffre quand je suis assis(e).

Oui – Non

Le sommeil :

31. Je prends des médicaments pour dormir.

Oui – Non

32. Je reste éveillé une grande partie de la nuit.

Oui – Non

33. Je dors mal la nuit.

Oui – Non

34. Je mets beaucoup de temps à m'endormir.

Oui – Non

35. Je me réveille très tôt le matin et j'ai du mal à me rendormir.

Oui – Non

L'énergie :

36. Je me sens tout le temps fatigué(e).

Oui – Non

37. Tout me demande un effort.

Oui – Non

38. Je me fatigue vite.

Oui – Non

Annexe 4 – l’Echelle gériatrique de dépression (33)

1. Etes-vous globalement satisfait(e) de votre vie ?
Oui – Non
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités et intérêts ?
Oui – Non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?
Oui – Non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?
Oui – Non
5. Etes-vous en général de bonne humeur ?
Oui – Non
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?
Oui – non
7. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ?
Oui – Non
8. Vous sentez-vous souvent délaissé(e) ?
Oui – Non
9. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire de nouvelles choses ?
Oui – Non
10. Avez-vous l’impression que vous avez plus de problèmes de mémoire que la plupart des gens ?
Oui – Non
11. Pensez-vous qu’il est merveilleux d’être en vie maintenant ?
Oui – Non
12. Avez-vous l’impression que la façon dont vous vivez actuellement ne vaut rien ?
Oui – Non
13. Vous sentez-vous plein d’énergie ?
Oui – Non
14. Avez-vous l’impression que votre situation est désespérée ?
Oui – Non

15. Pensez-vous que beaucoup de gens sont bien mieux que vous ?

Oui –Non

Annexe 5 – Questionnaire sur les facteurs socio-démographiques, liés à l’environnement et à l’admission

Quel âge avez-vous ? ans

De quel genre êtes-vous ? Femme – Homme

Quel est votre état civil ? Célibataire – Marié(e) – Veuf(ve) – Divorcé(e)

Recevez-vous une ou plusieurs visite(s) externe(s) (de votre famille, d’amis, etc.) au moins une fois par semaine ? Oui – Non

Possédez-vous une chambre individuelle ?

Oui – Non

Avez-vous, récemment, vécu des évènements marquants (comme par exemple : une hospitalisation de vous-même ou d’un(e) résident(e) proche, un changement de cohabitant(e)) ? Oui – Non

Avez-vous pris seule la décision de vivre en maison de repos ?

Oui – Non

Avant l’entrée en maison de repos, avez-vous participé à un entretien préparatoire pour l’entrée ? Oui – Non

Annexe 6 – Plan d'analyse statistique

Variabes	Type de variables	Analyse descriptives	Analyses univariées	Analyses multivariées
Variable dépendante				
Deg_ada	Quantitative	Moyenne et écart type Médiane et Percentile 25-75	Test de corrélation Pearson ou Spearman	Régression multiple
Variables indépendantes				
Tubbe	Binaire	Nombres et pourcentages	Test T de Student ou test de Mann-Whitney	Régression multiple
Etat_sante	Quantitative	Moyenne et écart-type Médiane et Percentile 25-75	Test de corrélation Pearson ou Spearman	Régression multiple
Etat_thymique	Quantitative	Moyenne et écart-type Médiane et Percentile 25-75	Test de corrélation Pearson ou Spearman	Régression multiple
Age	Quantitative	Moyenne et écart-	Test de	Régression

		type Médiane et Percentile 25-75	corrélation Pearson ou Spearman	multiple
Genre	Binaire	Nombres et pourcentages	Test T de Student ou test de Mann- Whitney	Régression multiple
Visite	Binaire	Nombres et pourcentages	Test T de Student ou test de Mann- Whitney	Régression multiple
Chambre	Binaire	Nombres et pourcentages	Test T de Student ou test de Mann- Whitney	Régression multiple
Évènement	Binaire	Nombres et pourcentages	Test T de Student ou test de Mann- Whitney	Régression multiple
Décision	Binaire	Nombres et pourcentages	Test T de Student ou test de Mann- Whitney	Régression multiple
Entre_prep	Binaire	Nombres et pourcentages	Test T de Student ou test	Régression multiple

			de Mann-Whitney	
Statut_mar	Qualitative Nominale	Nombres et pourcentages	Test de Kruskal-Wallis ou test Anova	Régression multiple

Annexe 7 - La demande d'avis et la réponse du Collège restreint des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique

Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be.
Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant-e (prénom, nom, adresse courriel) : Michelle Kerstges

michelle.kerstges@student.uliege.be

2. Finalité spécialisée : gestion des institutions de soins

3. Année académique : 2021 - 2022

4. Titre du mémoire :

Quel est l'impact du modèle Tubbe sur le degré d'adaptation de la personne âgée à sa maison de repos ou maison de repos et de soins ? Etude comparative

5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :

Département sciences de la santé publique

6. Nom du/de la Professeur-e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la Président-e de Département :

Monsieur Gillet

7. Promoteur-trice-s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

a. Christian Gilles, docteur en médecine, formé en neuropsychiatrie et psychogériatrie

Rue de Maisonettes, 6, 6880 BETRIX

gcp_cgilles@skynet.be

b. Gabrielle Tribels, directrice de la maison de la MRS Regina à Moresnet, licenciée en

droit

Rue du calvaire, 1, 4850 MORESNET

g.tribels@inago.be

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

L'objectif principal sera de comparer le degré d'adaptation de la personne âgée à sa maison de repos ou maison de repos et de soins (MR(S)), selon son type d'organisation : le modèle Tubbe ou le modèle « traditionnel ».

L'objectif secondaire sera d'évaluer l'impact de l'état de santé physique, de l'état thymique, de certains facteurs sociodémographiques, des facteurs liés à l'environnement et des facteurs liés à l'admission sur le degré d'adaptation de la personne âgée à sa MR(S).

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) (+/- 500 mots)

Design :

L'étude sera observationnelle, aucune intervention sur l'organisation des MR(S) ne sera implémentée. L'approche utilisée sera quantitative, les données seront collectées via un questionnaire. Le raisonnement déductif sera adopté et l'étude sera transversale et comparative.

Population étudiée :

L'étude s'intéresse aux personnes âgées vivant dans une MR(S) en province de Liège pendant la durée de l'étude. En province de Liège il y a 10 établissements d'hébergement pour personnes âgées qui ont intégré le modèle Tubbe.

Tous les individus du public cible devront correspondre aux critères ci-dessous pour pouvoir participer à l'étude.

Critères d'inclusion :

- vivre depuis au moins 3 mois dans une des MR(S) participant à l'étude ;
- signer un consentement à la participation à l'étude ;
- savoir lire et écrire ;
- maîtriser la langue française.

Critère d'exclusion :

- présence d'un trouble cognitif : dans une première étape tous les individus porteurs d'un diagnostic de trouble cognitif sont directement exclus de l'étude. Dans une deuxième étape l'état cognitif sera évalué par la batterie Cognitive Courte (B2C). La B2C sera réalisée par la chercheuse avant la passation du questionnaire principal de l'étude.

Paramètres étudiés et outils de collecte des données :

- Évaluation du degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence

Le degré d'adaptation sera évalué par l'Échelle d'adaptation de la personne âgée à sa résidence. L'échelle est composée de 17 items basés sur quatre sphères : personnelle, sociale, physique et le bien-être global. Chaque item est évalué par une question posée de manière dichotomique (oui/ non).

- Impact de l'état de santé physique

L'échelle Nottingham Health Profile (NHP) sera utilisée. Cet auto-questionnaire composé de 38 items permet une mesure de la santé perçue. Les questions, posées de manière dichotomique, sont regroupées en 6 catégories : la mobilité, le sommeil, l'énergie, les réactions émotionnelles, l'isolement social et la douleur. Un point est compté pour chaque réponse « oui » à une question posée.

- Impact de l'état thymique

La version en 15 items de l'Échelle gériatrique de dépression sera adoptée. Cette échelle est composée de questions posées de manière dichotomique (oui/non).

- Facteurs socio-démographiques, liés à l'environnement et à l'admission

Le questionnaire contiendra des questions sur ces différents facteurs afin d'évaluer leur impact sur le degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence. Il y aura des questions sur : l'âge ; le genre ; le statut marital ; possession d'une chambre individuelle ; visite(s) au moins une fois par semaine ; survenue d'un évènement marquant récent (décès ou hospitalisation) ;

auto-décision d'entrer en MR(S) ; entretien préparatoire avant l'entrée en MR(S). A part les questions sur l'âge, le genre et le statut marital, les autres questions sont posées selon une échelle dichotomique (oui/non).

Organisation de la collecte

Les directeurs/ directrices des MR(S) seront contacté(e)s par e-mail afin de demander leur assentiment à participer à l'étude et afin de connaître le nombre approximatif de résidents qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion. Ce mail contiendra également une explication de l'étude. Après réception de leur assentiment, la chercheuse fournira à la direction un document explicatif sur les modalités de l'étude, destiné au personnel et aux résidents. Les résidents éligibles à l'étude recevront ce document en version papier au moins deux semaines avant la date de l'évaluation de l'état cognitif. La fiche de consentement sera jointe à ce document explicatif.

Les rencontres avec les résidents pour l'évaluation de l'état cognitif seront organisées de manière la plus confortable possible et en fonction de l'organisation de chaque établissement. Après avoir réalisé le test B2C la chercheuse fournira le questionnaire principal de l'étude aux résidents. Les résidents auront une semaine pour remplir l'auto-questionnaire avant que la chercheuse le récolte personnellement auprès d'eux. Lors de la collecte les participants auront la possibilité de poser des questions.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? non
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? non
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? oui
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? non
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? non
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? non
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? non

8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? non
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? non
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? non

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Ethique, soit le Comité d'Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur-trice sollicite l'avis du Comité d'Ethique car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : 12/08/2021 Nom et signature du promoteur : Christian Gilles



RE: Demande d'avis au Comité d'Ethique

De : MSSP <mssp@uliege.be>

jeu., 02 sept. 2021 12:46

Objet : RE: Demande d'avis au Comité d'Ethique

À : michelle kerstges <michelle.kerstges@student.uliege.be>

Bonjour,

D'après le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège, votre étude n'est pas soumise à loi de 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine. Comme vous ne souhaitez pas publier les résultats de votre recherche, il n'est pas nécessaire de soumettre votre dossier à un Comité d'Ethique.

Bonne continuation,

Cordialement,

Le Collège restreint des Enseignants du MSSP

Annexe 8 – Comparaison des résultats pour le score de l'état de santé perçu avec et sans données manquantes

Tableau 1 : Comparaison du score de l'état de santé perçu avec et sans données manquantes – Analyse descriptive

Variable	Catégorie	Tubbe n=21 (36.8%)	« Traditionnel » n=36 (63.2%)	Total n=57 (100.0%)	p-valeur
Score de l'état de santé perçu		158.25 (113.18 – 281.99)	173.86 (110.88 – 250.37)	192.84 +/- 124.63	0.928
Score de l'état de santé perçu sans NA		158.25 (84.43 – 281.60)	175.90 (121.71 – 240.99)	191.05 +/- 124.18	0.807

Tableau 2 : Comparaison du score de l'état de santé perçu avec et sans données manquantes pour l'association avec score du degré d'adaptation – Analyse univariée

Variable	Catégorie	Coefficient de corrélation	Moyennes +/- SD ou Médianes (p25- p75)	p-valeur
Score de l'état de santé perçu		-0.31		0.020
Score de l'état de santé perçu sans NA		-0.32		0.019

Tableau 3 : Comparaison du score de l'état de santé perçu avec et sans données manquantes - Analyse multivariée

Variable	Coefficient +/- SE	p-valeur
Score de l'état de santé perçu	0.01 +/- 0.003	0.157
Score de l'état de santé perçu sans NA	0.01+/-0.004	0.173