

Etude quantitative : étude du lien entre les pratiques du culture change et la qualité de vie des résidents en maison de repos

Auteur : Bricteux, Julia

Promoteur(s) : Adam, Stéphane

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/22528>

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.

UNIVERSITE DE LIEGE

Faculté de Psychologie,
Logopédie et Sciences de
l'Éducation

*Unité de Psychologie
du vieillissement (UPSYSEN)*

Etude quantitative : étude du lien entre
les pratiques du Culture Change et la qualité de vie
des résidents en MR/MRS

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Psychologiques, à
finalité spécialisée en Psychologie clinique

par

Julia BRICTEUX

Année académique 2024-2025

Promoteur

Stéphane ADAM

Lecteurs

Isabelle LAMBERT

Francis PEREE



Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier Monsieur Stéphane Adam, mon promoteur, qui m'a accompagnée tout au long de la réalisation de ce travail. Je lui suis reconnaissante pour son écoute, les avis qu'il m'a partagés et pour la transmission de sa sensibilité à la cause de nos aînés.

Je tiens également à remercier Monsieur Louis Hody, mon superviseur, pour sa disponibilité, pour le temps qu'il a consacré à répondre à mes multiples questionnements, pour ses précieux conseils et ses encouragements.

Ensuite, je souhaiterais remercier chaleureusement l'ensemble du personnel des différentes maisons de repos qui ont participé à cette étude pour leur accueil chaleureux, leur temps et leur soutien. Un merci spécial aux différents cadres de ces établissements d'avoir accepté de participer à cette étude et de m'avoir fait confiance.

Un grand merci également aux résidents des différents établissements d'avoir accepté de participer à cette étude et pour le temps qu'ils m'ont consacrée. Merci de m'avoir accueillie chaleureusement, de m'avoir fait confiance en me partageant leur vécu et de m'avoir conforté dans l'idée que j'avais fait le bon choix d'orientation et de voie professionnelle.

Je remercie Alice Gilnet pour la relecture consciencieuse de mes analyses statistiques.

Je souhaiterais également remercier mes parents et mon compagnon pour leur soutien quotidien et toute la force qu'ils m'ont transmise pendant la réalisation de ce mémoire.

J'adresse un merci particulier à ma maman pour ses relectures et son soutien sans faille durant les moments difficiles.

Enfin, je remercie toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
2. REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	4
2.1 Les enjeux du vieillissement de la population.....	4
2.2 La qualité de vie des résidents en maison de repos	6
2.2.1 La qualité de vie, un « mystère idiosyncratique ».....	6
2.2.2 Evaluation de la qualité de vie des personnes âgées	7
2.2.2.1 Des indicateurs objectifs et subjectifs	8
2.2.2.2 Des mesures multidimensionnelles	9
2.2.2.3 Des outils non spécifiques au contexte d'une institutionnalisation.....	11
2.2.3 Les facteurs prédicteurs de la qualité de vie en maison de repos.....	12
2.2.3.1 Les facteurs liés aux résidents.....	12
2.2.3.2 Les facteurs liés à l'établissement.....	14
2.3 Le Culture Change dans les maisons de repos	15
2.3.1 D'un modèle médicalisé vers un modèle auto-dirigé.....	15
2.3.2 Les domaines et principes fondamentaux du Culture Change	17
2.3.3 En Belgique : Le modèle TUBBE.....	20
2.4 Impact du Culture Change sur la qualité de vie	20
2.5 Conclusion.....	23
3. Objectifs et hypothèses	25
4. Méthodologie	27
4.1 Participants	27
4.2 Matériel	29
4.3 Procédure.....	32
5. Analyses des données.....	34
6. Résultats.....	36
6.1 Analyses descriptives	36
6.1.1 Echantillon.....	36
6.1.2 Implémentation du Culture Change	37
6.1.3 Qualité de vie.....	38
6.2 Analyses inférentielles	39
6.2.1 Hypothèse principale.....	39
6.2.2 Hypothèse secondaire.....	41
6.2.3 Analyses exploratoires	43
7. Interprétation et discussion	45

7.1	Retour sur les hypothèses et interprétation des résultats	45
7.2	Implications pratiques et perspectives futures.....	50
7.3	Limites.....	51
8.	Conclusion	55
9.	Bibliographie.....	58
10.	Annexes	68

1. INTRODUCTION

Au fil des dernières années, la population mondiale a connu d'importantes transformations démographiques. L'un des phénomènes majeurs observés est le vieillissement de la population, conséquence des avancées scientifiques et du vieillissement de la génération baby-boom.

Selon les données de l'OCDE, la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans est en augmentation constante. En Belgique, ce taux est passé d'environ 14% en 1980 à 18% en 2017 et il est estimé à 27% en 2050 (OCDE & European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). En Wallonie, cette tendance à la croissance est encore plus marquée chez les personnes âgées de plus de 80 ans puisque l'on estime que le pourcentage de 5,1% en 2025 pourrait atteindre 9,7% d'ici 2050 et 10,5% d'ici 2060, soit quasiment le double de la situation actuelle (Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique, 2025).

Le vieillissement de la population et l'augmentation des besoins en soins qui en résulte impliquent que nous assisterons probablement à un accroissement substantiel de la demande de services en maisons de repos en Belgique et dans le monde entier, au cours des prochaines années (Gardiner et al., 2020). En effet, le vieillissement démographique de la population augmente la probabilité des individus à être confrontés à des événements de vie majeurs tels qu'un déclin des capacités physiques et mentales, l'isolement lié à la perte de proches, le veuvage et l'institutionnalisation d'un individu (Netuveli & Blane).

Afin de répondre au souhait de rester chez soi le plus longtemps possible exprimé par les jeunes seniors (Balthasart et al., 2022), diverses stratégies sont mises en place avec pour objectif la préservation de la qualité de vie de chacun (Kojima et al., 2018). En effet, chaque personne âgée veut pouvoir choisir ce qui est le mieux pour elle : continuer à vivre seule avec différentes formes de soutien ou d'éventuels aménagements de son habitat, habiter chez des membres de sa famille, cohabiter avec d'autres seniors (ou pas) (Balthasart et al., 2022). Toutefois, ces dispositifs ne sont pas toujours accessibles ou suffisants pour certains qui n'ont pas d'autre choix que de se tourner vers les maisons de repos (Kojima et al., 2018). Selon Rodriguez-Martin et al. (2014), les troubles cognitifs, la solitude, le sentiment d'être un fardeau pour les proches,

le confort, la non-proximité des proches et les limitations fonctionnelles sont des éléments prédicteurs pouvant entraîner une institutionnalisation.

L'entrée en maison de repos constitue dès lors un bouleversement majeur pour les personnes âgées, qui doivent quitter un lieu chargé d'identité personnelle pour un environnement inconnu et dépourvu de repères. Cette transition s'avère d'autant plus difficile lorsqu'elle résulte d'un non-choix (Brownie et al., 2014). Ces établissements deviennent alors leur unique lieu de vie sur le long terme, à savoir qu'ils y mangent, dorment, reçoivent leurs soins et interagissent (Xu et al., 2024). Dans cette perspective, les professionnels du vieillissement s'accordent pour dire que la qualité de vie ainsi que les initiatives de promotion de la santé pour les résidents en maison de repos doivent être considérées comme des priorités majeures pour les années à venir (Bowling et al., 2013 ; Haugan et al., 2020).

Le concept de qualité de vie et en particulier la qualité de vie des résidents en maisons de repos a été largement abordé par de nombreux spécialistes et chercheurs soulevant la difficulté de s'accorder sur une définition et sur l'évaluation de celle-ci. En effet, bien que la qualité de vie soit reconnue comme une construction multidimensionnelle, il est moins clair de déterminer quelles dimensions et combien doivent être prises en compte pour évaluer le bien-être des personnes âgées bénéficiant de soins de longue durée (Kane et al. 2003). Selon Kane et al. (2003), quatre facteurs peuvent influencer la qualité de vie : l'état de santé du résident, sa situation sociale (y compris le soutien familial extérieur), sa personnalité ainsi que les soins et l'environnement dans lequel il évolue. Les maisons de repos ne peuvent pas influencer tous ces facteurs de manière égale, mais nier leur rôle potentiel dans l'amélioration de la qualité de vie, compte tenu des conditions ayant conduit à l'institutionnalisation, pourrait freiner la mise en œuvre d'améliorations significatives (Kane et al., 2003).

Reconnaissant le rôle déterminant de la culture organisationnelle dans les pratiques de soins (Mueller, 2002), le mouvement de « Culture Change » en maison de repos vise à améliorer à la fois la qualité de vie des résidents et la qualité des soins, en rompant avec le modèle médical traditionnel (Zimmerman & Cohen, 2010). A l'inverse du modèle médical centré sur les soins et où l'avis et les préférences du résident importent peu (Calkins et al., 2022), le mouvement du Culture Change repense fondamentalement la maison de repos comme un foyer centré sur la personne, un endroit plus chaleureux et moins institutionnel. Ce mouvement vise à individualiser et humaniser les soins apportés aux personnes, en responsabilisant les résidents.

Les principes et pratiques du Culture Change se sont révélés prometteurs en ce qui concerne la qualité de vie et des soins des résidents (Koren et al., 2010). Duan et al. (2021) précisent qu'un des objectifs principaux du Culture Change est d'améliorer la qualité de vie des résidents.

Les études sur le Culture Change s'accumulent. Cependant, alors que le but du Culture Change en maison de repos est d'améliorer la qualité de vie des résidents, peu d'études portant sur ce concept ont été réalisées (Duan et al., 2021).

Partant de ces constats et dans le souci de contribuer à la recherche visant à permettre à nos seniors de vivre dignement dans de véritables lieux de vie adaptés et épanouissants, l'objectif de cette présente recherche est d'examiner le lien existant entre les pratiques du Culture Change en maison de repos et la qualité de vie des résidents en maison.

2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

2.1 Les enjeux du vieillissement de la population

A l'heure actuelle, le monde fait face à un vieillissement de la population. Les préoccupations croissantes liées à ce changement démographique ont suscité un intérêt particulier pour les interventions visant à améliorer les conditions de vie des personnes âgées incluant leur santé, leur indépendance, leur participation sociale et économique et plus globalement leur qualité de vie (Bowling et al., 2009 ; Bowling et al., 2010). En effet, avec l'allongement de la durée de vie, il est crucial de s'assurer que ces années supplémentaires soient pleinement vécues (Bowling et al., 2013 ; Haugan et al., 2020).

Le vieillissement de la population a un impact direct sur le nombre de personnes qui habitent dans une maison de repos (et de soins). Selon les chiffres du Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE), en Belgique, environ 125.000 personnes de 65 ans et plus vivaient en maisons de repos et/ou maisons de repos et de soins en 2021. Le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé estime que le nombre de personnes de plus de 80 ans vivant en maison de repos devrait doubler d'ici 2070 (De Rynck et al., 2022).

Or, selon une enquête réalisée par la Fondation Roi Baudouin en 2022, la majorité des seniors rejette les maisons de repos (et de soins). Près de 4 personnes de 60 à 85 ans sur 10 sont (très) négatives au sujet des maisons de repos (et de soins) et 71 % espèrent ne jamais vivre en maison de repos (Fondation Roi Baudouin, 2023). Le domicile représente un élément central de l'identité d'une personne.

Un déménagement vient donc bouleverser la vie et l'identité des personnes âgées (Brownie et al., 2014) qui vont devoir s'adapter à leur nouveau lieu de vie et à un nouveau mode de vie. Cela vient perturber leurs activités quotidiennes, modifier leurs relations sociales et leur autonomie. Tous ces changements peuvent venir menacer la qualité de vie des personnes âgées (Rodriguez-Martin et al., 2014). L'institutionnalisation entraîne souvent du stress et de l'anxiété chez les nouveaux résidents qui la perçoivent comme une menace pour leur qualité de vie (Rodriguez-Martin et al., 2014). La vie en maison de repos peut être perçue comme stérile et mortifère, dépourvue d'intimité et de liens sociaux significatifs, ce qui peut impacter la qualité de vie des résidents (Kane et al., 2003 ; Xu et al., 2024). Selon une enquête réalisée par la

Fondation Roi Baudouin, ce qui semble le plus difficile à concevoir pour les seniors belges, c'est d'être considéré comme incapable de vivre de manière indépendante, après avoir pu choisir le moindre détail tout au long de leur vie. En effet, vu l'agrandissement des structures et la pénurie du personnel, les préoccupations et rythmes de vie sont davantage déterminés par les nécessités de l'organisation plutôt que par les souhaits des résidents (Balthasart et al, 2022) et les routines standardisées empêchent les individus d'exercer pleinement leur autonomie, de faire des choix. Cela peut mener à un sentiment d'impuissance et une passivité acquise (Voelkl, 1986).

Une fois institutionnalisés, des individus autrefois actifs et engagés peuvent se renfermer et tendre vers la dépendance (McCabe et al., 2021). Les relations de longue durée sont également perturbées et font place à une perte de lien social significatif (Knight & Mellor, 2007). Les taux élevés de solitude dans les maisons de repos relevés dans la littérature (Gardiner et al., 2020) peuvent sembler opposés au contexte et au mode de vie intrinsèquement social de l'institution où les résidents sont entourés de personnel, d'autres résidents et de visiteurs. Cependant, les recherches expliquent cette perte de liens sociaux par la superficialité des relations avec les autres résidents et le personnel, la difficulté d'entrer en relation avec des résidents ayant des capacités mentales différentes et le sentiment de non-appartenance (Gardiner et al., 2020).

Dans la perspective d'assurer une meilleure qualité de vie possible aux résidents, il est essentiel de prendre en considération les besoins des résidents. À ce titre, Ryan et Deci (2000) ont identifié trois besoins psychologiques fondamentaux – la compétence, la relation sociale (connexion) et l'autonomie – comme étant déterminants pour le bien-être individuel. Les lieux de vie et de soins doivent être considérés non comme une finalité en soi, mais comme des moyens au service d'un objectif plus large : permettre aux personnes de « vivre dans le bien-être ». Ce bien-être, ancré dans la réalité quotidienne de la vie en institution, repose sur un ensemble de valeurs soutenues par les seniors :

- Être autonome dans les prises de décision
- Participer activement au fonctionnement de leur environnement
- Maintenir et développer des liens sociaux avec la famille, les amis, les cohabitants, les membres du personnel à tous niveaux

- Avoir la possibilité d’agir, de concrétiser leurs souhaits et de valoriser leurs compétences (Balthasart et al, 2022)

En conclusion, le vieillissement démographique implique qu’une part croissante de la population risque de se trouver confrontée à une institutionnalisation. Or cette perspective suscite de nombreuses appréhensions chez les seniors en raison de l’image négative des maisons de repos et par crainte de voir leurs besoins fondamentaux négligés (Balthasart et al. 2022). Parmi ceux-ci, la compétence, l’autonomie et la qualité des relations sociales apparaissent comme fondamentales pour leur qualité de vie (Ryan et Deci. 2000). En point de départ de notre recherche, il convient dès lors d’interroger plus finement cette notion de qualité de vie des personnes âgées en maison de repos et d’examiner tous les aspects qui la définissent dans le contexte d’une institutionnalisation (Rodríguez-Martínez al., 2023).

2.2 La qualité de vie des résidents en maison de repos

2.2.1 La qualité de vie, un « mystère idiosyncratique »

Dans la littérature, la qualité de vie est comparée à une jungle, c’est-à-dire vaste, dense et difficilement pénétrable. Ce concept est étudié dans le cadre de pléthores disciplines présentant diverses perspectives. Ces disciplines peuvent être la philosophie, la médecine ou encore les sciences sociales (Hambleton et al., 2009). La qualité de vie est un concept complexe qui ne possède pas de définition claire et consensuelle (Netuveli & Blane, 2008 ; Rodríguez-Martínez et al., 2023). Ce concept est d’ailleurs considéré par certains comme un « mystère idiosyncratique » (Netuveli & Blane, 2008). En effet, tout le monde semble savoir ce dont il s’agit mais personne ne sait précisément ce que cela signifie (Netuveli & Blane, 2008 ; Van Malderen et al., 2012). Ce concept est dynamique, c’est-à-dire qu’il possède différentes significations en fonction des individus, qu’ils soient profanes ou professionnels dans le domaine, et que cette variation de signification s’observe également au sein même d’un individu au cours de sa vie (Hambleton et al., 2009 ; Van Malderen et al., 2012). Cela peut être expliqué par des perceptions subjectives, des systèmes de valeurs distincts ou encore des contextes culturels différents (Vanleerberghe et al., 2017). Le terme qualité de vie est utilisé de manière excessive et parfois inappropriée par les chercheurs. En effet, ceux-ci utilisent des termes apparentés bien que distincts tels que « qualité de vie liée à la santé », « bien-être », « état de

santé » de façon interchangeable pour parler de qualité de vie. Cela mène à une confusion conceptuelle (Hambleton et al., 2009 ; Kelley-Gillepsie, 2009). Cette vulgarisation du terme qualité de vie représente un frein dans la recherche et la littérature scientifique à ce sujet (Hambleton et al., 2009 ; Schenk et al., 2015).

2.2.2 Evaluation de la qualité de vie des personnes âgées

L'intérêt croissant porté sur la qualité de vie des personnes âgées n'a pas permis de trouver un consensus pour définir et mesurer ce concept (Kelley-Gillepsie, 2009). La littérature a beaucoup évolué ces dernières années. Initialement, les questionnaires évaluant la qualité de vie de la personne âgée se limitaient principalement aux aspects liés aux soins et à la santé en sous-estimant la multidimensionnalité de la qualité de vie (Kelley-Gillepsie, 2009 ; Schenk et al., 2013). Cela découle d'une époque qui considérait que la science et la technologie avaient un pouvoir exclusif sur la qualité de vie. Cette vision de la qualité de vie rabaisait l'individu à sa condition physique et à la prise en charge des soins (Kelley-Gillepsie, 2009). Cependant, le vieillissement et ses conséquences peut impacter différents domaines de la vie (Bowling, 2009).

Actuellement, bien que la définition de la qualité de vie ne possède pas de consensus, la plupart des chercheurs se mettent d'accord sur deux points (Hambleton et al., 2009 ; Portillo et al., 2022). D'abord, la qualité de vie possède des aspects à la fois objectifs et subjectifs (Van Malderen et al., 2012 ; Rodríguez-Martínez et al., 2023). Ensuite, les chercheurs s'accordent pour dire que la qualité de vie est multidimensionnelle, c'est-à-dire que plusieurs domaines sont à prendre en considération pour donner la vue la plus complète possible du concept. Cependant, le type et le nombre de domaines ne possèdent pas de limites claires ou fixes (Kelley-Gillepsie, 2009). Les chercheurs insistent sur l'importance de considérer la qualité de vie de façon globale et holistique et non axée sur un indicateur spécifique tel qu'une maladie. Les mesures générales de la qualité de vie évaluent la qualité de vie au sens large en considérant divers aspects de la vie sans se limiter à un domaine précis. Ces outils tiennent compte de la satisfaction globale de la vie et du sentiment général de bien-être (Hambleton et al., 2009 ; Sivertsen et al., 2015).

2.2.2.1 Des indicateurs objectifs et subjectifs

Comme nous l'avons vu plus haut, la qualité de vie comprend à la fois des composantes subjectives et objectives (Van Malderen et al., 2012 ; Rodriguez-Martinez et al., 2023). Plusieurs approches peuvent être dès lors utilisées afin d'évaluer la qualité de vie d'une personne.

La première approche utilise des indicateurs objectifs qui évaluent les conditions de vie en se basant sur des hypothèses normatives, de standards sociaux, c'est-à-dire qu'une condition particulière est évaluée sans prendre en compte le réel vécu d'un individu. (Rodriguez-Martinez et al., 2023). En effet, ces indicateurs sont évalués sur base d'observations externes à l'individu et représentent généralement la qualité des conditions de vie d'un individu, les ressources disponibles (Schenk et al., 2013 ; Netuveli & Blane, 2008 ; Portillo et al., 2022). Ce peuvent être des facteurs économiques, sociopolitiques, culturels, personnels et environnementaux susceptibles d'impacter le bien-être d'un individu tels que le niveau de vie, le revenu, l'éducation, l'état de santé physique et psychologique, les relations sociales (Portillo et al., 2022 ; Netuveli & Blane, 2008). La qualité de vie des résidents a d'ailleurs pendant longtemps été évaluée via des répondants externes tels que la famille et les membres du personnel ou encore via l'observation directe des résidents. Ces méthodes d'évaluation illustrent une approche normative c'est-à-dire qu'elle s'appuie sur des normes externes à l'individu pour évaluer sa qualité de vie (Kane et al., 2003).

La seconde approche fait référence à des indicateurs subjectifs et évalue les expériences personnelles telles que la satisfaction concernant les conditions de vie (Rodríguez-Martínez et al., 2023). Les indicateurs subjectifs reflètent les interprétations et perceptions d'un individu à propos de sa propre vie (Portillo et al., 2022 ; Van Malderen et al., 2012). Ces évaluations sont réalisées sur base de normes individuelles via des autoévaluations (Schenk et al., 2013). Ces indicateurs incluent, par exemple, les réactions psychologiques, les émotions personnelles, les attitudes, les préférences, les jugements, ainsi que le niveau de satisfaction dans la vie ou au travail, le bonheur ressenti ou encore les bénéfices perçus d'un programme particulier (Hambleton et al., 2009). Dans cet esprit, des études utilisent une approche dite centrée sur la satisfaction des préférences. Cette dernière associe la qualité de vie d'un individu à l'obtention de ce qu'il souhaite. En d'autres termes, cette approche met l'accent sur la réalisation des désirs et attentes d'un individu (Netuveli & Blane, 2008). L'approche subjective suggère que les

individus sont experts de leur propre vie et les plus aptes à évaluer la valeur de celle-ci (Netuveli & Blane, 2008). Dans le contexte d'une institutionnalisation, c'est le résident lui-même en tant qu'expert de sa propre vie et de son vécu qui est le répondant le plus fiable pour évaluer sa propre qualité de vie. Dès lors, l'auto-évaluation est la méthode la plus pertinente pour évaluer la qualité de vie des résidents (Kane et al., 2003 ; Bowling, 2009 ; Godin et al., 2015 ; Xu et al., 2024). Il est cependant à noter que cette subjectivité peut être entravée par des facteurs externes tels que la santé physique, l'état psychologiques, le niveau d'indépendance, les relations sociales et l'environnement de l'individu (Netuveli & Blane, 2008).

Soulignons ici que, selon des études portant sur le vieillissement et le handicap (Mitchell & Kemp, 2000), les mesures subjectives semblent plus représentatives et pertinentes que les indicateurs objectifs pour évaluer la qualité de vie des personnes âgées.

2.2.2.2 Des mesures multidimensionnelles

Les études antérieures portant sur l'évaluation de la qualité de vie des résidents en maisons de repos ont souvent eu recours à des mesures unidimensionnelles qui ne se concentraient que sur des domaines uniques de la qualité de vie, tels que la capacité fonctionnelle, la satisfaction à l'égard des services, les perceptions de choix sur les activités quotidiennes de base (Burack et al., 2012 ; Poey et al., 2017).

Toutefois, plusieurs auteurs soulignent la nécessité de recourir à des mesures multidimensionnelles pour mieux appréhender la complexité de la qualité de vie (Duan et al., 2021). En ce sens, Kane et al. (2003) suggèrent d'utiliser des mesures de la qualité de vie qui reflètent différents aspects importants de la vie des résidents en maisons de repos, notamment le bien-être physique, psychologique, social et environnemental.

Kane et ses collègues de l'Université du Minnesota ont identifié plusieurs domaines de qualité de vie des résidents en maison de repos et construit un questionnaire multidimensionnel auto-déclaré sur base de groupes de discussions, de discussions avec les parties prenantes, de l'opinion des experts ainsi qu'en se fiant à une revue de la littérature à ce sujet. Ils ont identifié onze domaines de la qualité de vie en maison de repos : le confort, la compétence fonctionnelle, l'autonomie, la dignité, l'intimité, l'individualité, les activités significatives, les relations, le plaisir, la sécurité et le bien-être spirituel (Kane et al., 2003).

Il est important de souligner qu'il n'existe pas de solution unique et correcte pour sélectionner des domaines permettant d'obtenir une vision globale de la qualité de vie des résidents des maisons de repos (Kane et al. 2003 ; Kelley-Gillepsie, 2009). Dès lors, les domaines établis par Kane et al. (2003) ont été revus et mis à jour afin de garantir une représentation la plus juste possible des préoccupations et des besoins des résidents en maison de repos (Xu et al., 2024). La révision de ces domaines a permis de tenir compte des défis et des priorités actuels dans les maison de repos qui varient avec l'évolution des soins et l'évolution des attentes des résidents (Xu et al., 2024). Dans cette nouvelle version (Xu et al. 2024), le domaine du bien-être spirituel a été supprimé tandis que les soins, l'environnement et l'humeur ont été ajoutés (Xu et al., 2024). Dès lors, les domaines de qualité de vie répertoriés par Xu et al. (2024) sont les suivants :

- Les activités significatives traitent des activités en dehors des activités de la vie quotidienne, qui ont du sens pour les résidents en veillant à préserver leurs capacités (Kane et al., 2003).
- Le plaisir de manger recouvre la satisfaction des repas et l'ambiance des repas (Kane et al., 2003).
- L'environnement suggère un cadre paisible et familial, un sentiment général de sécurité et le respect de l'intimité au sein de l'établissement (Kane et al., 2003).
- La qualité des soins qui peut englober le confort, la sécurité et l'attention individuelle (Kane et al., 2003).
- La dignité concerne le respect de l'intimité corporelle, l'évitement de pratiques dégradantes ou encore verbaliser les actes liés aux soins (Kane et al., 2003).
- Les relations font référence à toutes les relations significatives pour le résident, c'est-à-dire les relations que les résidents entretiennent avec les autres résidents, le personnel, leurs proches (Kane et al., 2003).
- L'autonomie prend en compte la perception du contrôle que l'individu a sur sa vie, sa possibilité de prendre des décisions et de choisir selon ses préférences, par exemple, au niveau de son alimentation, ses loisirs et ses soins (Xu et al., 2024).
- La compétence fonctionnelle diffère des capacités fonctionnelles. En effet, cela ne concerne pas les capacités à effectuer les tâches de la vie quotidienne mais plutôt le sentiment de satisfaction de sa propre indépendance, compte tenu des limitations physiques ou cognitives (Kane et al., 2003).

- Le domaine des affects est également un domaine essentiel pour évaluer la qualité de vie des résidents en maison de repos. Ce domaine fait principalement référence à
- l'humeur des résidents (Xu et al., 2024).

De leur côté, Rodríguez-Martínez et al. (2023), dans leur revue de la littérature, ont tenté d'identifier les principaux domaines de la qualité de vie des résidents en maison de repos. Parmi ceux-ci figurent la santé physique, le bien-être psychologique, les soins et le soutien, les facteurs environnementaux, l'autonomie, les relations sociales, les activités significatives (Rodríguez-Martínez et al., 2023).

Enfin, selon Godin et al. (2015), la qualité de vie des résidents en maison de repos est principalement influencée par quatre facteurs : les soins et le soutien (sécurité, confort, attention individuelle), l'alimentation (une alimentation qui procure du plaisir est directement liée à la satisfaction globale des résidents vis-à-vis de la maison de repos), l'autonomie (contrôle, dignité, indépendance) et les activités significatives (Godin et al., 2015). Pour décrire leur qualité de vie, les résidents, leur famille et le personnel ont privilégié des éléments subjectifs tels que l'autonomie et la dignité et ont accordé moins d'importance aux éléments objectifs tels que la santé et les capacités fonctionnelles (Godin et al., 2015).

La qualité de vie étant un concept subjectif et multidimensionnel, il convient de reconnaître qu'aucun outil d'évaluation ne peut être universellement parfait puisqu'une telle mesure nécessiterait une adaptation individualisée selon le contexte, les besoins et les préférences propres à chaque résident (Hambleton et al., 2009 ; Rodríguez-Martínez et al., 2023).

2.2.2.3 Des outils non spécifiques au contexte d'une institutionnalisation

De nombreux questionnaires établis pour évaluer la qualité de vie des personnes âgées ont été utilisés afin d'évaluer la qualité de vie des résidents en maison de repos. Il s'agit de mesures génériques de la qualité de vie évaluant la qualité de vie de façon non-adaptée à un contexte particulier. Ces outils, tels que le WHOQOL développé par l'Organisation Mondiale de la Santé ou encore le CASP-19 (Rodríguez-Martínez et al., 2023), ne prennent donc pas en considération les exigences relatives au contexte spécifique d'une institutionnalisation telles que les problèmes de dépendance ou d'autres besoins spécifiques (Kane et al., 2003 ;

Rodríguez-Martínez et al., 2023 ; Xu et al., 2024). De ce fait, de telles échelles de mesures non spécifiques se révèlent inappropriées au contexte des maisons de repos (Xu et al., 2024). De plus, l'utilisation d'un instrument générique non-applicable à une population spécifique entraîne un taux de non-réponse important car plusieurs éléments ne correspondent pas à cette population (Bowling, 2009). Certains chercheurs ont alors tenté d'adapter ces questionnaires en fonction des spécificités de la population, selon le contexte géographique ou encore selon une maladie spécifique (Rodríguez-Martínez et al., 2023). Par exemple, l'OPQoL-brief a été adapté à la population des résidents en maison de repos en supprimant les items montrant une faible validité et une faible fiabilité (Haugan et al., 2020). Cependant, la plupart de ces mesures génériques n'ont pas montré de mesures valides et fiables dans une population institutionnalisée (Rodríguez-Martínez et al., 2023).

2.2.3 Les facteurs prédicteurs de la qualité de vie en maison de repos

De études évaluant les prédicteurs de la qualité de vie dans les maisons de repos ont identifié plusieurs facteurs pouvant influencer la qualité de vie des résidents. Il apparaît que les caractéristiques individuelles des résidents et de l'établissement sont toutes deux associées à la qualité de vie des résidents en établissements de soins de longue durée. (Shippee et al., 2015 ; Kane et al., 2004 ; Mitchell et Kemp, 2000)

2.2.3.1 Les facteurs liés aux résidents

Plusieurs études ont souligné que la santé physique et des capacités fonctionnelles diminuées peuvent limiter les possibilités de participation d'un résident dans les activités sociales et récréatives, ce qui limite l'engagement des résidents. De même, les limitations fonctionnelles ou la douleur peuvent affecter de manière négative l'humeur et le bien-être émotionnel des résidents (Shippee et al., 2015). Van Malderen et al. (2016) ont quant à eux indiqué que d'autres facteurs importants, tels que la personnalité, l'attitude mentale, la santé, la situation familiale, les attentes et les réponses adaptatives des résidents pouvaient améliorer la qualité de vie globale dans les maisons de repos.

D'après Shippee et al. (2015), l'âge, le sexe et la durée du séjour sont des facteurs qui prédisent les domaines de qualité de vie (Shippee et al., 2015).

Le genre apparaît comme un facteur de risque influençant la qualité de vie en maison de repos. Les hommes y présenteraient globalement une satisfaction moindre que les femmes (Davila et al., 2022). Cette différence s'expliquerait notamment par une insatisfaction plus marquée face à la programmation des activités jugées peu diversifiées et peu stimulantes, un réseau social plus restreint, et des difficultés relationnelles tant avec les autres résidents qu'avec le personnel. Plusieurs éléments contribuent à cette situation : une réticence à nouer des liens profonds par crainte de pertes affectives, une perception plus distante du personnel, et un sentiment plus fort d'abandon familial. À l'inverse, les femmes établiraient plus aisément des relations positives tant avec les autres résidents qu'avec leurs proches et les soignants, ce qui pourrait expliquer une meilleure qualité de vie perçue. (Davila et al., 2022)

Concernant l'âge, les résultats des études antérieures sont plus mitigés. Selon Shippee et al. (2015), l'âge est significativement associé à une diminution de la qualité de vie globale chez les résidents. Avec le temps, cette population se trouverait confrontée à un ensemble de situations susceptibles d'accroître leur vulnérabilité, et par conséquent, de compromettre leur qualité de vie. Ces situations incluent notamment le déclin des capacités physiques et cognitives, ainsi que la perte des proches (Netuveli & Blane, 2008). Par ailleurs, d'autres études ont démontré l'absence de lien significatif entre l'âge et la qualité de vie des résidents (Wang et al., 2016). Selon Wang et al. (2016), l'âge en soi n'est pas un facteur prédictif de la qualité de vie. Ils soulignent l'importance d'autres facteurs tels que les dépendances fonctionnelles, la communication avec le personnel, la fonction cognitive et la dépression comme indicateurs de la qualité de vie. Selon la revue de littérature menée par Shieu et al. (2021), les résultats évaluant la relation entre l'âge et la qualité de vie étaient mitigés. En effet, plusieurs études n'ont pas trouvé de lien significatif entre l'âge et la qualité de vie (Watt et Konnert, 2010 ; Subasi et Hayran, 2004). Selon l'étude menée en Flandre par Van Malderen et al. (2016), les variables démographiques incluant l'âge n'ont pas non plus montré d'effet significatif sur la qualité de vie. Enfin dans leur étude, Chou et al. (2003) postulent que les résidents âgés pourraient devenir plus calmes, plus réceptifs et plus tolérants que les résidents plus jeunes.

Shippee et al. (2015) ont montré que la durée de séjour en maison de repos était également un facteur prédictif de la qualité de vie des résidents. Bien qu'il semblerait qu'au fil du temps, les résidents s'adaptent et s'acclimatent à leur nouvel environnement soit de manière progressive, soit en ajustant leur niveau d'exigence et leurs attentes - ce qui se traduit par une appréciation plus positive de l'environnement, des repas et un engagement social plus élevé -

le temps d'institutionnalisation influencerait négativement l'humeur et la qualité de vie globale des résidents (Shippee et al., 2015). Ce résultat a été confirmé par une autre étude qui précise que la durée de séjour dans la maison de repos est significativement négative par rapport à la qualité de vie. Selon cette étude, les résidents de plus longue durée pourraient se sentir abandonnées et ressentir un isolement accru vis-à-vis de la société (Tseng & Wang, 2001).

2.2.3.2 Les facteurs liés à l'établissement

Même si la majeure partie de la variation de la qualité de vie pouvait être attribuée aux caractéristiques des résidents, plusieurs études ont montré que les caractéristiques des maisons de retraite y contribuaient de manière significative (Degenholtz et al., 2006).

Dans leur étude, Shippee et al. (2015) ont relevé que les résidents des grands établissements ont signalé une qualité de vie globale inférieure. Dans les plus grandes structures, et en fonction des ressources disponibles, il est possible que l'attention du personnel et les ressources soient dirigées vers la qualité des soins et les résultats de santé, au détriment d'activités liées à la qualité de vie. Cela a pour conséquence une diminution de l'engagement et du degré d'attention accordé à chaque résident (Shippee et al., 2015). Or, Clare et al. (2014) ont montré que les relations entre le personnel et le résident est l'un des facteurs prédicteurs les plus importants de la qualité de vie (McCabe et al., 2021). De même, le nombre d'heures de travail du personnel par jour par résident était significativement associé à la qualité de vie. En particulier, le nombre d'heures d'activité du personnel plus élevé était associé à une meilleure qualité de vie et un nombre d'heures de travail social plus élevé était associé à une meilleure qualité de vie dans les domaines de l'attention personnelle, de l'alimentation et de l'engagement. En revanche, un nombre d'heures de travail d'infirmière auxiliaire par jour plus élevé est associé à une moins bonne qualité de vie pour l'humeur et le score global (Shippee et al., 2015). Dans la lignée de ces constats, Tseng & Wang (2001) ont observé que le soutien social des infirmières et des aides-soignantes était prédicteur de qualité de vie chez les personnes âgées, davantage même que le soutien de leur propre famille. Ils concluent que les infirmières et aides-soignantes devraient intégrer davantage de soutien social aux soins quotidiens directs (Tseng & Wang, 2001)

2.3 Le Culture Change dans les maisons de repos

La prise de conscience du rôle que peut jouer l'institution sur la qualité de vie des résidents, nous amène à considérer les spécificités d'un modèle émergeant dans les maisons de repos : le Culture Change. Ce changement de philosophie et de pratiques a émergé aux États-Unis dans le but de transformer les maisons de repos, autrefois des établissements de soins impersonnels en véritables établissements centrés sur la personne (Koren, 2010). Si cette approche a pour but d'améliorer la qualité de vie, elle entraîne également des améliorations significatives dans la configuration des maisons de repos (Rodríguez-Martínez et al., 2023) et dans la qualité des soins (Shier et al., 2014 ; White-Chu et al., 2019).

2.3.1 D'un modèle médicalisé vers un modèle auto-dirigé

Vivre dans une maison de repos peut mener à une forme d'impuissance et de passivité. Les routines et les décisions prises par les directions peuvent mener à la dépendance et la perte de contrôle et d'autonomie des résidents (McCabe et al., 2021). Ceci est le reflet d'un modèle médical ayant longtemps prédominé en maison de repos. (Ronch, 2004 ; Farre & Rapley, 2017)

Au cours des dernières décennies, les maisons de repos ont principalement fonctionné selon les principes d'un modèle de soins médicalisé géré de façon autocratique (Miller et al., 2008 ; Sterns et al., 2010). Dans ce modèle, les professionnels privilégient l'efficacité de la prise en charge des soins médicaux au détriment de l'individu et de ses dimensions sociales, psychologiques et comportementales (Ronch, 2004 ; Farre & Rapley, 2017). Le modèle médical priorise les soins dans un cadre hospitalier où tout est organisé autour des horaires des médecins et du personnel (Rill & Gonzalez, 2019). Outre l'efficacité, ce modèle prône la cohérence et la hiérarchie. Dans le respect de ces principes, la plupart des décisions concernant les résidents sont prises sans les concerter, sans se soucier de ce qu'ils désirent vraiment (Calkins et al., 2022) et sans leur laisser la possibilité de faire leurs propres choix (Rill & Gonzalez, 2019). Au sein de ce modèle, les résidents doivent s'adapter à l'organisation, aux règles, aux horaires, aux préférences du personnel et à leurs décisions (Calkins et al., 2022). De même, physiquement, le bâtiment en lui-même, d'un point de vue interne comme externe, est comparable à un hôpital. Peu de choses sont aménagées pour que les résidents se sentent comme chez eux (Flesner, 2009, Eijkelenboom et al., 2017). Enfin, le jargon médical utilisé dans ce modèle limite la compréhension des résidents et suscite des difficultés de communication entre membres du personnel et résidents (White-Chu et al., 2009).

Depuis les années 1980, plusieurs initiatives ont mis l'accent sur les droits et le bien-être des résidents en maison de repos. En 1983, la « National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform » a publié une déclaration prônant une approche centrée sur les résidents, largement soutenue (Zimmerman et al., 2014). Cette démarche a été renforcée par un article plaidant pour une meilleure prise en compte du point de vue des résidents et pour des politiques axées sur leur qualité de vie (Koren, 2010). En 1986, l'Institute of Medicine a défendu une approche « comme à la maison » plutôt qu'axée uniquement sur les soins hospitaliers, débouchant sur la réforme de 1987, qui impose des soins de qualité visant à maximiser le bien-être des résidents, aujourd'hui désignés comme des soins centrés sur la personne (Zimmerman et al., 2014). Ce modèle répond à l'importance de préserver chez les résidents un sentiment de contrôle sur leur existence, en leur permettant de maintenir un mode de vie aussi proche que possible de celui qu'ils menaient à domicile (McCabe et al., 2021). Dans cette perspective, l'approche des soins centrés sur la personne se distingue nettement du modèle biomédical traditionnel (White-Chu et al., 2009). Elle vise à préserver la personnalité de chaque résident en tenant compte de son avis, son vécu, même si les capacités cognitives sont réduites (Grabowski et al., 2014). À ce titre, Elle accorde une place centrale à la participation active des résidents, dont les préférences et les besoins sont pris en compte dans l'organisation quotidienne des soins. Dans ce cadre, les résidents bénéficient d'une meilleure information et d'une plus grande autonomie décisionnelle. Le personnel adapte ainsi les routines en fonction des choix individuels, notamment en ce qui concerne les horaires de sommeil, les moments des repas et les préférences alimentaires (White-Chu et al., 2009). L'approche des soins centrés sur la personne favorise la dignité des résidents en les installant dans un cadre rempli d'acceptation, d'écoute et d'empathie (McCabe et al., 2012 ; Grabowski et al., 2014).

L'approche des soins autodirigés se situe dans la continuité de l'approche des soins centrés sur la personne mais va encore un pas plus loin (Rill & Gonzalez, 2019). En effet, c'est le résident lui-même qui dirige ses propres soins. Ainsi, il a plus de contrôle, de liberté, de choix et d'autonomie. Là où dans l'approche centrée sur la personne, on considère le résident comme un « objet de soins », l'approche des soins autodirigés le reconnaît comme partenaire de ses propres soins. Le personnel s'adapte aux résidents en organisant son emploi du temps selon les besoins de ceux-ci. Ils décident ensemble des horaires et un sentiment de communauté et d'appartenance est présent à la fois chez les résidents et le personnel (Rill & Gonzalez, 2019). Ainsi, le personnel contribue de façon majeure à l'autodétermination des résidents. Valoriser

cette relation entre le personnel et les résidents et encourager les résidents à faire des choix concernant leurs soins et la manière dont ils souhaitent vivre leur vie, peut améliorer la qualité de vie des résidents (McCabe et al., 2021). En somme, le modèle auto-dirigé prend en considération les besoins psychologiques fondamentaux des résidents, à savoir la compétence, la connexion (relations sociales) et l'autonomie (Ryan & Deci, 2001).

2.3.2 Les domaines et principes fondamentaux du Culture Change

Suite aux initiatives qui ont émergé depuis les années 1980 visant l'amélioration de la qualité de vie des résidents en maisons de repos, est née la volonté de transformer profondément le fonctionnement de ces établissements. Depuis, plusieurs modèles de soins ont émergé, remettant en question l'approche essentiellement médicalisée des établissements de soins de longue durée. En 1997, la *National Citizen's Coalition for Nursing Home Reform* a convoqué un groupe d'experts du vieillissement afin de s'attaquer aux problèmes structurels de ces établissements (Seaton & Edwards, 2011). De cette première rencontre est né le mouvement Culture Change, porté par le *Pioneer Network*. Cette organisation s'engage à répondre aux besoins et aux attentes des personnes âgées, en promouvant une vision du vieillissement qui soit humaine, épanouissante et porteuse de sens (Pioneer Network, 2025).

Bien que les initiatives de Culture Change puissent varier selon les modèles et les établissements, l'objectif commun est de faciliter l'évolution des maisons de repos d'un modèle de soins de type institutionnel vers un modèle dans lequel les aînés peuvent prendre des décisions concernant leur vie quotidienne et vivre selon leurs besoins, leurs préférences et dans la dignité (Burack et al., 2012a ; Duan et al., 2021). Le Culture Change est un processus complexe qui implique généralement des réformes dans trois grands domaines : les pratiques de soins et les préférences des résidents, les pratiques en milieu de travail et l'environnement physique (Duan et al., 2021).

Au niveau des pratiques de soins, le mouvement préconise de donner la priorité aux besoins et préférences des résidents et de promouvoir leur autonomie et leur engagement en leur donnant la possibilité de décider ce qu'ils veulent faire, comment et quand ils veulent le faire (Xu et al., 2024). A ce niveau, il prône également une approche qui optimise les relations

et la collaboration entre tous les acteurs impliqués (c'est-à-dire non seulement les résidents et le personnel, mais aussi les proches des résidents et la communauté) (Deprez et al., 2024). Des études antérieures réalisées en maisons de repos ont montré que lorsqu'on laissait plus le choix aux personnes âgées, elles s'engageaient davantage dans des activités interpersonnelles en rendant visite à d'autres résidents ou personnes extérieures et que cela augmentait l'estime de soi (White-Chu et al., 2009). De plus, laisser la possibilité aux résidents de décider de l'heure du coucher, les horaires des repas, des menus, leur permet de se rapprocher de la vie qu'ils vivaient avant, avec un sentiment de vivre (presque) « comme à la maison » (White-Chu et al., 2009).

En ce qui concerne les pratiques en milieu de travail, le modèle du Culture Change préconise l'autonomisation du personnel et la collaboration interdisciplinaire (Duan et al., 2021). L'idée est de ne plus fonctionner sous forme de hiérarchie mais plutôt de manière transversale en créant des équipes de travail autonomes qui vont se réunir, trouver des solutions ensemble et voir comment le personnel pourrait fonctionner le mieux possible. Les tâches sont réparties et décidées entre les membres de l'équipe et personne ne donne d'ordre à personne. Dans ce mode de fonctionnement, l'accent est mis sur les résultats et non plus sur les tâches (Duan et al., 2021 ; White-Chu et al., 2009). Privées des tensions liées à la hiérarchie et aux ordres qui en découlent, cette manière de fonctionner devrait engendrer une meilleure satisfaction au travail, améliorer l'estime de soi des membres du personnel et diminuer le taux de rotation du personnel (White-Chu et al., 2009).

Enfin, concernant l'environnement physique, l'idée est de créer une atmosphère familiale tout en favorisant l'indépendance et l'engagement des résidents (Duan et al., 2021).

Les principes du Culture Change dans les maisons de repos sont également souvent classés dans six catégories, chacune de ces catégories pouvant correspondre à un ou plusieurs des trois domaines mentionnés ci-dessus (Deprez et al., 2024) : l'autodétermination des résidents, l'atmosphère familiale, les relations étroites avec le personnel, la famille, les résidents et la communauté, la responsabilisation du personnel, la prise de décision collaborative et décentralisée et le processus d'amélioration de la qualité (Koren, 2010).

- 1) Autodétermination des résidents : Il s'agit de permettre aux résidents, tout en les y encourageant, d'exercer leur pouvoir de décision et de faire leurs propres choix

concernant leurs soins ainsi que l'ensemble des aspects de leur vie quotidienne. Dans cette perspective, ils peuvent par exemple décider quels vêtements porter ou encore à quelle heure ils veulent dormir (Koren, 2010).

- 2) Environnement familial : Le milieu de vie et les pratiques au sein de la maison de repos se rapprochent autant que possible des repères et du confort d'un véritable chez soi (Koren, 2010). Dans cet esprit, le Culture Change préconise la création d'unités autonomes ou des petites maisons accueillant dix à quinze résidents, à la place d'une maison commune (Shield et al., 2014). L'environnement familial favorise l'indépendance et l'engagement des résidents (Hartmann et al., 2013).
- 3) Relations étroites avec le personnel, la famille, les résidents et la communauté : Favoriser la création de relations étroites entre les résidents, les membres de la famille, le personnel et la communauté est prioritaire pour maintenir le lien social si cher aux résidents (McCabe et al., 2021). Des études antérieures ont montré que lorsque ce sont toujours les mêmes aides-soignantes qui s'occupent d'un résident, cela augmentait le sentiment de familiarité et l'attention mutuelle (Koren, 2010).
- 4) Responsabilisation du personnel : A ce niveau, il convient d'habiliter, soutenir et former le personnel pour qu'il soit apte à répondre aux besoins et aux souhaits des résidents. Le but est d'améliorer l'efficacité et l'efficacé (Koren, 2010).
- 5) Gestion collaborative et décentralisée : Cet aspect du Culture Change repose sur l'aplanissement de la hiérarchie et la mise en place d'un système de gestion participative permettant des prises de décision décentralisées et collaboratives. Cela devrait améliorer les performances de chacun et avoir des répercussions positives sur la rotation du personnel (Koren, 2010).
- 6) Processus d'amélioration de la qualité complets et fondés sur des mesures : Le Culture Change serait plus qu'un programme apportant des modifications superficielles ou certaines commodités. Il devrait être un processus permanent qui permettrait d'améliorer les performances et d'atteindre des objectifs concrets et mesurables (Koren, 2010).

2.3.3 En Belgique : Le modèle TUBBE

A l'heure actuelle, il existe plusieurs initiatives de soins de longue durée qui mettent en œuvre le Culture Change. Si la mise en place des pratiques peut varier, toutes s'accordent dans l'idée de s'opposer au modèle médical (Rill & Gonzalez, 2019). Parmi les modèles de Culture Change les plus connus et utilisés dans le monde se trouvent le modèle Wellspring, l'Eden Alternative, le modèle Green House. Ce dernier est le modèle le plus récent et vise à modifier la structure architecturale des maisons de repos traditionnelles en proposant des petites maisons dans lesquelles un service de soins centré sur la personne est assuré (Zimmerman et al., 2014).

En Belgique, il existe différents modèles de Culture Change mais celui qui se démarque des autres est le modèle TUBBE. En effet, actuellement, environ 200 maisons de repos ont adopté le modèle TUBBE en Belgique (Fondation Roi Baudouin, 2024). Ce modèle d'origine scandinave, soutenu par la Fondation Roi Baudouin, fonde son approche sur la participation des résidents dans les décisions relatives à leur vie au sein de la maison de repos, sur un leadership transversal et tend à créer un environnement harmonieux et épanouissant pour les résidents et les travailleurs. Il est important de souligner que le modèle TUBBE met en avant un accompagnement personnalisé qui adapte ses interventions à chaque établissement. Les décisions en termes de pratiques à implémenter sont prises par les résidents et familles, le personnel et les membres de direction. Bien que ce modèle ne se limite pas à des règles bien définies avec une procédure à suivre, il existe néanmoins six principes de base : autonomie, codécision, expériences partagées, communauté, communication ouverte, coaching (Fondation Roi Baudouin, 2024). Bien que les retours semblent positifs (Fondation Roi Baudouin, 2020), des lacunes persistent dans la littérature scientifique au sujet des bénéfices que présente ce modèle.

2.4 Impact du Culture Change sur la qualité de vie

Les études examinant les effets des pratiques du Culture Change sur les résultats de qualité s'accumulent. Certaines études ont mis en avant une amélioration d'un point de vue psychosocial ainsi qu'une amélioration concernant la santé physique (White-Chu et al., 2009). Cependant, bon nombre d'études se sont concentrées sur les indicateurs de qualité des soins dérivés de données cliniques ou de données administratives. Les maisons de repos les plus avancées en termes d'adoption du Culture Change ont démontré des améliorations

significatives dans la majorité des indicateurs de santé des résidents en séjour de longue durée. Ces établissements ont également obtenu de meilleurs résultats sur une mesure composite de la santé des résidents comparativement aux établissements n'ayant pas adopté le modèle du Culture Change, avec notamment, une réduction de 49 % de la prévalence des symptômes dépressifs majeurs (Lepore et al, 2020). Des études ont également montré des résultats positifs en ce qui concerne plusieurs modèles de Culture Change (Rill & Gonzalez, 2019). Par exemple, une étude sur le modèle « serre » a montré une amélioration de la qualité de vie, moins de dépression, moins d'inactivité chez les résidents de maisons de repos suite à la mise en œuvre de ce modèle de Culture Change (Rill & Gonzalez, 2019). Une autre étude a montré que le modèle Green house est lié à une qualité de vie et une satisfaction des résidents élevées (Burack et al., 2012b ; Kane et al., 2007).

Bien que l'objectif ultime du Culture Change soit d'améliorer la qualité de vie des résidents, ce résultat n'a pas encore été suffisamment examiné (Shier et al., 2014 ; Duan, et al., 2020). Dans une revue de littérature évaluant les preuves existantes concernant l'impact du Culture Change sur la qualité des maisons de repos, Shier et al. (2014) concluaient en l'absence de preuves cohérentes de l'efficacité du Culture Change. La diversité des modalités de mise en œuvre de chaque domaine du Culture Change ainsi que l'hétérogénéité des méthodes d'évaluation de chaque type d'intervention rendent difficile l'association d'un domaine particulier du Culture Change à un résultat précis (Shier et al., 2014). Shier et al. (2014) préconisent que les études futures s'appuient sur un cadre bien conceptualisé et mesurent les résultats à l'aide d'outils validés.

Le développement d'outils complets d'évaluation du Culture Change et la déconstruction du changement de culture complexe en ses domaines spécifiques ont rendu possible l'évaluation des résultats sensibles à chaque domaine (Miller et al., 2014). Duan et al. (2021) ont montré que différents domaines du Culture Change étaient associés à plusieurs domaines de qualité de vie des résidents en maison de repos.

Tout d'abord, en référence à l'importance accordée par les résidents à l'indépendance et l'autonomie, Duan et al. (2020) ont examiné les effets d'une plus grande attention portée aux soins dirigés par les résidents. Les résultats ont confirmé le rôle positif de ce domaine du Culture Change sur la qualité de vie et l'autonomie des résidents. (McCabe et al., 2021). En effet, les résidents préfèrent généralement exécuter des tâches eux-mêmes et demander de l'aide

lorsqu'ils en ont besoin plutôt que d'observer le personnel s'occuper systématiquement de ce qu'ils sont capables de faire eux-mêmes (McCabe et al., 2021). La possibilité laissée aux résidents de prendre des décisions concernant les activités quotidiennes telles que les repas, les horaires, les soins ou les activités de loisir est également corrélée positivement à la qualité de vie des résidents (McCabe et al., 2021).

S'agissant des relations avec le personnel, la famille, les autres résidents et la communauté, McCabe et al. (2021) ont identifié ce domaine comme étant le prédicteur le plus significatif de la qualité de vie des résidents. Ce qui semble déterminant dans les relations, c'est le sentiment qu'ont les résidents d'être reconnus par le personnel, mais également d'être soutenus et encouragés à prendre des décisions concernant leur propre vie (McCabe et al., 2021). Ainsi, le personnel contribuerait de façon majeure à l'autodétermination des résidents. Valoriser cette relation entre le personnel et les résidents et encourager les résidents à faire des choix concernant leurs soins et la manière dont ils souhaitent vivre leur vie peut améliorer la qualité de vie des résidents (McCabe et al., 2021). Cependant, bien que le personnel soit l'interlocuteur principal des résidents, les conversations entre le personnel et les résidents sont souvent limitées aux soins et tâches professionnelles. Toute conversation significative et plus personnelle, dans lesquelles la vie personnelle est abordée de façon réciproque est limitée. La principale raison de ce manque de discussion est le manque de temps du personnel (McCabe et al., 2021).

Ensuite, la responsabilisation du personnel a été associée à cinq domaines de la qualité de vie des résidents tels que les activités significatives, le plaisir de manger, la dignité, l'autonomie et la prestation de soins (Duan et al., 2021). Plusieurs études ont montré un impact positif des pratiques du Culture Change sur le personnel des maisons de repos. En effet, le personnel engagé dans les soins centrés sur la personne dans le cadre du Culture Change serait plus enclin à être satisfait au travail ce qui impacterait positivement les résidents (Rill & Gonzalez, 2019). Une satisfaction accrue des membres du personnel, directement ou indirectement, semble induire une plus grande satisfaction des résidents des maisons de retraite pour tous les aspects de leur vie (Chou et al., 2003). Cela s'expliquerait par le fait que les résidents soient généralement plus dépendants et physiquement contraints aux limites de l'établissement qui devient alors leur univers social (Chou et al., 2003). Enfin, le leadership du personnel a été associé aux activités significatives, à la dignité et à l'autonomie des résidents (Duan et al., 2021).

En ce qui concerne l'environnement physique, plusieurs études suggèrent que les petits « foyers » amélioreraient sensiblement le bien-être psycho-social des résidents (Hermer et al., 2017). Ces effets positifs se matérialisent notamment dans la salle à manger et dans les relations entre résidents et personnel. Les études ont révélé moins d'inaction et un engagement accru des résidents dans les activités quotidiennes (Hermer et al., 2017). Dans leur recherche, Deprez et al. (2024) ont également révélé que les maisons de repos à petite échelle de type familial étaient associées à une diminution de l'anxiété et de l'humeur négative des résidents ainsi qu'à une baisse des comportements de retraits.

Par ailleurs, bien que plusieurs études aient montré l'impact positif du Culture Change sur la qualité dans les maisons de repos (Rill & Gonzalez, 2019), des questions subsistent quant aux conséquences négatives potentielles du Culture Change sur la qualité des soins de santé (White-Chu et al., 2009) et sur la santé physique des résidents (Grabowski et al., 2014). Le modèle du Culture Change met l'accent sur la possibilité de choisir et l'autonomie des résidents mais comment le personnel doit-il réagir face à un résident qui refuse de faire de l'exercice, de manger sainement ou de se soigner (White-Chu et al., 2009) ? Doit-il considérer ces refus comme l'expression légitime des droits des résidents (White-Chu et al., 2009) ? Il est essentiel de prendre en considération ces dilemmes afin d'éviter une mauvaise interprétation ou une application inadéquate des principes du Culture Change (White-Chu et al., 2009).

Bien que des recherches plus approfondies soient encore nécessaires, plusieurs études ont mis en évidence les effets positifs des pratiques de Culture Change sur la satisfaction globale des résidents, en particulier en ce qui concerne leur autonomie, le respect de leur intimité, de leur dignité et de leurs préférences personnelles (Burack et al., 2012a ; Kane et al., 2007). Les avantages sur la qualité de vie apparaissent surtout lorsque le Culture Change est mis en œuvre de manière complète et durable (Poey et al., 2017), comme dans le modèle Green House (Kane et al. 2007)

2.5 Conclusion

Le vieillissement de la population pose de nombreux défis, notamment celui d'assurer une qualité de vie satisfaisante pour les personnes âgées institutionnalisées. Si la maison de repos reste une solution incontournable pour une part croissante de personnes âgées, elle souffre d'une image négative car souvent assimilée à une perte d'autonomie, de contrôle et de lien

social (Balthasart & Declercq, 2022) avec un impact négatif potentiel sur le bien-être des résidents (Rodríguez-Martin et al., 2014). Face à ce constat, s'interroger sur ce qui définit la qualité de vie des résidents en maisons de repos (Rodríguez-Martínez et al., 2023) est une nécessité absolue. La qualité de vie est un concept complexe (Netuveli & Blane, 2008 ; Rodríguez-Martínez et al., 2023). Dans le contexte d'une institutionnalisation, elle doit être envisagée sous un angle multidimensionnel mêlant des dimensions physiques, psychologiques, sociales et environnementales (Kane et al., 2003 ; Xu et al., 2024). L'évaluation de la qualité de vie en maisons de repos devrait privilégier des indicateurs subjectifs en accordant une place centrale à l'auto-évaluation du résident que l'on considère comme expert de sa propre vie (Netuveli & Blane, 2008). De plus, dans le cadre spécifique d'une institutionnalisation, plusieurs facteurs prédictors sociaux, psychologiques, environnementaux et fonctionnels peuvent influencer la qualité de vie des résidents (Shippee et al., 2015). Ces facteurs peuvent être répartis en deux catégories : les facteurs liés aux résidents et les facteurs liés à l'établissement (Shippee et al., 2015 ; Davila et al., 2022).

Parmi les approches visant à améliorer la qualité de vie en maisons de repos, le modèle du Culture Change apparaît comme particulièrement prometteur. En rupture avec le modèle médicalisé traditionnel, il privilégie une vision centrée sur la personne et propose une transformation des pratiques en profondeur valorisant l'autodétermination, les relations humaines, l'environnement familial, la responsabilisation du personnel et la gestion collaborative (Koren, 2010 ; Duan et al., 2022). Plusieurs études suggèrent des effets positifs de ce modèle, notamment en matière d'autonomie, de relations interpersonnelles et de satisfaction générale (McCabe et al., 2021 ; Rill & Gonzalez, 2019 ; Burack et al., 2012b). L'environnement physique, les liens avec le personnel, la participation aux soins et le cadre familial contribuent également à renforcer cette dynamique favorable (Hermer et al., 2017).

Cependant, les résultats restent parfois contrastés en raison de la diversité des pratiques mises en place et de l'hétérogénéité des outils d'évaluation (Shier et al., 2014). Il est donc essentiel de poursuivre les recherches avec des méthodologies rigoureuses, afin de mieux cerner les conditions dans lesquelles le Culture Change peut réellement améliorer la qualité de vie des résidents. Cette transition vers un accompagnement plus humain et individualisé semble être une voie prometteuse pour redonner sens, dignité et bien-être au grand âge en institution.

3. Objectifs et hypothèses

Bien que le Culture Change poursuive prioritairement l'objectif d'améliorer la qualité de vie des résidents, le nombre d'études visant à évaluer cette qualité de vie reste relativement limité induisant la nécessité d'explorer davantage ce domaine d'étude (Rodriguez-Martinez et al., 2023). Parmi les études visant à évaluer l'impact du Culture Change sur la qualité de vie des résidents, certaines ont utilisé des outils de mesures unidimensionnelles, alors que la qualité de vie est un concept multidimensionnel englobant de nombreux aspects de la vie (Duan et al., 2021). Ensuite, des études antérieures ont utilisé des outils de mesure de la qualité de vie des personnes âgées non spécifiques au contexte d'une institutionnalisation, ce qui peut les rendre inappropriés (Kane et al., 2003 ; Rodríguez-Martínez et al., 2023 ; Xu et al., 2024). Les études cherchant à évaluer la qualité de vie des résidents en maisons de repos ont eu parfois recours à des instruments mesurant des aspects objectifs des conditions de vie tels que l'environnement, le niveau sonore ou la température à partir d'observations réalisées par un évaluateur externe. Cette pratique présente des lacunes car elle ne tient pas compte de l'avis du résident (Kane et al., 2003 ; Schenk et al., 2013). Alors que les mesures subjectives semblent plus pertinentes pour évaluer la qualité de vie des personnes âgées (Mitchell & Kemp, 2000 ; Rodriguez-Martinez et al., 2023), peu d'études ont utilisé des mesures autodéclarées de la qualité de vie, ce qui représente une limite à leur recherche (Duan et al., 2021). Le résident étant considéré comme expert de sa propre vie et de son vécu, il reste le répondant le plus fiable pour évaluer sa propre qualité de vie. (Kane et al., 2003 ; Bowling, 2009 ; Godin et al., 2015 ; Xu et al., 2024).

Des études antérieures portant sur l'influence du Culture Change sur la qualité de vie ont parfois considéré le Culture Change de façon binaire : soit mis en œuvre, soit pas mis en œuvre. Cependant, le Culture Change est plus complexe que cela. Il peut être mis en œuvre de différentes façons, à différents niveaux et avec une profondeur variable (Duan et al., 2021). Ensuite, il a été montré qu'en interrogeant les directeurs de maisons de repos sur le degré de Culture Change mis en place dans l'établissement, il y a un risque de désirabilité sociale (Shields et al., 2018). En effet, ils peuvent être inquiets concernant l'image négative de l'établissement et les conséquences que cela pourrait avoir (Shields et al., 2018).

Enfin, l'évaluation de la qualité de vie ne peut être envisagée comme un processus standardisé, étant donné que sa mesure varie en fonction du contexte dans lequel elle est

réalisée. Les outils développés pour des populations spécifiques dans des zones géographiques spécifiques sont adaptés à des contextes précis (Rodríguez-Martínez et al., 2023).

Si certaines études ont montré les effets positifs du Culture Change sur la qualité de vie des résidents (White-Chu et al., 2009 ; Rill & Gonzalez, 2019 ; Burack et al., 2012b ; Duan & al., 2021 ; McCabe et al., 2021), peu d'études ont montré des résultats concrets et valides statistiquement en ce qui concerne les relations entre la mise en œuvre de pratiques du Culture Change et la qualité de vie des résidents (Duan et al., 2021).

Partant de ces constats, l'objectif de cette étude est d'examiner le lien entre les pratiques du Culture Change et la qualité de vie des résidents en maison de repos en Belgique. Dans cette optique, la présente étude va venir renforcer cette branche de la littérature en tenant compte des biais méthodologiques des études antérieures. En concordance avec l'objectif principal du mouvement Culture Change qui est d'améliorer la qualité de vie des résidents et en nous basant sur les résultats identifiés lors d'études antérieures (White-Chu et al., 2009 ; Rill & Gonzalez, 2019 ; Burack et al., 2012b ; Duan & al., 2021 ; McCabe et al., 2021), nous nous attendons à ce que la relation entre le Culture Change et la qualité de vie soit positive. Dès lors, la première hypothèse est la suivante : **le Culture Change est un prédicteur de la qualité de vie des résidents en maison de repos.**

La qualité de vie des résidents en maison de repos étant influencée par de nombreux facteurs liés aux résidents et à l'établissement, il est difficile d'évaluer précisément les effets du Culture Change sur celle-ci. Par conséquent, la seconde hypothèse est la suivante : **le Culture Change reste un prédicteur de la qualité de vie des résidents en maison de repos, même après que les variables de l'âge, du genre, de l'unité, de la durée d'institutionnalisation et du nombre de lits aient été contrôlées.**

4. Méthodologie

4.1 Participants

Le protocole de cette étude a été approuvé par le comité d'éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation (FPLSE) pour le recueil et le traitement de données.

Les participants recrutés pour compléter le questionnaire évaluant la qualité de vie devaient être des résidents de maisons de repos en long séjour, c'est-à-dire inscrits de manière prolongée dans une maison de repos. Les participants devaient vivre en maison de repos et/ou maison de repos et de soins et être capables à la fois de donner leur consentement éclairé et répondre à un questionnaire évaluant leur propre qualité de vie. Les personnes ne devaient pas être atteintes de démence modérée à avancée mais pouvaient être atteintes d'une démence légère. Les personnes atteintes de démence représentent une situation spécifique où les priorités et l'importance des aspects de la vie peuvent évoluer différemment. En effet, les outils génériques de mesure de la qualité de vie ne sont pas adaptés à cette situation spécifique car ils ne reflètent pas les aspects spécifiques du vécu des personnes atteintes de démence. De plus, l'autoévaluation de la qualité de vie des personnes âgées atteintes de démence peut mener à un biais de validité de contenu. Cependant, les données sont considérées comme fiables lorsqu'une démence est à ses premiers stades (Netuveli & Blane, 2008). Dès lors, les personnes atteintes de démences sévères et profondes ne font pas partie de mon échantillon.

Les participants recrutés afin de compléter un questionnaire évaluant le degré d'implémentation de Culture Change au sein de l'établissement devaient être des directeurs ou cadres de l'établissement.

Ce projet de recherche ne nécessitait pas de cacher les informations aux participants ni de les induire en erreur. Les participants étaient en possession des informations essentielles de l'étude afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée quant à leur participation à cette étude (Annexes 1 et 2). Les potentiels biais de désirabilité sociale ont été minimisés via le questionnaire évaluant l'implémentation du Culture Change complété en partie par le chercheur lui-même. Les participants ont reçu l'information qu'ils pouvaient à tout moment mettre fin à leur participation s'ils le souhaitaient, sans devoir donner d'explications (Annexe 3).

En utilisant le logiciel G*POWER, celui-ci a fourni une estimation de la puissance statistique afin de définir la taille de l'échantillon. La taille de l'échantillon recommandée pour une régression linéaire simple avec une variable explicative « score d'implémentation du Culture Change » et une variable dépendante « score de qualité de vie », un paramètre $\alpha = 0.05$ et une puissance de 0.95 est de 89 participants. Cependant, la taille de l'échantillon recommandée pour une régression linéaire multiple avec six prédicteurs, à savoir le Culture Change, l'âge, le genre, l'unité, la durée d'institutionnalisation, le nombre de lits dans l'institution, et une variable dépendante « score de qualité de vie », un paramètre $\alpha = 0.05$ et une puissance de 0.95 est de 146 participants. Nous avons été contraints de limiter notre échantillon en veillant à ce qu'il soit le plus élevé possible dans les limites de faisabilité. En effet, nous avons visé un échantillon de 100 résidents, à savoir 10 résidents dans chacune des 10 maisons de repos. Au total, nous avons interrogé 96 résidents. Cependant, nous avons effectué un tri car certains participants ne correspondaient finalement pas aux critères de notre étude (démence, court séjour) et d'autres ont décidé de mettre un terme à leur participation à l'étude. L'échantillon final comprenait 86 participants.

Notre échantillon était composé d'individus avec un âge moyen de 82.3 ans et comptait 61 femmes (70.9%) et 25 hommes (29.1%). Dans cet échantillon, 60 (69.8%) résidents séjournaient en unité maison de repos (MR) et 26 (30.2%) résidents en maisons de repos et de soins (MRS). La durée d'institutionnalisation de ceux-ci variait entre 3 et 125 mois avec une moyenne de 31.1 mois.

L'anonymat des participants a été conservé. Lors de l'encodage des données dans un fichier Excel, le nom de chaque participant a été effacé du fichier de données et remplacé par un code qui est seulement connu du chercheur (01, 02, ...). Celui-ci a été utilisé pour l'ensemble du protocole. Une clé de décodage avec les noms et les codes des participants a été conservée dans un fichier séparé sur l'ordinateur du chercheur. De plus, certaines données sociodémographiques ont été demandées aux participants telles que l'âge, le genre (homme, femme, autres), l'unité (Maison de repos ou Maison de repos et de soins) et la durée d'institutionnalisation. Ces informations recueillies n'étaient pas suffisantes pour identifier les participants.

4.2 Matériel

Une méthode quantitative a été appliquée dans cette étude. Pour cela, nous avons utilisé des questionnaires afin d'évaluer à la fois le degré d'implémentation de Culture Change et la qualité de vie des résidents en maison de repos. Nous avons construit des versions adaptées de questionnaires récemment validés par la littérature afin que ceux-ci correspondent au mieux à notre étude.

Comme expliqué précédemment, il n'est pas aisé de trouver un questionnaire scientifiquement robuste pour évaluer la qualité de vie. En effet, le concept de qualité de vie est un concept difficile à définir et, par conséquent, difficile à évaluer précisément (Hambleton et al., 2009). Bien que la qualité de vie puisse être évaluée à partir d'indicateurs objectifs et subjectifs, l'approche subjective considérée comme méthode à privilégier pour l'évaluation de la qualité de vie (Netuveli & Blane, 2008) a été choisie dans le cadre de cette étude pour évaluer la qualité de vie des résidents en maison de repos. La méthodologie de cette étude consiste à récolter le point de vue des résidents uniquement.

Nous nous sommes inspirés du questionnaire « Minnesota Long-Stay Resident Quality of Life Survey », une échelle multidimensionnelle et autodéclarée, pour construire notre questionnaire de qualité de vie des résidents en maison de repos (Annexe 4). Il s'agit d'une version révisée du questionnaire de Kane et ses collègues de l'Université du Minnesota (Kane et al., 2003). Le Minnesota Department of Human Services a révisé une première fois le questionnaire avec la contribution d'experts en enquête, d'experts en qualité de vie, de résidents, de familles et de prestataires de soins. Xu et al. (2024) ont ensuite vérifié les données psychométriques de ce questionnaire et ont créé une nouvelle version de cette enquête, plus courte, plus équilibrée, plus sélective, plus valide et fiable (Xu et al., 2024). La révision de cet outil était utile et nécessaire en raison des défis et des priorités actuels dans les maisons de repos qui varient avec l'évolution des soins et l'évolution des attentes des résidents (Xu et al., 2024). Les questions de cet outil s'articulent autour de la satisfaction de la vie quotidienne des résidents, la qualité des services et des soins ainsi que l'humeur (Xu et al., 2024). Celui-ci a montré de bonnes qualités psychométriques, à savoir une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach = 0.9) et une bonne validité de construit (Xu et al., 2024).

Les avantages de ce questionnaire sont multiples. Tout d'abord, il s'agit d'un outil spécifique aux résidents en maison de repos qui a été récemment révisé et validé (Xu et al., 2024). Ensuite, la littérature préconise une échelle multidimensionnelle et autodéclarée pour l'évaluation de la qualité de vie des résidents en maison de repos (Kane et al., 2003). Par ailleurs, ce questionnaire répond aux lacunes de questionnaires de qualité de vie existants, puisqu'il intègre à la fois les besoins individuels et le bien-être psychologique (del Rocío Santana-Berlanga et al., 2020), plutôt que de se focaliser uniquement sur l'un ou l'autre.

Nous avons révisé cette dernière version pour différentes raisons (Annexe 5). Tout d'abord, il était nécessaire de réduire le nombre d'items présents dans le questionnaire afin qu'il ne soit pas trop éprouvant, contraignant pour les résidents. Dans notre étude, nous avons utilisé une approche centrée sur la personne, semblable à celle qui est utilisée dans le Culture Change, pour sélectionner nos items. Par exemple, pour choisir entre deux items tels que « aimez-vous la nourriture qui vous est servie ici ? » et « avez-vous votre plat préféré ici ? », le second item a été conservé car il est davantage en adéquation avec une approche centrée sur la personne.

Le questionnaire final de la qualité de vie des résidents en maison de repos comprend 27 items répartis en 10 domaines (Annexe 4). Ceux-ci incluent la perception globale de la qualité de vie, les activités significatives, le plaisir de manger, les soins avec dignité, la qualité des services, l'autonomie, l'indépendance, la communication avec le personnel, les émotions. Par souci de sensibilité des réponses, les modalités de réponse ont été modifiées par rapport à la version originale. Dans la version révisée, nous avons opté pour une échelle de Likert allant de 0 (pas du tout) à 10 (tout à fait). Les résidents devaient se positionner sur cette échelle en fonction de leur vécu au sein de l'institution.

Afin d'évaluer le degré d'implémentation du Culture Change dans chaque maison de repos, le questionnaire « Artifacts of Culture Change 2.0 » a été utilisé. Il s'agit d'une nouvelle version de « l'Artifacts of Culture Change » développée par Karen Schoeneman et Carmen Bowman (Pioneer Network, 2021b). Cet outil multidimensionnel a été révisé dans le but de proposer un outil plus complet, accessible et adaptable (Pioneer Network, 2021a).

Cette nouvelle version a été révisée et adaptée à notre étude (Annexe 6). Le tri des items a été effectué selon différents critères (Annexe 7).

Le questionnaire “Artifacts of Culture Change 2.0” a été élaboré pour être administré conjointement par les résidents, le directeur, le personnel et les familles (Pioneer Network, 2021a). Cependant, dans le cadre de cette recherche et dans un souci de faisabilité, notre méthode était la suivante : répondre par nous-mêmes aux items du questionnaire et faire compléter les items auxquels nous n’avons pas su répondre par le directeur de la MR/MRS. Pour un souci de sensibilité, nous avons décidé de supprimer les items qui étaient créés pour être répondus par les résidents. Les critères de suppression des items sont décrits à l’Annexe 7. Nous avons souhaité réduire le biais de désirabilité sociale (Shields et al., 2018) en complétant nous-mêmes un maximum d’items du questionnaire « Artifacts of Culture Change 2.0 » via nos observations personnelles (Annexe 8). Pour tenter d’objectiver au maximum les déclarations des directeurs quant aux pratiques du Culture Change mises en place dans leur institution, nous avons créé une grille de critères d’évaluation révisant certains items (Annexe 8).

Le questionnaire final est composé de 124 items répartis en 5 domaines : la vie dirigée par les résidents ; être bien connu ; l’environnement familial et l’adaptation des besoins et préférences ; la famille et la communauté ; le leadership et l’engagement (Annexe 6).

Tout comme pour le questionnaire évaluant la qualité de vie, par souci de sensibilité des réponses, les modalités de réponse ont été modifiées par rapport à la version originale. Dans la version révisée, nous avons opté pour une échelle de Likert allant de 0 (pas une pratique courante) à 10 (entièrement mis en œuvre). Il était demandé aux participants de se positionner sur cette échelle en fonction des pratiques mises en œuvre dans leur institution.

Le choix des items a été minutieusement réalisé en fonction du thème de la recherche, de la littérature scientifique, de l’esprit critique des chercheurs quant à la pertinence des items et des domaines (Annexe 7). Ces choix ont été effectués afin de rendre le questionnaire plus sensible.

Les deux questionnaires ont été traduits afin qu’ils soient adaptés à notre public cible. Cette traduction s’est déroulée en plusieurs étapes. Une première traduction a été réalisée par les chercheurs à l’aide de leurs connaissances basées sur un niveau C1 et ainsi que des traducteurs en ligne. Ensuite, deux personnes bilingues ont été contactées afin de traduire les

questionnaires. Enfin, ces traductions ont été analysées et corrigées par les chercheurs avec l'aide d'un expert dans le secteur des maisons de repos.

4.3 Procédure

Concernant le recrutement des maisons de repos, un contact téléphonique entre les chercheurs et des directeurs de maisons de repos en province de Liège a d'abord eu lieu. Durant cet appel, des informations à propos de l'étude ont été communiquées, telles que le thème de la recherche, une explication approfondie du mouvement Culture Change et la procédure envisagée. Une lettre d'information reprenant des explications détaillées sur la procédure a ensuite été envoyée par mail aux maisons de repos qui acceptaient de se renseigner sur la recherche (Annexe 9). Lorsque les directeurs ont répondu favorablement à cette étude, nous nous sommes rendus dans ces institutions. Le recrutement des maisons de repos a été initié en février 2024 et s'est clôturé en avril 2024.

La procédure de collecte de données en institution n'a pas suivi d'ordre particulier. En effet, l'administration des questionnaires aux directeurs et aux résidents des maisons de repos s'est adaptée aux contraintes de disponibilité de chacun.

Avant de commencer la phase de recrutement des résidents, nous avons demandé aux directeurs de nous fournir une liste des résidents répondant aux critères d'inclusion de notre étude, à savoir des résidents inscrits en long-séjour sans démence modérée à sévère. Ensuite, le recrutement des résidents a été réalisé par démarchage direct au sein de l'établissement en effectuant du porte-à-porte. Une discussion avec le directeur a eu lieu si ce dernier envisageait un autre mode de recrutement des résidents. Avant de leur proposer de participer à notre étude, nous avons vérifié la disponibilité des résidents, c'est-à-dire que nous avons vérifié auprès d'eux que notre présence n'entravait pas le cours normal de leurs activités quotidiennes. Lorsque les résidents acceptaient de participer à notre étude, nous leur avons d'abord fourni les informations concernant l'étude (Annexe 1), garanti la préservation de l'anonymat et récolté leur consentement éclairé pour leur participation à l'étude (Annexes 3).

Une fois ces étapes réalisées, nous avons mené des entretiens directifs en face-à-face sur base d'un questionnaire papier administré oralement aux résidents. Des consignes quant au

déroulement de l'entretien tels que la durée de l'entretien, le type de questions posées et les modalités de réponses ont été fournies. Durant ces entretiens, nous avons complété nous-même le questionnaire papier sur base des réponses des résidents quant à leur positionnement sur l'échelle de Likert allant de 0 à 10. Bien qu'initialement, des entretiens de 20 minutes étaient prévus, la durée de ceux-ci s'est avérée plus longue allant de 30 minutes à 2h30.

Concernant la complétion du questionnaire « Artifacts of Culture Change 2.0 », la procédure consistait à observer les caractéristiques et le fonctionnement de chaque structure, afin, dans un premier temps, de compléter nous-mêmes ce questionnaire. Cette méthode vise à réduire au maximum un biais de désirabilité sociale qui peut apparaître lorsqu'on interroge les directeurs de maison de repos. En effet, les réponses des directeurs pourraient être influencées par une attention portée à leur image et aux conséquences que cela pourrait avoir sur leur établissement (Shields et al., 2018). Ensuite, après avoir récolté le consentement éclairé du cadre de chaque structure (Annexe 3) et garanti l'anonymat, un entretien directif a été réalisé afin de compléter les données manquantes du questionnaire sur le Culture Change. Des consignes quant au déroulement de l'entretien telles que la durée de l'entretien, le type de questions posées et les modalités de réponses ont été fournies avant de démarrer celui-ci. Bien que la durée des entretiens initialement prévue était de 20 minutes, celle-ci s'est avérée plus longue allant de 1h à 2h30.

5. Analyses des données

Toutes les analyses de données ont été réalisées à l'aide d'Excel 16.78.3 de Jamovi 2.6.26. Le logiciel Excel a été utilisé pour l'encodage des données. Jamovi a été utilisé pour les analyses descriptives et inférentielles. Le seuil de significativité a été défini à 5% ($p < 0.05$).

Lors des entretiens avec les résidents et les directeurs, ceux-ci ont beaucoup réagi à propos des items des questionnaires. En effet, bien qu'initialement, nous n'avions pas prévu de modifier les scores subjectifs des participants, et pour un souci de plausibilité des données, il nous a semblé que la révision des scores était pertinente, surtout pour le questionnaire sur le Culture Change, qui est plutôt centré sur des indicateurs objectifs, des faits du fonctionnement des maisons de repos (Annexe 9).

En effet, dans notre méthodologie, nous avons voulu éviter au maximum les biais de désirabilité sociale rencontrés lorsque les directeurs sont interrogés au sujet du Culture Change dans leur établissement en répondant nous-mêmes à plusieurs items. En cohérence avec cette préoccupation, et sur base des propos et réactions des directeurs lors de la complétion du questionnaire, nous avons considéré posséder suffisamment d'éléments utiles pour réduire à nouveau ces biais. Un tableau d'évaluation avec des critères bien précis a été créé afin de réduire l'impact de notre subjectivité et d'augmenter l'objectivité des résultats (Annexe 8).

Concernant les résidents, il nous a semblé pertinent de créer un tableau de critères d'évaluation pour plusieurs items suscitant des difficultés de réponse chez les résidents (Annexe 10). Par exemple, à l'item « Aimez-vous les activités programmées ici ? », plusieurs résidents éprouvaient des difficultés à répondre, notamment parce qu'ils ne participaient jamais aux activités ou que celles-ci ne les intéressaient pas. Dès lors, nous avons pris l'initiative d'attribuer à cet item le score de 0 sur l'échelle de Likert allant de 0 à 10 en raison de l'absence de réponse.

Ainsi, deux modèles ont été créés. Un premier modèle reprenant les scores résultant des propos recueillis auprès des résidents et des directeurs et un second modèle révisé par nos soins sur base des propos des résidents et des directeurs et d'une grille de cotation des items (Annexes 8 et 10). La modification des valeurs des items a été effectuée lorsqu'il y avait suffisamment d'informations transmises par les participants.

Des statistiques descriptives ont été utilisées afin de détailler les caractéristiques de l'échantillon, à la fois pour les résidents via les données sociodémographiques et pour les maisons de repos.

Des statistiques inférentielles ont été réalisées pour tester notre hypothèse, à savoir, **le Culture Change est un prédicteur de la qualité de vie des résidents en maison de repos.** Nous avons utilisé une régression linéaire simple pour tester l'effet des pratiques du Culture Change sur la qualité de vie des résidents. Pour vérifier notre seconde hypothèse, **le Culture Change reste un prédicteur de la qualité de vie des résidents en maison de repos même après que les variables de l'âge, du genre, de l'unité, de la durée d'institutionnalisation et du nombre de lit aient été contrôlées**, nous avons ensuite réalisé une régression linéaire multiple afin de tester l'effet des pratiques du Culture Change sur la qualité de vie des résidents, en contrôlant les covariables associées à la qualité de vie telles que l'âge, le genre, l'unité, la durée d'institutionnalisation et le nombre de lits.

6. Résultats

6.1 Analyses descriptives

6.1.1 Echantillon

Pour la récolte de données, nous avons interrogé 96 résidents issus de 10 maisons de repos distinctes et les 10 directeurs de celles-ci. Cependant, certains résidents ont été exclus de l'étude pour différentes raisons. Pour certains, nous avons réalisé tardivement, c'est-à-dire après avoir reçu leur accord pour la participation à l'étude, qu'ils ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. En effet, certains étaient en court séjour, et, en si peu de temps, cela semble difficile d'avoir une perception globale du fonctionnement de la maison de repos et des ressentis. Pour d'autres, nous avons identifié des signes de démence assez importants susceptibles de biaiser la validité des réponses au questionnaire. Ensuite, certains résidents n'ont pas souhaité poursuivre le questionnaire. Enfin, nous avons décidé d'exclure 3 résidents car leur taux de non-réponses était trop élevé pour le questionnaire évaluant la qualité de vie qui comporte 27 items (5 items manquants pour deux sujets et 6 items manquants pour un sujet). L'échantillon final comprend donc 86 résidents. Les tableaux ci-dessous présentent les données sociodémographiques de notre échantillon.

Tableau 1. Variables sociodémographiques des résidents (N=86)

	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Âge (en années)	82.3	8.77	60.00	101
Durée d'institutionnalisation (en mois)	31.1	25.40	3.00	125
Nombre de lits dans l'institution	120.1	44.49	55.00	200

Tableau 2. Fréquences de la variable « Genre »

Genre	Fréquences	%
Homme	25	29.1%
Femme	61	70.9%

Tableau 3. *Fréquences de la variable « Unité » des maisons de repos*

Unité	N	%
Maison de repos (MR)	60	69.8%
Maison de repos et de soins (MRS)	26	30.2%

6.1.2 *Implémentation du Culture Change*

Après la récolte des données, 10 items ont été supprimés suite aux difficultés de compréhension de ces items rencontrées par les directeurs, ces biais de compréhension pouvant affecter la validité des résultats (Annexe 11). Afin d'obtenir les scores totaux de chaque domaine repris dans l'Artifacts of Culture Change 2.0, nous avons additionné les valeurs des réponses aux items correspondant à chaque domaine. Le score total d'implémentation de Culture Change a été calculé en additionnant les totaux de chaque domaine. Pour cet outil, un score de 1140 représente le score total maximum d'implémentation de Culture Change pouvant être atteint, ce qui signifie que le Culture Change est entièrement mis en œuvre au sein de l'établissement. Les valeurs maximales possibles des scores totaux des différents domaines correspondent à 330 pour la dimension « vie dirigée par les résidents », 100 pour la dimension « être bien connu », 350 pour la dimension « environnement », 100 pour la dimension « communauté et famille » et 260 pour la dimension « Leadership ». Le tableau 4 ci-dessous décrit les valeurs descriptives pour chaque domaine de la variable Culture Change.

Tableau 4. *Domaines de la variable Culture Change (N=86)*

	Moyenne (%)	Écart-type	Minimum	Maximum
Vie dirigée par les résidents	192.3 (58.27%)	34.2	135.0	247.0
Être bien connu	66.7 (66.7%)	17.6	20.0	82.0
Environnement	195.4 (55.83%)	47.6	127.0	255.0
Communauté et famille	58.7 (58.7%)	15.3	29.0	79.0
Leadership	112.8 (43.38%)	33.3	54.0	164.0
Culture Change total	626.0 (54.96%)	130.4	401.0	768.0

Note : les valeurs en pourcentage des moyennes correspondent au pourcentage du score maximal de chaque domaine

6.1.3 *Qualité de vie*

Certains items (6, 25, 26) du questionnaire de qualité de vie sont des items inversés. Dès lors, nous avons veillé à ce que ces items soient reconvertis lors de l'encodage. Nous avons additionné les valeurs obtenues pour chaque item afin d'obtenir le score total de chaque domaine de qualité de vie. Le score total de qualité de vie a été calculé en additionnant les totaux de chaque domaine. Pour cet outil, un score de 270 représente le score total maximum de qualité de vie pouvant être atteint. Les valeurs maximales possibles des scores totaux des différents domaines correspondent à 10 pour la dimension « perception globale », 20 pour la dimension « activités significatives », 20 pour la dimension « plaisir de manger », 30 pour la dimension « environnement », 40 pour la dimension « soins avec dignité », 30 pour la dimension « qualité des services », 20 pour la dimension « autonomie », 30 pour la dimension « indépendance », 40 pour la dimension « communication avec le personnel », et 30 pour la dimension « humeur ». Le tableau 4 ci-dessous décrit les valeurs descriptives pour chaque domaine de la variable qualité de vie.

Tableau 5. Domaines de la variable « qualité de vie » (N=86)

	Moyenne (%)	Écart-type	Minimum	Maximum
Perception globale	7.37 (73.7%)	2.13	0.00	10.0
Activités significatives	13.12 (65.6%)	4.73	0.00	20.0
Plaisir de manger	14.82 (74.1%)	3.10	6.22	20.0
Environnement	26.06 (86.87%)	2.83	16.00	30.0
Soins avec dignité	33.96 (84.9%)	3.67	25.83	40.0
Qualité des services	24.89 (83%)	3.43	13.00	30.0
Autonomie	16.96 (84.8%)	2.50	6.00	20.0
Indépendance	26.12 (87.07%)	2.91	17.00	30.0
Communication avec le personnel	29.75 (74.37%)	5.70	13.69	39.6
Humeur	21.90 (73%)	5.95	0.00	30.0
Qualité de vie totale	214.95 (79.62%)	24.68	156.38	261.0

Note : les valeurs en pourcentage des moyennes correspondent au pourcentage du score maximal de chaque domaine

6.2 Analyses inférentielles

6.2.1 Hypothèse principale

Pour rappel, l'hypothèse principale était que le Culture Change est un prédicteur de la qualité de vie des résidents en maison de repos.

Avant la réalisation des analyses statistiques, nous avons vérifié que les scores de qualité de vie étaient normalement distribués à l'aide du test de Shapiro-Wilk, qui a indiqué une distribution normale.

Pour répondre à notre hypothèse principale, nous avons utilisé un modèle de régression linéaire simple. Notre hypothèse nulle était que le Culture Change ne prédit pas significativement la qualité de vie des résidents. L'hypothèse alternative était que le Culture Change est un prédicteur significatif de la qualité de vie.

A partir du modèle révisé dans la section « analyse des données », nous avons réalisé une régression linéaire simple avec le score total de qualité de vie comme variable dépendante et le score total du Culture Change comme prédicteur.

Tableau 6. Résultats de la régression linéaire simple de l'hypothèse principale (N=86)

Modèle	R	R ²	R ² ajusté	Erreur quadratique moyenne (RMSE)	Test de modèle général			
					F	ddl1	ddl2	p
1	0.227	0.0517	0.0404	23.9	4.58	1	84	0.035

Tableau 7. Résultats de la régression linéaire simple de l'hypothèse principale (N=86)

	Somme des carrés	ddl	Carrés moyens	F	p
Culture Change	2677	1	2677	4.58	0.035
Résidus	49088	84	584		

Note : somme des carrés de type 3

Tableau 8. Coefficients du modèle de régression linéaire simple de l'hypothèse principale (N=86)

Prédicteur	Estimation	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%		t	p	Estimation standard
			Borne inf	Supérieur			
Ordonnée à l'origine	188.0191	12.8519	162.46169	213.5765	14.63	<.001	
Culture Change	0.0430	0.0201	0.00305	0.0830	2.14	0.035	0.227

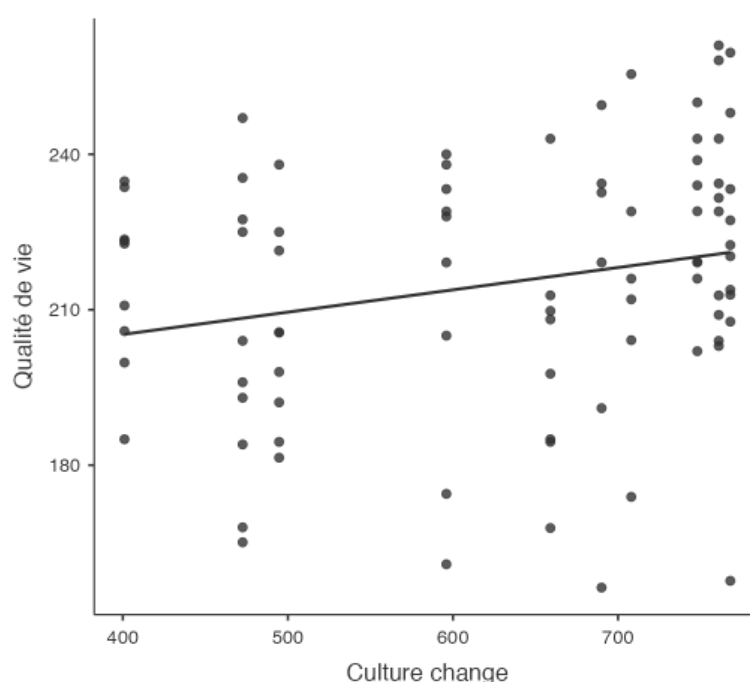


Figure 1. Diagramme de dispersion de la variable qualité de vie sur la variable Culture Change

Note : le coefficient de corrélation $R = 0.23$ ($p = 0.04$)

Une régression linéaire simple a été réalisée afin d'observer si le Culture Change peut prédire la qualité de vie des résidents. Nous avons vérifié l'absence de cas influents sur le modèle avec la distance de Cook ainsi que l'absence d'« outliers » avec les résidus de Student. Le graphe de dispersion des résidus du modèle de régression indique une relation linéaire entre les variables qualité de vie et Culture Change.

Les résultats à ce test sont repris dans les tableaux 6, 7 et 8. Les scores de Culture Change expliquaient une part significative de la variance de score de qualité de vie, $F(1, 84) = 4.58$, p

= 0.04, $R^2 = .05$, $R^2_{ajusté} = .04$. Une valeur de p inférieure à .05 est constatée, ce qui nous amène à rejeter l'hypothèse nulle. Cela suggère que le Culture Change est prédicteur d'une partie significative de la qualité de vie des résidents en maison de repos dans le modèle global. Ensuite, 5% de la variance de la qualité de vie est expliquée par le Culture Change ($R^2 = .05$).

Le coefficient de régression ($B = 0.04$, IC à 95 % [0.003, 0.08]) indiquait qu'une augmentation d'un point du score de Culture Change correspond à une augmentation du score de qualité de vie de 0.04 points.

6.2.2 Hypothèse secondaire

Pour rappel, l'hypothèse secondaire était que le Culture Change reste un prédicteur de la qualité de vie des résidents en maison de repos, même après avoir contrôlé les variables de l'âge, du genre, de l'unité, de la durée d'institutionnalisation et du nombre de lits.

Avant de procéder aux analyses statistiques, nous avons vérifié que les scores de qualité de vie étaient normalement distribués à l'aide du test de Shapiro-Wilk, qui a indiqué une distribution normale.

Pour répondre à notre hypothèse secondaire, nous avons utilisé un modèle de régression linéaire multiple. Notre hypothèse nulle était que le Culture Change ne prédit pas significativement la qualité de vie des résidents lorsqu'on contrôle pour les variables de l'âge, du genre, de l'unité, de la durée d'institutionnalisation et du nombre de lits. L'hypothèse alternative était que le Culture Change est un prédicteur significatif de la qualité de vie des résidents en maison de repos lorsqu'on contrôle les variables de l'âge, du genre, de l'unité, de la durée d'institutionnalisation et du nombre de lits.

Tableau 9. Résultats du modèle de régression linéaire multiple pour l'hypothèse secondaire ($N=86$)

Modèle	R	R^2	$R^2_{ajusté}$	Erreur quadratique moyenne (RMSE)	Test de modèle général			
					F	ddl1	ddl2	p
1	0.430	0.185	0.123	22.1	2.99	6	79	0.011

Tableau 10. Résultats du modèle de régression linéaire multiple pour l'hypothèse secondaire (N=86)

	Somme des carrés	ddl	Carrés moyens	F	p
Culture Change	1979.14	1	1979.14	3.7058	0.058
Genre	6.49	1	6.49	0.0121	0.913
Âge	2651.93	1	2651.93	4.9656	0.029
Unité	2318.60	1	2318.60	4.3415	0.040
Durée d'institutionnalisation	3244.40	1	3244.40	6.0750	0.016
Nombre de lits	342.88	1	342.88	0.6420	0.425
Résidus	42190.66	79	534.06		

Note : somme des carrés de type 3

Tableau 11. Coefficients de régression du modèle de régression linéaire multiple pour l'hypothèse secondaire (N=86)

Prédicteur	Estimation	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%		t	p	Estimation standard
			Borne inf	Supérieur			
Ordonnée à l'origine ^a	151.1281	26.3138	98.75183	203.5043	5.743	<.001	
Culture Change	0.0381	0.0198	-0.00129	0.0774	1.925	0.058	0.2011
Genre	0.6557	5.9493	-	12.4975	0.110	0.913	0.0266
			11.18602				
Âge	0.6887	0.3090	0.07353	1.3038	2.228	0.029	0.2446
Unité	-12.1658	5.8388	-	-0.5440	-	0.040	-0.4930
			23.78766		2.084		
Durée d'institutionnalisation	-0.2496	0.1013	-0.45115	-0.0480	-	0.016	-0.2569
					2.465		
Nombre de lits	-0.0473	0.0590	-0.16479	0.0702	-	0.425	-0.0853
					0.801		

^a Représente le niveau de référence

Les tableaux 9, 10 et 11 montrent les résultats du modèle de régression linéaire multiple utilisé afin d'examiner si le Culture Change prédit la qualité de vie des résidents, même après avoir contrôlé les variables du genre, de l'âge, de l'unité (MR ou MRS), de durée d'institutionnalisation et du nombre de lits.

Les analyses ont montré que le modèle global de régression prédisait une part significative de la variance dans les scores de qualité de vie, $F(6,79) = 2.99, p = .01, R^2 = .19, R^2_{ajusté} = .12$.

Les résultats n'ont pas montré d'effet statistiquement significatif d'un effet positif du Culture Change sur la qualité de vie des résidents, ce qui signifie que le Culture Change n'est plus un prédicteur significatif de la qualité de vie après ajustement des variables, $\beta = .2, t(79) = 1.93, p = .06$. Une valeur de p supérieure à .05 est constatée. Par conséquent, nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse nulle.

6.2.3 *Analyses exploratoires*

Les tableaux 9, 10 et 11 montrent les résultats d'une régression linéaire multiple qui, initialement, nous était utile afin d'analyser si le Culture Change était un prédicteur significatif de la qualité de vie des résidents. Il nous a semblé utile de nous intéresser également aux variables du genre, de l'âge, de l'unité, de la durée d'institutionnalisation et du nombre de lits dans l'institution afin d'examiner si celles-ci pouvaient expliquer une partie de la variance des scores de qualité de vie. Pour rappel, les analyses ont montré que le modèle global de régression prédisait une part significative de la variance dans les scores de qualité de vie, $F(6,79) = 2.99, p = .01, R^2 = .19, R^2_{ajusté} = .12$.

Notre hypothèse nulle était que chaque covariable ne prédit pas significativement la qualité de vie après contrôle des autres covariables. L'hypothèse alternative était que chaque covariable était un prédicteur significatif de la qualité de vie après contrôle des autres covariables.

Avant la réalisation des analyses statistiques, nous avons vérifié que les scores de qualité de vie suivaient une distribution normale à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Pour répondre à cette question, nous avons utilisé le même modèle de régression linéaire multiple que celui réalisé pour le test de l'hypothèse secondaire. Les résultats sont représentés dans les tableaux 9, 10 et 11.

Le score de l'âge était un prédicteur significatif du score de qualité de vie ($B = 0.69$, $\beta = .25$, $t(79) = 2.23$, $p = .03$). Une augmentation d'un point du score de l'âge, qui équivaut à une augmentation d'une année, correspond à une augmentation du score de qualité de vie de 0.69 points (IC à 95 % [0.07, 1.3]).

L'unité (MR ou MRS) était un prédicteur significatif du score de qualité de vie ($B = -12.17$, $\beta = -.49$, $t(79) = 2.08$, $p = .04$). Ceci indique qu'en unité MRS, le score total de la qualité de vie diminue de 12.17 comparé à la qualité de vie en unité MR (IC à 95 % [-23.79, -0.54]).

Le score de la durée d'institutionnalisation était un prédicteur significatif du score de qualité de vie ($B = -0.25$, $\beta = -.26$, $t(79) = -2.47$, $p = .02$) avec une augmentation d'un point du score de durée d'institutionnalisation correspond à une diminution du score de qualité de vie de 0.25 points IC à 95 % [-0.45, -0.05].

Le score du genre n'était pas un prédicteur significatif du score de qualité de vie ($\beta = .03$, $t(79) = 0.11$, $p = .91$, IC à 95 % [-11.19, 12.5]).

Le score du nombre de lits n'était pas un prédicteur significatif du score de qualité de vie ($\beta = -.06$, $t(79) = -0.8$, $p = .43$, IC à 95 % [-0.17, 0.07]).

L'unité (MR et MRS) présente l'estimation standard la plus élevée. Dès lors, cette variable semble avoir l'effet le plus fort sur la qualité de vie ($\beta = -0.49$; $p = 0.04$), à savoir que les résidents en MRS semblent avoir une qualité de vie plus faible que les résidents en MR. Ensuite, l'effet de la durée d'institutionnalisation a montré un effet significatif bien qu'il soit plus faible que celui de l'unité. Enfin, l'âge a montré l'effet significatif le moins élevé.

7. Interprétation et discussion

7.1 Retour sur les hypothèses et interprétation des résultats

La présente recherche a été réalisée à partir du constat que les effets du Culture Change sur la qualité de vie des résidents en maison de repos demeurent encore peu explorés, alors même que ces approches ont pour objectif principal l'amélioration de cette qualité de vie. Par ailleurs, si certaines études ont mis en évidence des effets positifs entre le Culture Change et la qualité de vie des résidents en maisons de repos (Burack et al., 2012b ; Kane et al., 2007 ; Rill & Gonzalez., 2019), peu d'entre elles ont montré des résultats concrets et valides statistiquement (Duan et al., 2021). En outre, la littérature a identifié des problèmes de validité quant aux méthodes utilisées.

Par cette étude, nous souhaitons étayer les recherches examinant le lien entre les pratiques du Culture Change et la qualité de vie des résidents en tenant compte des limites méthodologiques soulevées par la littérature.

D'autre part, avec le développement du Culture Change en Belgique, nous souhaitons explorer les effets de ces nouvelles pratiques sur la qualité de vie des seniors institutionnalisés dans notre environnement culturel et géographique.

Ce mémoire avait donc pour objectif d'examiner le lien entre les pratiques du Culture Change et la qualité de vie des résidents en maison de repos.

Conformément à l'objectif principal du mouvement Culture Change qui est d'améliorer la qualité de vie des résidents et en nous appuyant sur les résultats identifiés lors d'études antérieures, nous nous attendions à ce que la relation entre le Culture Change et la qualité de vie soit positive. Notre première hypothèse était la suivante : le Culture Change est un prédicteur de la qualité de vie des résidents en maison de repos.

La qualité de vie des résidents en maison de repos étant influencée par de nombreux facteurs liés aux résidents et à l'établissement, évaluer les effets des seules pratiques du Culture Change sur la qualité de vie des résidents peut s'avérer difficile. Dès lors, notre seconde hypothèse était la suivante : le Culture Change reste un prédicteur de la qualité de vie des résidents en maison de repos, même après que les variables de l'âge, du genre, de l'unité, de la durée d'institutionnalisation et du nombre de lits aient été contrôlées.

D'un point de vue méthodologique, nous sommes entrés en contact avec 10 maisons de repos en province de Liège. Nous avons observé leur fonctionnement et les pratiques de Culture Change mises en place. Sur base de ces observations personnelles, nous avons complété une partie du questionnaire basé sur le questionnaire Artifacts of Culture Change 2.0 développé par Schoeneman & Bowman (Pioneer Network, 2021a). Ce questionnaire a ensuite été soumis aux directeurs de chaque établissement afin d'achever sa complétion. Ensuite, nous avons mené des entretiens individuels avec une dizaine de résidents par institution afin d'évaluer leur qualité de vie. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur le questionnaire « Minnesota Long-Stay Resident Quality of Life Survey », présentant une échelle multidimensionnelle et autodéclarée, conformément aux recommandations de la littérature (Rodríguez-Martínez et al., 2023).

Ces deux questionnaires ont été légèrement modifiés pour se conformer au contexte de notre étude (Annexes 4 et 6). Certains items non pertinents ont été supprimés de l'Artifacts of Culture Change 2.0 (Annexe 7). Plusieurs items du « Minnesota Long-Stay Resident Quality of Life Survey » ont été supprimés afin de minimiser le biais de fatigabilité dû à la longueur (Annexe 5). Nous avons également souhaité réduire le biais de désirabilité sociale en complétant nous-mêmes un maximum d'items du questionnaire « Artifacts of Culture Change 2.0 » via nos observations personnelles et en créant une grille de critères d'évaluation (Annexe 8). Pour tenter d'objectiver au maximum les déclarations des directeurs quant aux pratiques du Culture Change mises en place dans leur institution, nous avons également créé une grille de critères d'évaluation standardisée (Annexe 8).

Pour rappel, nos hypothèses étaient que **le Culture Change est un prédicteur de la qualité de vie des résidents en maison de repos** et que **le Culture Change reste un prédicteur de la qualité de vie des résidents en maison de repos, même après que les variables de l'âge, du genre, de l'unité, de la durée d'institutionnalisation et du nombre de lit aient été contrôlées.**

Bien que les résultats soient significatifs pour la première hypothèse, ceux-ci ne permettent pas d'affirmer notre seconde hypothèse. En effet, les résultats de notre recherche n'ont pas montré d'effet statistiquement significatif sur la qualité de vie après ajustement des variables de l'âge, du genre, de l'unité, de la durée d'institutionnalisation et du nombre de lits. Cela n'implique pas que l'effet soit nul mais cette recherche n'a pas permis de le détecter avec

suffisamment de confiance. Le Culture Change pourrait donc ne pas être un prédicteur robuste de la qualité de vie.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les pratiques du Culture Change mises en œuvre dans les maisons de repos ne soient pas encore suffisantes. En effet, des études ont montré que ce sont les maisons de repos les plus avancées en termes d'adoption du Culture Change qui obtiennent les meilleurs résultats en termes d'amélioration de la qualité de vie des résidents (Poey et al., 2017). Plusieurs études soulignent que de réels avantages sur la qualité de vie apparaissent lorsque le Culture Change est mis en œuvre de manière complète et durable (Burack et al., 2012b ; Kane et al. 2007 ; Poey et al., 2017).

L'absence d'effet significatif du Culture Change sur la qualité de vie des résidents dans cette étude pourrait également être attribué au fait que les pratiques du Culture Change mises en place par les institutions ne soient pas les plus déterminantes quant à leur impact sur la qualité de vie. En effet, nous pouvons envisager que l'impact sur la qualité de vie ne résulte pas de la quantité de pratiques mises en œuvre mais plutôt de la valeur et de l'adéquation de certaines interventions pour répondre aux besoins spécifiques des résidents (Caspar et al., 2020 ; Koren et al., 2010). Plusieurs études ont relevé les domaines du Culture Change ayant le plus d'impact sur la qualité de vie. Parmi ceux-ci, il semblerait que le prédicteur le plus significatif de la qualité de vie des résidents soit les relations avec le personnel, la famille, les autres résidents et la communauté (McCabe et al., 2021). Or, la littérature indique que les conversations entre le personnel et les résidents seraient souvent limitées aux soins et aux tâches professionnelles. Par manque de temps du personnel, les conversations significatives et plus personnelles seraient peu fréquentes et de courte durée (McCabe et al., 2021). Les relations superficielles avec les autres résidents et le personnel, la difficulté d'entrer en relation avec des résidents ayant des capacités mentales différentes et le sentiment de non-appartenance chez les résidents (Gardiner et al., 2020) démontrent la complexité de la mise en place des pratiques liées à ce domaine. Le manque de temps du personnel pourrait également expliquer la difficulté de mise en place de l'autodétermination des résidents. En effet, l'agrandissement des structures et la pénurie du personnel induisent des pratiques articulées sur la nécessité de l'organisation et la standardisation des routines privilégiant l'efficacité des soins au détriment de l'autonomie des résidents (Balthasart et al., 2022). Ceci peut constituer un frein à l'autodétermination prônée par le Culture Change (McCabe et al., 2021). Un autre élément qui découle de la réalité de nos institutions et en particulier des effectifs limités concerne la satisfaction du personnel. Les

conditions de travail difficiles pourraient être des sources de tensions ne permettant pas aux travailleurs de se sentir bien dans l'institution. Or, Chou et al. (2003) ont identifié une relation positive statistiquement significative entre la satisfaction du personnel et celle des résidents.

Malgré l'absence de résultats significatifs du Culture Change après le contrôle de l'âge, du genre, de la durée d'institutionnalisation, de l'unité et du nombre de lits dans les établissements, l'analyse effectuée pour l'hypothèse secondaire permet de mettre en lumière des indicateurs ayant des effets sur la qualité de vie. Les résultats décrits dans les analyses exploratoires montrent que l'unité de maison de repos, la durée d'institutionnalisation et l'âge sont prédicteurs de la qualité de vie. Plus spécifiquement, les personnes plus jeunes et celles qui sont institutionnalisées depuis plus longtemps ont une qualité de vie plus faible. Cette qualité de vie est aussi diminuée en unité MRS comparée aux unités MR. Notons que le type d'unité exerce l'effet le plus important sur la qualité de vie, suivi par la durée d'institutionnalisation et enfin par l'âge. L'importance de facteurs individuels objectivables sur la qualité de vie observée dans cette étude est en cohérence avec les résultats d'études antérieures qui ont révélé que la qualité de vie des personnes âgées en maison de repos serait davantage influencée par leur état de santé physique, leur niveau de dépendance fonctionnelle, leur cognition et la qualité des interactions sociales que par les approches organisationnelles globales (van Malderen et al., 2013 ; Kane et al., 2001).

Nos résultats concernant les effets de l'unité MR ou MRS sur la qualité de vie sont cohérents avec ce que soulignent les études antérieures. En effet, nous constatons des résultats significatifs lorsqu'on prend en compte l'unité (MR ou MRS) indépendamment des autres variables, ce qui signifie que les résidents en unité MRS présentent une qualité de vie significativement inférieure par rapport aux résidents en unité MR. Ces résultats concordent avec ceux d'autres études qui mentionnaient que les capacités fonctionnelles et la santé physique sont des facteurs prédicteurs de la qualité de vie (Shippee et al., 2015 ; Van Malderen et al., 2013 ; Kane, 2001). Une détérioration de la santé physique et des capacités fonctionnelles peut limiter la participation des résidents aux activités sociales et récréatives et, par conséquent, leur engagement. Par ailleurs, cela peut également affecter l'humeur et le bien-être émotionnel des résidents (Shippee et al., 2015).

Nos résultats relatifs aux effets de la durée d'institutionnalisation sur la qualité de vie sont cohérents avec les études antérieures qui considéraient ce facteur comme prédicteur de la

qualité de vie. En effet, bien que des études aient montré que la durée du séjour en maison de repos pouvait avoir des effets positifs sur certains aspects de la qualité de vie des résidents, tels que l'appréciation de l'environnement, les repas et leur engagement social, une plus longue durée d'institutionnalisation aurait des effets négatifs sur d'autres aspects tels que l'humeur Shippee et al. (2015). Et globalement, la durée d'institutionnalisation était corrélée négativement avec la qualité de vie globale des résidents. Cela pourrait s'expliquer par un sentiment croissant d'abandon et d'isolement vis-à-vis de la société (Tseng & Wang, 2008).

Concernant les effets de l'âge sur la qualité de vie des résidents, nos résultats montrent que les résidents plus âgés présenteraient une meilleure qualité de vie. Ceci est en accord avec Chou et al. (2003) qui énoncent que les résidents plus âgés pourraient devenir plus tolérants. Cependant, nos résultats divergent par rapport à d'autres études qui ont montré que l'âge était associé à une diminution de la qualité de vie globale chez les résidents expliquée par une confrontation à des situations les rendant de plus en plus vulnérables (Shippee et al., 2015). D'autres études n'ont montré aucun lien significatif entre l'âge et la qualité de vie des résidents (Wang et al., 2016 ; Van Malderen et al., 2016). Par conséquent, il n'existe pas de lien clair entre cette variable et la qualité de vie. Dans cet ordre d'idée, Wang et al. (2016) soulignent que l'âge en soi n'est pas un facteur prédictif de la qualité de vie car d'autres facteurs tels que les capacités fonctionnelles, la communication avec le personnel, la fonction cognitive ou encore la dépression impacteraient davantage la qualité de vie des résidents.

Si la présente étude a révélé des associations significatives entre différents facteurs individuels et la qualité de vie des résidents, ces prédicteurs ne sont pas exclusifs. En effet, Van Malderen et al. (2016) suggèrent que d'autres facteurs importants tels que la personnalité, l'état d'esprit, la santé, la situation familiale, les attentes et les réponses adaptatives des résidents peuvent améliorer la qualité de vie globale dans les maisons de repos. Examiner le poids de ces variables sur la qualité de vie des résidents aurait pu enrichir encore notre recherche.

Gardons à l'esprit que la qualité de vie est un concept complexe, subjectif et multidimensionnel qui peut varier en fonction de nombreux facteurs individuels ou contextuels. Par conséquent, aucun outil d'évaluation ne peut être universellement parfait et adapté à chacun. Obtenir une mesure fiable de la qualité de vie des résidents en maison de repos nécessiterait une adaptation individualisée selon le contexte, les besoins, les préférences propres à chaque résident (Hambleton et al., 2009 ; Rodríguez-Martínez et al., 2023).

7.2 Implications pratiques et perspectives futures

Les résultats de cette étude ont permis d'identifier des facteurs prédictifs de la qualité de vie des résidents en maison de repos. En effet, la durée d'institutionnalisation, l'âge et l'unité de vie impacteraient la qualité de vie des résidents. Sensibiliser les membres du personnel des maisons de repos à ces constats pourrait les amener à cibler davantage les besoins spécifiques de ces résidents en vue d'adapter leurs interventions en fonction des besoins et préférences spécifiques à chacun. Par exemple, suite au constat de la proportion croissante de jeunes résidents dans les maisons de repos partout dans le monde (Shieu et al., 2021), une étude exploratoire a été menée afin d'identifier les besoins spécifiques des résidents de moins de 65 ans. Cette étude suggère que la mise en place d'activités adaptées à cette tranche d'âge et la formation du personnel en place pour la prise en charge des jeunes pourraient améliorer leur qualité de vie (Shieu et al., 2021).

Les résultats de cette recherche ayant permis d'identifier des facteurs prédictifs de la qualité de vie des résidents en maison de repos autres que le Culture Change, il pourrait être intéressant de creuser davantage cette piste en incluant d'autres facteurs individuels ou environnementaux dans une recherche future. Le domaine des relations avec le personnel, la famille, les autres résidents et la communauté étant particulièrement significatif dans l'amélioration de la qualité de vie (McCabe et al., 2021), introduire des facteurs tels que le nombre d'heures de travail du personnel d'animation par résident et le nombre d'heures de travail du personnel soignant par résident permettrait d'affiner ces résultats et vérifier l'effet de ces facteurs sur la qualité de vie des résidents, comme le suggère l'étude de Shippee et al. (2015). Cela rejoint les constats de Tseng & Wang (2001), à savoir qu'un soutien social accru des infirmières et des aides-soignantes peut améliorer la qualité de vie des personnes âgées, davantage même que le soutien de leur propre famille (Tseng & Wang, 2001).

Le Culture Change dans les maisons de repos est un processus complexe proposant la mise en place de différentes pratiques pouvant varier en termes de portée et de profondeur. (Duan et al., 2021). Cette étude ayant utilisé une échelle multidimensionnelle pour évaluer les pratiques du Culture Change mises en place dans chaque institution, décomposer les résultats par domaines aurait l'avantage d'analyser les relations entre chaque domaine du Culture

Change et la qualité de vie autodéclarée des résidents et permettrait d'identifier les interventions les plus efficaces en termes de qualité de vie des résidents en maison de repos (Duan et al., 2021). Les maisons de repos étant confrontées à des ressources humaines et financières de plus en plus limitées, cibler les « meilleurs » choix d'initiatives d'amélioration devient un défi majeur (Burack et al., 2012b).

La qualité de vie est un concept subjectif et multidimensionnel ne permettant pas la création d'un outil de mesure idéal. Celui-ci nécessiterait une adaptation individuelle selon les besoins et les préférences des résidents (Hambleton et al., 2009). Par conséquent, il pourrait être envisagé de développer des échelles de mesure spécifiques à chaque individu en tenant compte de leurs besoins et leurs préférences (Rodríguez-Martínez et al., 2023) afin de vérifier de façon plus individuelle l'impact du Culture Change sur leur qualité de vie. Cette approche pourrait également s'avérer plus pertinente pour évaluer la qualité de vie des résidents atteints de démence modérée à sévère qui ne faisaient pas partie de notre échantillon.

7.3 Limites

Nous avons identifié des limites méthodologiques à notre étude.

Tout d'abord, il est important de noter que la puissance de la régression linéaire multiple réalisée pour tester l'hypothèse secondaire n'est peut-être pas assez élevée pour détecter un effet du Culture Change sur la qualité de vie. En effet, l'analyse réalisée sur le logiciel G*POWER a montré que pour le modèle de régression linéaire multiple utilisé, un échantillon de 146 sujets était nécessaire pour une puissance de 95 %. Cependant, notre échantillon final était composé de 86 participants. La divergence notable entre la taille d'échantillon attendue et celle obtenue constitue une limite à notre étude, pouvant compromettre la robustesse des résultats.

Ensuite, initialement la procédure visait à recruter les résidents nous-mêmes via le porte-à-porte sur base d'une liste exhaustive des résidents correspondant à nos critères d'inclusion. Dans les faits, les directeurs nous ont fourni une liste de résidents non exhaustives. Dès lors, il se pourrait que les directeurs aient sélectionné certains résidents de façon non aléatoire, ce qui peut compromettre la représentativité de l'échantillon et la généralisabilité des résultats.

De plus, les modalités de réponse de type échelle de Likert proposées aux résidents dans notre étude ont pu engendrer un biais de plausibilité des réponses. En effet, les résidents ont mentionné la complexité de choisir une réponse via l'échelle de Likert allant de 0 à 10, ce qui a potentiellement entraîné des réponses approximatives. Cette complexité à répondre au questionnaire pourrait être également expliquée par le fait que l'avis des résidents n'est pas souvent sollicité. Afin de réduire ce biais, il pourrait être envisagé de prévoir une échelle de Likert plus courte accompagnée d'appréciations verbales allant par exemple de « non, pas du tout » à « oui, totalement » en passant par « pas beaucoup », « suffisamment », « beaucoup ».

Ensuite, les items de l'Artifacts of Culture Change 2.0 étaient assez longs et recouvraient parfois plusieurs éléments. De ce fait, les directeurs ont parfois exprimé des difficultés dans l'interprétation des items et dans leur positionnement sur l'échelle de Likert. Dès lors, cela pourrait affecter la fiabilité et la validité des résultats. Afin de corriger ce biais, les études futures devraient envisager des questions plus courtes et plus claires afin de diminuer le risque d'erreur de mesure.

Malgré notre souci d'évaluer via notre observation personnelle un maximum d'items concernant les pratiques du Culture Change mises en place dans les institutions, le problème de la longueur du questionnaire Artifacts of Culture Change 2.0 (en nombre d'items) a été à plusieurs reprises souligné par les directeurs qui exprimaient avoir un emploi du temps chargé. Et même s'ils semblent avoir considéré notre démarche avec sérieux, ils auraient pu y répondre sans prendre le temps de réflexion nécessaire. De même, un questionnaire trop long peut entraîner un effet de fatigue susceptible d'impacter la concentration des répondants et la plausibilité des réponses. Même si certains items avaient déjà été supprimés du questionnaire initial par souci de pertinence, nous pourrions envisager de réduire davantage le nombre d'items en supprimant certains items plus secondaires.

Une autre limite est liée au biais de désirabilité sociale. Malgré nos tentatives d'atténuation de ce biais en utilisant nos observations personnelles et en créant une grille de critères d'évaluation sur base des propos des directeurs (Annexe 8), il y a de fortes chances que ce biais soit toujours présent. En effet, lorsque les directeurs ont été interrogés sur le fonctionnement de leur maison de repos, il est possible que leurs réponses aient été influencées pour se conformer aux normes de qualité et aux réglementations en vigueur. Ils auraient pu évaluer leurs pratiques de manière plus positive qu'elles ne le sont en réalité. Ce biais peut avoir

un impact sur la fiabilité des données obtenues. Pour réduire l'impact de ce biais et obtenir des résultats les plus proches de la réalité, nous aurions pu envisager une méthode où nous inviterions à la fois les résidents, les familles et l'ensemble du personnel de la maison de repos à répondre au questionnaire. Cette méthode est d'ailleurs recommandée par les auteurs du questionnaire (Pioneer Network, 2021a). Observer personnellement le fonctionnement et les pratiques mises en place dans l'institution sur une plus longue durée pourrait également diminuer ce biais.

Il est possible que le biais de fatigue dû à la longueur de l'entretien ou du questionnaire en lui-même ait pu également impacter la plausibilité des réponses des résidents. En effet, certaines questions ont amené les résidents à faire le point et à s'exprimer sur leur vie dans la maison de repos. Cela a souvent augmenté la durée initialement prévue des entretiens.

De plus, Meyer et al. (2019) ont souligné que les résidents n'interprétaient pas toujours les questions comme initialement prévu et qu'ils répondaient souvent de manière positive. Il s'agit d'un biais de positivité. Il est donc difficile de savoir si leurs réponses reflètent vraiment leur qualité de vie. Afin d'éviter les biais de positivité des résidents de maison de repos lorsqu'on évalue leur qualité de vie, il pourrait être utile de prévoir une méthode plus qualitative et clinique sous forme d'entretiens répétés avec les résidents et de questions ouvertes afin d'obtenir suffisamment d'informations pour évaluer plus précisément leur qualité de vie. Observer le quotidien des résidents, leur routine, leurs réactions au sein de la maison de repos permettrait d'enrichir encore ces informations.

Une autre limite est que, même si le choix de garder ou d'abandonner chaque item a été justifié (Annexes 5 et 7), les questionnaires ont été adaptés à notre étude et, par conséquent, ceux-ci n'ont pas été validés, que ce soit en terme de contenu aussi bien qu'au niveau de la traduction. De plus, les versions initiales des questionnaires utilisés dans cette étude n'ont pas été validés en Belgique. Une des complexités dans l'évaluation de la qualité de vie est qu'il s'agit d'un processus qui n'est pas standardisé, c'est-à-dire que les mesures de la qualité de vie dépendent de nombreux facteurs culturels, géographiques, circonstantiels. Pour les résidents de maisons de repos, il est recommandé d'adapter les questionnaires de qualité de vie en tenant compte de ces facteurs (Rodríguez-Martínez et al., 2023). L'outil évaluant la qualité de vie des résidents est issu du Minnesota (Xu et al., 2024). Les domaines évalués pourraient ne pas parfaitement correspondre à la population belge. En effet, certaines dimensions telles que la

spiritualité, la proximité avec les pairs et la réciprocité peuvent être ou pas significatives selon le contexte géographique et culturel (Rodríguez-Martínez et al., 2023). Se baser sur des études qualitatives visant à identifier les domaines de qualité de vie pertinents en Belgique pourrait être une piste intéressante.

8. Conclusion

Face au vieillissement de la population et au nombre croissant de personnes résidant en maison de repos, ces dernières font plus que jamais face à un défi majeur : proposer des lieux de vie sécurisants où chacun pourra s'épanouir dans le respect de son individualité. En réponse à ce défi, le mouvement du Culture Change s'installe progressivement dans nos maisons de repos en insufflant un changement de philosophie et une refonte fondamentale des pratiques centrées sur les résidents.

L'objectif de cette étude était d'évaluer le lien entre les pratiques du Culture Change et la qualité de vie des résidents en maison de repos. Nous avons formulé deux hypothèses : le Culture Change est un prédicteur de la qualité de vie des résidents en maison de repos et le Culture Change reste un prédicteur de la qualité de vie des résidents en maison de repos, même après avoir contrôlé les variables de l'âge, du genre, de l'unité, de la durée d'institutionnalisation et du nombre de lits.

Bien que les résultats aient montré un lien entre les pratiques de Culture Change et la qualité de vie, ce lien est devenu non significatif lorsque les variables de l'âge, du genre, de l'unité, de la durée d'institutionnalisation ont été contrôlées. Ces résultats suggèrent que d'autres facteurs que le Culture Change ont un impact sur la qualité de vie des résidents. En l'occurrence, l'unité de soins dans laquelle vit le résident, sa durée d'institutionnalisations et son âge sont des facteurs prédictifs de la qualité de vie.

L'absence d'effet significatif du Culture Change sur la qualité de vie des résidents pourrait être attribuée au fait que les pratiques du Culture Change mises en œuvre dans nos maisons de repos ne soient pas encore suffisantes (Poey et al., 2017) ou que les pratiques mises en place ne soient pas celles qui ont le plus d'impact sur la qualité de vie des résidents (Caspar et al., 2020 ; Koren et al., 2010). Si les actions entreprises à ce jour en matière d'implémentation du Culture Change témoignent d'avancées notables, le processus reste en développement et gagne à être poursuivi pour obtenir des résultats significatifs (Poey et al., 2017).

Cette étude a par ailleurs mis en lumière l'effet déterminant de certaines caractéristiques propres aux résidents ou aux institutions sur la qualité de vie. Ce constat semble cohérent avec les résultats d'études antérieures qui ont révélé que la qualité de vie des personnes âgées en

maison de repos serait davantage influencée par leur état de santé physique, leur niveau de dépendance fonctionnelle, leur cognition et la qualité de leurs interactions sociales que par les approches organisationnelles globales (van Malderen et al., 2013 ; Kane et al., 2001). L'identification de différents facteurs impactant la qualité de vie des résidents tels que l'unité de soins ou la durée d'institutionnalisation met en exergue des situations qui nécessiteraient une attention particulière et la mise en place de réponses à ces besoins spécifiques. Dans ce sens, les recherches futures pourraient examiner le poids d'autres variables susceptibles d'influencer la qualité de vie des résidents et analyser par exemple l'impact du nombre d'heures de travail du personnel d'animation par résident et le nombre d'heures de travail du personnel soignant par résident sur la qualité de vie de nos aînés, l'aspect relationnel étant particulièrement significatif sur la qualité de vie des résidents (McCabe et al., 2021).

Enfin, en raison du caractère complexe, subjectif et individuel de la qualité de vie, il nous semble pertinent de poursuivre les recherches à l'aide d'échelles de mesure spécifiques à chaque individu. Ces recherches sont essentielles pour comprendre la réalité et les besoins propres à chacun et envisager, comme le suggère le Culture Change, une démarche d'accompagnement centrée sur la personne satisfera ses besoins et qui contribuera à améliorer sa qualité de vie.

Résumé

Si certaines études ont mis en évidence des effets positifs entre le Culture Change et la qualité de vie des résidents en maisons de repos (Burack et al., 2012b ; Kane et al., 2007 ; Rill & Gonzalez., 2019), peu d'entre elles ont montré des résultats concrets et valides statistiquement (Duan et al., 2021).

Par cette étude, nous souhaitons étayer les recherches examinant le lien entre les pratiques du Culture Change et la qualité de vie des résidents en maison de repos en tenant compte des limites méthodologiques antérieures soulevées par la littérature. D'autre part, avec le développement du Culture Change en Belgique, nous souhaitons explorer les effets de ces nouvelles pratiques sur la qualité de vie des seniors institutionnalisés dans notre environnement culturel et géographique. Nos hypothèses étaient que le Culture Change est un prédicteur de la qualité de vie des résidents en maison de repos et que le Culture Change reste un prédicteur de la qualité de vie des résidents en maison de repos, même après avoir contrôlé les variables de l'âge, du genre, de l'unité de vie, de la durée d'institutionnalisation et du nombre de lits.

Afin de vérifier nos hypothèses, nous avons, sur base du questionnaire « Artifacts of Culture Change 2.0 », récolté des informations sur les pratiques de Culture Change mises en place dans dix institutions. Ensuite, nous avons mené des entretiens individuels avec une dizaine de résidents par institution et utilisé une adaptation du questionnaire « Minnesota Long-Stay Resident Quality of Life Survey » afin d'évaluer leur qualité de vie.

Les résultats de cette étude ne permettent pas d'affirmer notre seconde hypothèse, malgré le fait que les résultats soient significatifs pour la première hypothèse. L'absence d'effet significatif du Culture Change sur la qualité de vie des résidents dans cette étude pourrait être attribué au fait que les pratiques du Culture Change mises en œuvre dans les maisons de repos ne soient pas encore suffisantes ou que les pratiques mises en place ne soient pas les plus déterminantes de la qualité de vie (Caspar et al., 2020 ; Koren et al., 2010). Certains facteurs tels que l'unité MR/MRS, la durée d'institutionnalisation ou encore l'âge semblent avoir davantage d'impact sur la qualité de vie des résidents. Une attention particulière devrait être portée aux facteurs individuels afin de répondre le plus favorablement possible aux besoins de chacun et améliorer leur qualité de vie.

9. Bibliographie

- Balthasart, A. M., Declercq, A. (2022b, septembre 26). Les nouveaux seniors ne veulent pas entrer en maison de repos. *Koning Boudewijnstichting*. <https://kbs-frb.be/fr/les-nouveaux-seniors-ne-veulent-pas-entrer-en-maison-de-repos>
- Bowling, A. (2009). The Psychometric Properties of the Older People's Quality of Life Questionnaire, Compared with the CASP-19 and the WHOQOL-OLD. *Current Gerontology And Geriatrics Research*, 2009, 1-12. <https://doi.org/10.1155/2009/298950>
- Bowling, A., Hankins, M., Windle, G., Bilotta, C., & Grant, R. (2013). A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-brief). *Archives of gerontology and geriatrics*, 56(1), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.08.012>
- Brownie, S., Horstmanshof, L., & Garbutt, R. (2014). Factors that impact residents' transition and psychological adjustment to long-term aged care : A systematic literature review. *International Journal Of Nursing Studies*, 51(12), 1654-1666. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.011>
- Burack, O. R., Weiner, A. S., Reinhardt, J. P., & Annunziato, R. A. (2012a). What Matters Most to Nursing Home Elders : Quality of Life in the Nursing Home. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 13(1), 48-53. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.08.002>
- Burack, O. R., Reinhardt, J. P., & Weiner, A. S. (2012b). Person-centered care and elder choice: A look at implementation and sustainability. *Clinical Gerontologist*, 35(5), 390-403. <https://doi.org/10.1080/07317115.2012.702649>
- Calkins, M. (2022). Creating Home in a Nursing Home : Fantasy or Reality ?, 1-17. https://www.researchgate.net/publication/253689193_Creating_Home_in_a_Nursing_Home_Fantasy_or_Reality

Caspar, S., Berg, K., Slaughter, S., Keller, H., & Kellett, P. (2020). Staff engagement for practice change in long-term care: Evaluating the Feasible and Sustainable Culture Change Initiative (FASCCI) model. *Journal of long-term care*, (2020), 30-41. <https://eprints.lse.ac.uk/106227/>

Chou, S., Boldy, D. P., & Lee, A. H. (2003). Factors Influencing Residents' Satisfaction in Residential Aged Care. *The Gerontologist*, 43(4), 459-472. <https://doi.org/10.1093/geront/43.4.459>

Davila, H., Ng, W., Akosionu, O., Thao, MS, Skarphol, T., Virnig, BA, Thorpe, RJ, & Shippee, TP (2022). Pourquoi les hommes s'en sortent moins bien : une étude à méthodes mixtes examinant les différences entre les sexes dans la qualité de vie des résidents des maisons de retraite. *The Gerontologist*, 62 (9), 1347–1358. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac003>

De Rynck, P., Dispa, M.F., Tegenbos, G. (2022). *Tout le monde a le droit de choisir. Les personnes âgées aussi. Les lieux de vie et de soins de demain.* <https://kbs-frb.be/fr/tout-le-monde-le-droit-de-choisir-les-personnes-agees-aussi-les-lieux-de-vie-et-de-soins-de-demain>

Degenholtz, H. B., Resnick, A. L., Bulger, N., & Chia, L. (2014). Improving Quality of Life in Nursing Homes : The Structured Resident Interview Approach. *Journal Of Aging Research*, 2014, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2014/892679>

Del Rocío Santana-Berlanga, N., Porcel-Gálvez, A. M., Botello-Hermosa, A., & Barrientos-Trigo, S. (2020). Instruments to measure quality of life in institutionalised older adults : Systematic review. *Geriatric Nursing*, 41(4), 445-462. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.01.018>

Deprez, L., Van Durme, T., Bruyère, O., & Adam, S. (2024). The Impact of Nursing Home Culture Change : An Integrative Review. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 25(10), 105172. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105172>

Duan, Y., Mueller, C. A., Yu, F., Talley, K. M., & Shippee, T. P. (2020). An Empirical Typology of Nursing Home Culture Change Implementation. *Journal Of Applied Gerontology*, 073346482091236. <https://doi.org/10.1177/0733464820912365>

Duan, Y., Mueller, C. A., Yu, F., Talley, K. M., & Shippee, T. P. (2021). The relationships of nursing home Culture Change practices with resident quality of life and family satisfaction : toward a more nuanced understanding. *Research on Aging*, 44(2), 174-185. <https://doi.org/10.1177/01640275211012652>

Eijkelenboom, A., Verbeek, H., Felix, E., & Van Hoof, J. (2017). Architectural factors influencing the sense of home in nursing homes : An operationalization for practice. *Frontiers Of Architectural Research*, 6(2), 111-122. <https://doi.org/10.1016/j.foar.2017.02.004>

Farre, A., & Rapley, T. (2017, November). The new old (and old new) medical model: four decades navigating the biomedical and psychosocial understandings of health and illness. In *Healthcare* (Vol. 5, No. 4, p. 88). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040088>

Flesner, M. K. (2009). Person-centered care and organizational culture in long-term care. *Journal of nursing care quality*, 24(4), 273-276. <https://doi.org/10.1097/ncq.0b013e3181b3e669>

Fondation Roi Baudouin. (2020). *ZOOM : Le modèle Tubbe, une inspiration pour nos maisons de repos et de soins*. <https://kbs-frb.be/fr/zoom-le-modele-tubbe-une-inspiration-pour-nos-maisons-de-repos-et-de-soins>

Fondation Roi Baudouin. (2023). *ZOOM ! Les choix de vie des plus de 60 ans*. <https://kbs-frb.be/fr/choix-de-vie-des-plus-60-ans>

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

Gardiner, C., Laud, P., Heaton, T., & Gott, M. (2020). What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes ? A systematic review and meta-analysis. *Age And Ageing*, 49(5), 748-757. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa049>

Godin, J., Keefe, J., Kelloway, E. K., & Hirdes, J. P. (2015). Nursing home resident quality of life : testing for measurement equivalence across resident, family, and staff

perspectives. *Quality Of Life Research*, 24(10), 2365-2374. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-0989-4>

Grabowski, D. C., O'malley, A. J., Afendulis, C. C., Caudry, D. J., Elliot, A., & Zimmerman, S. (2014). Culture Change and nursing home quality of care. *The Gerontologist*, 54(Suppl_1), S35-S45. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt143>

Grabowski, D. C., Elliot, A., Leitzell, B., Cohen, L. W., & Zimmerman, S. (2014). Who are the innovators? Nursing homes implementing Culture Change. *The Gerontologist*, 54(Suppl_1), S65-S75. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt144>

Hambleton, P., Keeling, S., & McKenzie, M. (2009). The jungle of quality of life : Mapping measures and meanings for elders. *Australasian Journal On Ageing*, 28(1), 3-6. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2008.00331.x>

Hartmann, C. W., Snow, A. L., Allen, R. S., Parmelee, P. A., Palmer, J. A., & Berlowitz, D. (2013). A conceptual model for Culture Change evaluation in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 34(5), 388-394. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.05.008>

Haugan, G., Drageset, J., André, B., Kukulu, K., Mugisha, J., & Utvær, B. K. S. (2020). Assessing quality of life in older adults : psychometric properties of the OPQoL-brief questionnaire in a nursing home population. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1245-3>

Hermer, L., Bryant, N. S., Pucciarello, M., Mlynarczyk, C., & Zhong, B. (2017). Does Comprehensive Culture Change Adoption via the Household Model Enhance Nursing Home Residents' Psychosocial Well-being ? *Innovation In Aging*, 1(2). <https://doi.org/10.1093/geroni/igx033>

Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique. *Population des 65 ans et plus en Wallonie*. (Retrieved mars 13, 2025, from) <https://www.iweeps.be/indicateur-statistique/population-des-65-ans-et/#:~:text=Pour%20la%20Wallonie%2C%20la%20part,conna%C3%A9tra%20la%20plus%20forte%20progression>

Kane, R. A. (2001). Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Closer Together. *The Gerontologist*, 41(3), 293–304. <https://doi.org/10.1093/geront/41.3.293>

Kane, R. A., Kling, K. C., Bershadsky, B., Kane, R. L., Giles, K., Degenholtz, H. B., ... & Cutler, L. J. (2003). Quality of life measures for nursing home residents. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), M240-M248. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M240>

Kane, R. A., Lum, T. Y., Cutler, L. J., Degenholtz, H. B., & Yu, T. (2007). Resident Outcomes in Small-House Nursing Homes : A Longitudinal Evaluation of the Initial Green House Program. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 55(6), 832-839. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01169.x>

Kelley-Gillespie, N. (2009). An Integrated Conceptual Model of Quality of Life for Older Adults Based on a Synthesis of the Literature. *Applied Research In Quality Of Life*, 4(3), 259-282. <https://doi.org/10.1007/s11482-009-9075-9>

Kojima, G. (2018). Frailty as a predictor of nursing home placement among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of geriatric physical therapy*, 41(1), 42-48. <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000097>

Koren, M. J. (2010). Person-Centered Care for Nursing Home Residents: The Culture-Change Movement. *Health Affairs*, 29(2), 312–317. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0966>

Knight, T., & Mellor, D. (2007). Social inclusion of older adults in care: Is it just a question of providing activities?. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(2), 76-85. <https://doi.org/10.1080/17482620701320802>

Le Moniteur belge (2006, février 3). *Arrete Royal du 12/01/2006 fixant les activites infirmieres qui peuvent etre effectuees par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes*. https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-12-janvier-2006_n2006022082

Lepore, M. J., Lima, J. C., & Miller, S. C. (2020). Nursing Home Culture Change Practices and Survey Deficiencies : A National Longitudinal Panel Study. *The Gerontologist*, 60(8), 1411-1423. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa063>

McCabe, M., Byers, J., Busija, L., Mellor, D., Bennett, M., & Beattie, E. (2021). How important are choice, autonomy, and relationships in predicting the quality of life of nursing home residents?. *Journal of Applied Gerontology*, 40(12), 1743-1750. <https://doi.org/10.1177/0733464820983972>

Miller, S. C., Lepore, M., Lima, J. C., Shield, R., & Tyler, D. A. (2014). Does the Introduction of Nursing Home Culture Change Practices Improve Quality ? *Journal Of The American Geriatrics Society*, 62(9), 1675-1682. <https://doi.org/10.1111/jgs.12987>

Mitchell, J. M., & Kemp, B. J. (2000). Quality of Life in Assisted Living Homes : A Multidimensional Analysis. *The Journals Of Gerontology Series B*, 55(2), P117-P127. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.2.p117>

Mueller, C. (2002). Soins de qualité dans les maisons de retraite : quand les ressources font défaut. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (8). <https://research.ebsco.com/c/wxizrj/search/details/4iti5y3fun?db=aph>

Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85(1), 113-126. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldn003>

OCDE & European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *Belgique : Profils de santé par pays 2019*. OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/fr/publications/reports/2019/11/belgium-country-health-profile-2019_9ca16ad3/1860d1c0-fr.pdf

Pioneer Network. (2021a, février 3). *Artifacts of Culture Change 2.0 – Nursing Homes*. https://www.pioneernetwork.net/wp-content/uploads/2021/02/Artifacts_2.0_NH_Form_030521.pdf

Pioneer Network. (2021b, mars 3). *Artifacts of Culture Change 2.0 Introduction and Handouts*. <https://www.pioneernetwork.org/resource/artifacts-of-culture-change-2-0-introduction/>

Pioneer Network. (2025). *Changing the Culture of Aging in the 21st Century*. <https://www.pioneernetwork.org/>

Poey, JL, Hermer, L., Cornelison, L., Kaup, ML, Drake, P., Stone, RI, et Doll, G. (2017). Les soins centrés sur la personne améliorent-ils la satisfaction des résidents quant à la qualité des soins en maison de retraite ?. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18 (11), 974-979. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.06.007>

Portillo, C. U., Arenillas, J. I. C., & Miralles, P. M. (2022). Occupational Therapy Interventions for the Improvement of the Quality of Life of Healthy Older Adults Living in Nursing Homes : A Systematic Review. *American Journal Of Health Promotion*, 37(5), 698-704. <https://doi.org/10.1177/08901171221145159>

Rill, L., & Gonzalez, L. (2019). Culture Change in skilled nursing: an exploratory comparison of a traditional home to a new model. *Journal of Housing for the Elderly*, 33(4), 433-452. <https://doi.org/10.1080/02763893.2019.1604463>

Rodriguez-Martin, B., Martinez-Andres, M., Cervera-Monteagudo, B., Notario-Pacheco, B., & Martinez-Vizcaino, V. (2014). Preconceptions about institutionalisation at public nursing homes in Spain: views of residents and family members. *Ageing & Society*, 34(4), 547-568. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12001146>

Rodríguez-Martínez, A., De la Fuente Robles, Y. M., Del Carmen Cano, M., & Jiménez-Delgado, J. J. (2023). Quality of Life and Well-Being of Older Adults in Nursing Homes : Systematic Review. *Social Sciences*, 12(7), 418. <https://doi.org/10.3390/socsci12070418>

Ronch, J. L. (2004). Changing Institutional Culture. *Journal of Gerontological Social Work*. 43(1), 61-82 https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1300/J083v43n01_06

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Schenk, L., Meyer, R., Behr, A., Kuhlmeier, A., & Holzhausen, M. (2013). Quality of life in nursing homes : results of a qualitative resident survey. *Quality Of Life Research*, 22(10), 2929-2938. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0400-2>

Seaton, D., & Edwards, C. (2011). Culture Change in long-term care: Its history and development, principles, implementation and legislation. <https://digital.library.txst.edu/server/api/core/bitstreams/de8e038d-89e5-4952-8bd2-a0c01cd9e6e5/content>

Shield, R. R., Tyler, D., Lepore, M., Looze, J., & Miller, S. C. (2014). “Would You Do That in Your Home ? ” Making Nursing Homes Home-like in Culture Change Implementation. *Journal Of Housing For The Elderly*, 28(4), 383-398. <https://doi.org/10.1080/02763893.2014.930369>

Shield, R., Tyler, D., Berridge, C., Clark, M., & Miller, S. C. (2018). Innovative use of cognitive interviewing for nursing home research. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(12), 1133-1135. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.05.004>

Shier, V., Khodyakov, D., Cohen, L. W., Zimmerman, S., & Saliba, D. (2014). What Does the Evidence Really Say About Culture Change in Nursing Homes ? *The Gerontologist*, 54(Suppl_1), S6-S16. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt147>

Shieu, B. M., Almusajin, J. A., Dictus, C., Beeber, A. S., & Anderson, R. A. (2021). Younger nursing home residents: a scoping review of their lived experiences, needs, and quality of life. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(11), 2296-2312. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.06.016>

Shippee, T. P., Henning-Smith, C., Kane, R. L., & Lewis, T. (2015). Resident-and facility-level predictors of quality of life in long-term care. *The Gerontologist*, 55(4), 643-655. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt148>

- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A. (2015). Depression and Quality of Life in Older Persons : A Review. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders*, 40(5-6), 311-339. <https://doi.org/10.1159/000437299>
- Sterns, S., Miller, S. C., & Allen, S. (2010b). The Complexity of Implementing Culture Change Practices in Nursing Homes. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 11(7), 511-518. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.11.002>
- Subaşı, F., & Hayran, O. (2004b). Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 41(1), 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2004.10.005>
- Trybusińska, D., & Saracen, A. (2019). Loneliness in the context of quality of life of nursing home residents. *Open Medicine*, 14(1), 354-361. <https://doi.org/10.1515/med-2019-0035>
- Tseng, S., & Wang, R. (2001b). Quality of Life and Related Factors among Elderly Nursing Home Residents in Southern Taiwan. *Public Health Nursing*, 18(5), 304-311. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2001.00304.x>
- Vanleerberghe, P., De Witte, N., Claes, C., Schalock, RL et Verté, D. (2017). La qualité de vie des personnes âgées vieillissant chez soi : une revue de la littérature. *Recherche sur la qualité de vie* , 26 , 2899-2907. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-017-1651-0>
- Van Malderen, L., Mets, T., & Gorus, E. (2012). Interventions to enhance the Quality of Life of older people in residential long-term care : A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 141-150. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.03.007>
- Van Malderen, L., Mets, T., & Gorus, E. (2013). Interventions to enhance the quality of life of older people in residential long-term care: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 141–150. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.03.007>
- Van Malderen, L., De Vriendt, P., Mets, T., & Gorus, E. (2016). Active ageing within the nursing home : a study in Flanders, Belgium. *European Journal Of Ageing*, 13(3), 219-230. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0374-3>

Voelkl, J. E. (1986). Effects of institutionalization upon residents of extended care facilities. *Activities, Adaptation & Aging*, 8(3-4), 37-45. https://doi.org/10.1300/J016v08n03_05

Wang, P., Yap, P., Koh, G., Chong, J. A., Davies, L. J., Dalakoti, M., Fong, N. P., Tiong, W. W., & Luo, N. (2016). Quality of life and related factors of nursing home residents in Singapore. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0503-x>

Watt, A., & Konnert, C. (2007). Quality of life in the nursing home: perspectives of younger and older residents. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 26(4), 403-410. <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du-vieillissement/article/quality-of-life-in-the-nursing-home-perspectives-of-younger-and-older-residents/3CC22C194723E0E71AA8A3A7A89B1870>

White-Chu, E. F., Graves, W. J., Godfrey, S. M., Bonner, A., & Sloane, P. (2009). Beyond the medical model: The Culture Change revolution in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(6), 370-378. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.04.004>

Xu, D., Rurka, M., Lewis, T., & Arling, G. (2024). A Quantitative Evaluation of the Minnesota Long-Stay Resident Quality of Life Survey. *Applied Research In Quality Of Life*, 19(5), 2785-2799. <https://doi.org/10.1007/s11482-024-10357-2>

Zimmerman, S., & Cohen, L. W. (2010). Evidence behind The Green House and similar models of nursing home care. *Aging Health*, 6(6), 717-737. <https://doi.org/10.2217/ahe.10.66>

Zimmerman, S., Shier, V., & Saliba, D. (2014). Transforming Nursing Home Culture : Evidence for Practice and Policy. *The Gerontologist*, 54(Suppl 1), S1-S5. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt161>

10. Annexes

Annexe 1 : Formulaire d'information pour les résidents



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education

Comité d'éthique

PRESIDENTE : Fabienne COLLETTE

SECRETAIRE : Annick COMBLAIN

Formulaire d'information au volontaire

TITRE DE LA RECHERCHE

Etude quantitative : étude du lien entre les pratiques du culture change et la qualité de vie des résidents en maison de repos.

CHERCHEUR / ETUDIANT RESPONSABLE

Julia Bricteux, étudiante mémorante ; julia.bricteux@student.uliege.be

PROMOTEUR

Stéphane Adam

Université de Liège

Unité de Psychologie de la Sénescence (UPsySen)

Bât. B33 Psychologie de la sénescence et du vieillissement

Quartier Agora

Place des Orateurs 1

4000 Liège 1

Belgique

DESCRIPTION DE L'ETUDE

Cette étude cherche à observer le fonctionnement de maisons de repos et évaluer le bien-être des résidents en maison de repos.

Dans le cadre de cette étude, il vous sera proposé de répondre oralement à une vingtaine de questions posées lors d'un entretien en face-à-face. Ces questions proviendront d'un questionnaire évaluant la qualité de vie. Il vous sera demandé de choisir une réponse parmi plusieurs propositions de réponses données oralement. Cet entretien durera environ 20 minutes.

Vos données personnelles (c'est-à-dire les données qui permettent de vous identifier comme votre nom ou vos coordonnées) seront conservées durant la réalisation de l'étude dans un endroit sûr pour un maximum de 2 ans, après quoi elles seront détruites.

Avant de participer à l'étude, nous attirons votre attention sur un certain nombre de points.

Votre participation est conditionnée à une série de droits pour lesquels vous êtes couverts en cas de préjudices. Vos droits sont explicités ci-dessous.

- Votre participation est libre. Vous pouvez l'interrompre sans justification.
- Aucune divulgation de vos informations personnelles n'est possible même de façon non intentionnelle. En cas d'accord pour un enregistrement (audio/vidéo), vos données seront d'autant plus sécurisées. Seules les données codées pourront être transmises à la communauté des chercheurs. Ces données codées ne permettent plus de vous identifier et il sera impossible de les mettre en lien avec votre participation.
- Le temps de conservation de vos données personnelles est réduit à son minimum. Par contre, les données codées peuvent être conservées *ad vitam aeternam*.
- Les résultats issus de cette étude seront toujours communiqués dans une perspective scientifique et/ou d'enseignement.
- En cas de préjudice, sachez qu'une assurance vous couvre.
- Si vous souhaitez formuler une plainte concernant le traitement de vos données ou votre participation à l'étude, contactez le responsable de l'étude et/ou le DPO et/ou le Comité d'éthique (cf. adresses à la fin du document).

Tous ces points sont détaillés aux pages suivantes. Pour toute autre question, veuillez vous adresser au chercheur ou au responsable de l'étude. Si ces informations sont claires et que vous souhaitez participer à l'étude, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement. Conservez bien une copie de chaque document transmis afin de pouvoir nous recontacter si nécessaire.

Toutes les informations récoltées au cours de cette étude seront utilisées dans la plus stricte confidentialité et seuls les expérimentateurs, responsables de l'étude, auront accès aux données récoltées. Vos informations seront codées. Seul le responsable de l'étude ainsi que la personne en charge de votre suivi auront accès au fichier crypté permettant d'associer le code du participant à son nom et prénom, ses coordonnées de contact et aux données de recherche. Ces personnes seront tenues de ne JAMAIS divulguer ces informations.

Les données codées issues de votre participation peuvent être transmises dans le cadre d'une autre recherche en lien avec cette étude-ci. Elles pourront être compilées dans des bases de données accessibles uniquement à la communauté scientifique. Seules les informations codées seront partagées. En l'état actuel des choses, aucune identification ne sera possible. Si un rapport ou un article est publié à l'issue de cette étude, rien ne permettra votre identification. Vos données à caractère personnel conservées dans la base de données sécurisée sont soumises aux droits suivants : droits d'accès, de rectification et d'effacement de cette base de données, ainsi que du droit de limiter ou de s'opposer au traitement des données. Pour exercer ces droits, vous devez vous adresser au chercheur responsable de l'étude ou, à défaut, au délégué à la protection des données de l'Université de Liège, dont les coordonnées se trouvent au bas du formulaire d'information. Le temps de conservation de vos données à caractère personnel sera le plus court possible, avec une durée de maximum 2 ans. Les données issues de votre participation à cette recherche (données codées) seront quant à elles conservées pour une durée maximale de 15 ans/tant qu'elles seront utiles à la recherche dans le domaine.

Si vous changez d'avis et décidez de ne plus participer à cette étude, nous ne recueillerons plus de données supplémentaires vous concernant et vos données d'identification seront détruites. Seules les données rendues anonymes pourront être conservées et traitées.

Les modalités pratiques de gestion, traitement, conservation et destruction de vos données respectent le Règlement Général sur la Protection des Données (UE 2016/679), les droits du patient (loi du 22

août 2002) ainsi que la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine. Toutes les procédures sont réalisées en accord avec les dernières recommandations européennes en matière de collecte et de partage de données. Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est l'Université de Liège (Place du XX-Août, 7 à 4000 Liège), représentée par son Recteur. Ces traitements de données à caractère personnel seront réalisés dans le cadre de la mission d'intérêt public en matière de recherche reconnue à l'Université de Liège par le Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études du 7 novembre 2013, art.2. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance auprès d'Ethias, conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004).

Vous signerez un consentement éclairé avant de prendre part à l'expérience. Vous conserverez une copie de ce consentement ainsi que les feuilles d'informations relatives à l'étude.

Cette étude a reçu un avis favorable de la part du comité d'éthique de la faculté de psychologie, logopédie et des sciences de L'éducation de l'Université de Liège. En aucun cas, vous ne devez considérer cet avis favorable comme une incitation à participer à cette étude.

Personnes à contacter

Vous avez le droit de poser toutes les questions que vous souhaitez sur cette recherche et d'en recevoir les réponses.

Si vous avez des questions ou en cas de complication liée à l'étude, vous pouvez contacter les personnes suivantes :

Julia Bricteux

Email : julia.bricteux@student.uliege.be

ou l'investigateur principal du projet :

Stéphane Adam

Email : stephane.adam@uliege.be

Unité de Psychologie de la sénescence et du vieillissement

Téléphone : +32 4 366 28 46

Secrétariat : +32 4 366 20 81

Courriel : upsysen@ulg.ac.be

Pour toute question, demande d'exercice des droits ou plainte relative à la gestion de vos données à caractère personnel, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données par e-mail (dpo@uliege) ou par courrier signé et daté adressé comme suit :

Monsieur le Délégué à la protection des données
Bât. B9 Cellule "GDPR",

août 2002) ainsi que la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine. Toutes les procédures sont réalisées en accord avec les dernières recommandations européennes en matière de collecte et de partage de données. Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est l'Université de Liège (Place du XX-Août, 7 à 4000 Liège), représentée par son Recteur. Ces traitements de données à caractère personnel seront réalisés dans le cadre de la mission d'intérêt public en matière de recherche reconnue à l'Université de Liège par le Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études du 7 novembre 2013, art.2. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance auprès d'Ethias, conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004).

Vous signerez un consentement éclairé avant de prendre part à l'expérience. Vous conserverez une copie de ce consentement ainsi que les feuilles d'informations relatives à l'étude.

Cette étude a reçu un avis favorable de la part du comité d'éthique de la faculté de psychologie, logopédie et des sciences de L'éducation de l'Université de Liège. En aucun cas, vous ne devez considérer cet avis favorable comme une incitation à participer à cette étude.

Personnes à contacter

Vous avez le droit de poser toutes les questions que vous souhaitez sur cette recherche et d'en recevoir les réponses.

Si vous avez des questions ou en cas de complication liée à l'étude, vous pouvez contacter les personnes suivantes :

Julia Bricteux

Email : julia.bricteux@student.uliege.be

ou l'investigateur principal du projet :

Stéphane Adam

Email : stephane.adam@uliege.be

Unité de Psychologie de la sénescence et du vieillissement

Téléphone : +32 4 366 28 46

Secrétariat : +32 4 366 20 81

Courriel : upsysen@ulg.ac.be

Pour toute question, demande d'exercice des droits ou plainte relative à la gestion de vos données à caractère personnel, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données par e-mail (dpo@uliege) ou par courrier signé et daté adressé comme suit :

Monsieur le Délégué à la protection des données
Bât. B9 Cellule "GDPR",

Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Annexe 2 : Formulaire d'information au directeur



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education

Comité d'éthique

PRESIDENTE : Fabienne COLLETTE

SECRETAIRE : Annick COMBLAIN

Formulaire d'information au volontaire

TITRE DE LA RECHERCHE

Etude quantitative : étude du lien entre les pratiques du culture change et la qualité de vie des résidents en maison de repos.

CHERCHEUR / ETUDIANT RESPONSABLE

Julia Briceux, étudiante mémorante ; julia.briceux@student.uliege.be

PROMOTEUR

Stéphane Adam

Université de Liège

Unité de Psychologie de la Sénescence (UPsySen)

Bât. B33 Psychologie de la sénescence et du vieillissement

Quartier Agora

Place des Orateurs 1

4000 Liège 1

Belgique

DESCRIPTION DE L'ETUDE

Cette étude vise à observer le fonctionnement de maisons de repos et évaluer le bien-être des résidents.

Dans le cadre de cette étude, nous souhaitons nous rendre dans votre établissement afin d'observer la structure et son fonctionnement et plus précisément l'environnement physique, l'aménagement des espaces de vie, l'organisation des repas, les activités proposées,...

Il vous sera proposé de compléter les informations manquantes d'un questionnaire que nous aurons commencé à remplir préalablement sur base d'observations personnelles. L'intitulé de ce questionnaire est « Artifacts of Culture Change 2.0 » et comprend une centaine de questions évaluant le degré d'implémentation de Culture Change, c'est-à-dire les caractéristiques et le

1

Version validée par le comité d'éthique de la FPLSE le 21/03/2021

fonctionnement de votre maison de repos (environnement physique, organisation des repas/activités, fonctionnement du personnel...). Pour cela, nous vous proposerons un entretien en face-à-face d'environ 20 minutes.

Nous souhaiterions également faire passer un questionnaire évaluant la qualité de vie à environ 10 résidents. Il s'agira d'entretiens en face-à-face avec le résident d'une durée de 20 minutes. Nous poserons oralement une vingtaine de questions afin d'évaluer leur qualité de vie et ils choisiront une réponse parmi plusieurs propositions de réponses.

Concernant le mode de recrutement des résidents, nous envisageons de faire du porte-à-porte afin de leur proposer de participer à notre étude.

Vos données personnelles (c'est-à-dire les données qui permettent de vous identifier comme votre nom ou vos coordonnées) seront conservées durant la réalisation de l'étude dans un endroit sûr pour un maximum de 2 ans, après quoi elles seront détruites.

Avant de participer à l'étude, nous attirons votre attention sur un certain nombre de points.

Votre participation est conditionnée à une série de droits pour lesquels vous êtes couverts en cas de préjudices. Vos droits sont explicités ci-dessous.

- Votre participation est libre. Vous pouvez l'interrompre sans justification.
- Aucune divulgation de vos informations personnelles n'est possible même de façon non intentionnelle. En cas d'accord pour un enregistrement (audio/vidéo), vos données seront d'autant plus sécurisées. Seules les données codées pourront être transmises à la communauté des chercheurs. Ces données codées ne permettent plus de vous identifier et il sera impossible de les mettre en lien avec votre participation.
- Le temps de conservation de vos données personnelles est réduit à son minimum. Par contre, les données codées peuvent être conservées *ad vitam aeternam*.
- Les résultats issus de cette étude seront toujours communiqués dans une perspective scientifique et/ou d'enseignement.
- En cas de préjudice, sachez qu'une assurance vous couvre.
- Si vous souhaitez formuler une plainte concernant le traitement de vos données ou votre participation à l'étude, contactez le responsable de l'étude et/ou le DPO et/ou le Comité d'éthique (cf. adresses à la fin du document).

Tous ces points sont détaillés aux pages suivantes. Pour toute autre question, veuillez vous adresser au chercheur ou au responsable de l'étude. Si ces informations sont claires et que vous souhaitez participer à l'étude, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement. Conservez bien une copie de chaque document transmis afin de pouvoir nous recontacter si nécessaire.

Toutes les informations récoltées au cours de cette étude seront utilisées dans la plus stricte confidentialité et seuls les expérimentateurs, responsables de l'étude, auront accès aux données récoltées. Vos informations seront codées. Seul le responsable de l'étude ainsi que la personne en charge de votre suivi auront accès au fichier crypté permettant d'associer le code du participant à son nom et prénom, ses coordonnées de contact et aux données de recherche. Ces personnes seront tenues de ne JAMAIS divulguer ces informations.

Les données codées issues de votre participation peuvent être transmises dans le cadre d'une autre recherche en lien avec cette étude-ci. Elles pourront être compilées dans des bases de données accessibles uniquement à la communauté scientifique. Seules les informations codées seront partagées. En l'état actuel des choses, aucune identification ne sera possible. Si un rapport ou un article

est publié à l'issue de cette étude, rien ne permettra votre identification. Vos données à caractère personnel conservées dans la base de données sécurisée sont soumises aux droits suivants : droits d'accès, de rectification et d'effacement de cette base de données, ainsi que du droit de limiter ou de s'opposer au traitement des données. Pour exercer ces droits, vous devez vous adresser au chercheur responsable de l'étude ou, à défaut, au délégué à la protection des données de l'Université de Liège, dont les coordonnées se trouvent au bas du formulaire d'information. Le temps de conservation de vos données à caractère personnel sera le plus court possible, avec une durée de maximum 2 ans. Les données issues de votre participation à cette recherche (données codées) seront quant à elles conservées pour une durée maximale de 15 ans/tant qu'elles seront utiles à la recherche dans le domaine.

Si vous changez d'avis et décidez de ne plus participer à cette étude, nous ne recueillerons plus de données supplémentaires vous concernant et vos données d'identification seront détruites. Seules les données rendues anonymes pourront être conservées et traitées.

Les modalités pratiques de gestion, traitement, conservation et destruction de vos données respectent le Règlement Général sur la Protection des Données (UE 2016/679), les droits du patient (loi du 22 août 2002) ainsi que la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine. Toutes les procédures sont réalisées en accord avec les dernières recommandations européennes en matière de collecte et de partage de données. Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est l'Université de Liège (Place du XX-Août, 7 à 4000 Liège), représentée par son Recteur. Ces traitements de données à caractère personnel seront réalisés dans le cadre de la mission d'intérêt public en matière de recherche reconnue à l'Université de Liège par le Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études du 7 novembre 2013, art.2. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance auprès d'Ethias, conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004).

Vous signerez un consentement éclairé avant de prendre part à l'expérience. Vous conserverez une copie de ce consentement ainsi que les feuilles d'informations relatives à l'étude.

Cette étude a reçu un avis favorable de la part du comité d'éthique de la faculté de psychologie, logopédie et des sciences de l'éducation de l'Université de Liège. En aucun cas, vous ne devez considérer cet avis favorable comme une incitation à participer à cette étude.

Personnes à contacter

Vous avez le droit de poser toutes les questions que vous souhaitez sur cette recherche et d'en recevoir les réponses.

Si vous avez des questions ou en cas de complication liée à l'étude, vous pouvez contacter les personnes suivantes :

Julia Bricteux

Email : julia.bricteux@student.uliege.be

ou l'investigateur principal du projet :

Stéphane Adam

Email : stephane.adam@uliege.be

Unité de Psychologie de la sénescence et du vieillissement

Téléphone : +32 4 366 28 46

Secrétariat : +32 4 366 20 81

Courriel : upsysen@ulg.ac.be

Pour toute question, demande d'exercice des droits ou plainte relative à la gestion de vos données à caractère personnel, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données par e-mail (dpo@uliege) ou par courrier signé et daté adressé comme suit :

Monsieur le Délégué à la protection des données
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Annexe 3 : Consentement éclairé pour les résidents et les directeurs



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education

Comité d'éthique

PRESIDENTE : Fabienne COLLETTE

SECRETAIRE : Annick COMBLAIN

CONSENTEMENT ECLAIRE POUR DES RECHERCHES IMPLIQUANT DES PARTICIPANTS HUMAINS

Titre de la recherche	Etude quantitative : étude du lien entre les pratiques du culture change et la qualité de vie des résidents en maison de repos
Chercheur responsable	Julia Bricteux
Promoteur	Stéphane Adam
Service et numéro de téléphone de contact	Unité de Psychologie de la Sénescence, ULiège 04/366.28.46

- Je, soussigné(e)
déclare :
- avoir reçu, lu et compris une présentation écrite de la recherche dont le titre et le chercheur responsable figurent ci-dessus ;
 - avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.
 - avoir reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

J'ai compris que :

- je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit. Les données codées acquises resteront disponibles pour traitements statistiques.
- je peux demander à recevoir les résultats globaux de la recherche mais je n'aurai aucun retour concernant mes performances personnelles.
- je peux contacter le chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche.
- des données me concernant seront récoltées pendant ma participation à cette étude et que le chercheur/mémorant responsable et le promoteur de l'étude se portent garants de la confidentialité de ces données. Je conserve le droit de regard et de rectification sur

mes données personnelles (données démographiques). Je dispose d'une série de droits (accès, rectification, suppression, opposition) concernant mes données personnelles, droits que je peux exercer en prenant contact avec le Délégué à la protection des données de l'institution dont les coordonnées se trouvent sur la feuille d'information qui m'a été remise. Je peux également lui adresser toute doléance concernant le traitement de mes données à caractère personnel. Je dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

- les données à caractère personnel ne seront conservées que le temps utile à la réalisation de l'étude visée, c'est-à-dire pour un maximum de 1 an.

Je consens à ce que :

- les données anonymes recueillies dans le cadre de cette étude soient également utilisées dans le cadre d'autres études futures similaires, y compris éventuellement dans d'autres pays que la Belgique.
- les données anonymes recueillies soient, le cas échéant, transmises à des collègues d'autres institutions pour des analyses similaires à celles du présent projet ou qu'elles soient mises en dépôt sur des répertoires scientifiques accessibles à la communauté scientifique uniquement.
- mes données personnelles soient traitées selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité du formulaire d'information.

En conséquence, je donne mon consentement libre et éclairé pour être participant à cette recherche.

Lu et approuvé,

Date et signature



QUESTIONNAIRE DE QUALITÉ DE VIE DES RÉSIDENTS EN MR/MRS

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

CODE DU RESIDENT : _____

TYPE D'INSTITUTION : ☐ Maison de repos (MR) ☐ Maison de repos et de soins (MRS)

DURÉE D'INSTITUTIONNALISATION : _____

ÂGE : _____

GENRE : ☒ Homme ☐ Femme ☐ Autres

INSTRUCTIONS:

Ce questionnaire a pour but d'évaluer la perception que vous avez de votre qualité de vie. Plusieurs domaines sont explorés afin d'avoir une vue globale de la qualité de vie. Ceux-ci concernent aussi bien les aspects liés à vos besoins personnels qu'à votre bien-être.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Veuillez sélectionner la réponse qui vous correspond le mieux en cochant une case par ligne. La valeur des chiffres représentent votre degré d'accord avec la question (0 = pas du tout à 10 = tout à fait).

QUESTIONS :

RÉPONSES :

1. PERCEPTION GLOBALE

1. Vous sentez-vous comme chez vous ici ?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait

2. ACTIVITÉS SIGNIFICATIVES

2. Aimez-vous les activités programmées ici ?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait

3. Avez-vous la possibilité de faire des choses/activités qui ont un sens pour vous ? (Sondez : les choses qui sont importantes pour vous, qui comptent)

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait

QUESTIONS :

RÉPONSES:

3. PLAISIR DE MANGER

4. Recevez-vous vos repas préférés ici ?

5. Appréciez-vous les moments des repas ?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait

4. ENVIRONNEMENT

6. Le bruit vous empêche-t-il de dormir la nuit ?
(Sonder : les discussions du personnel, le bruit des machines,...)

7. Avez-vous le sentiment d'avoir assez d'intimité ?
(Sondez : pour avoir une conversation, rencontrer des visiteurs, faire des choses seul ?)

8. Vous sentez-vous en sécurité ici ?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait

5. SOINS AVEC DIGNITÉ

9. Les personnes qui travaillent ici vous écoutent-elles ? (Sonder : être attentif à ce que vous dites, vous regarder lorsque vous parlez, vous répondre)

10. Les personnes qui travaillent ici sont-elles douces lors de vos soins ?

11. Les personnes qui travaillent ici respectent-elles votre pudeur ? (Sonder : couvrir votre corps autant que possible)

12. Les personnes qui travaillent ici font-elles les choses comme vous le souhaitez ? (Sonder : nettoyer correctement votre chambre, mettre la musique que vous aimez, préparer votre café comme vous l'aimez)

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait

6. QUALITÉ DES SERVICES

13. Vos préoccupations sont-elles prises en considération en temps voulu ?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait

QUESTIONS :

6. QUALITÉ DES SERVICES (SUITE)

14. Les personnes qui travaillent ici semblent-elles heureuses de travailler ici ?

15. Les personnes qui travaillent ici font-elles tout leur possible pour que vous ayez une bonne vie ?

7. AUTONOMIE

16. Êtes-vous libre d'aller où et quand vous voulez ?

17. Pouvez-vous prendre des décisions concernant les activités de la vie quotidiennes ? (routines, soins nécessaires, bain, médicaments, habillage, se déplacer dans la maison de repos...)

8. INDÉPENDANCE

18. Les personnes qui travaillent ici vous laissent-elles faire les choses que vous êtes capables de faire vous-mêmes ? (Sonder : s'habiller, faire sa toilette, se déplacer, manger)

19. Accédez-vous aux choses dont vous avez besoin dans votre chambre ?

20. En tenant compte de votre état de santé actuel et dans la limite de vos capacités physiques ou cognitives, êtes-vous aussi indépendant(e) que vous le souhaitez ?

9. COMMUNICATION AVEC LE PERSONNEL

21. Vous invite-t-on à vous exprimer à propos des choses qui ne vous plaisent pas ici ?

22. Les personnes qui travaillent ici passent-elles avec pour seule raison de discuter (sonder : discussions autres que les soins, s'intéressent-elles à votre vie, parlent-elles de leur propre vie) ?

RÉPONSES :

Pas du tout Tout à fait
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Pas du tout Tout à fait
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Pas du tout Tout à fait
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Pas du tout Tout à fait
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Pas du tout Tout à fait
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Pas du tout Tout à fait
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Pas du tout Tout à fait
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Pas du tout Tout à fait
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Pas du tout Tout à fait
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

QUESTIONS :

RÉPONSES :

9. COMMUNICATION AVEC LE PERSONNEL (SUITE)

23. Les personnes qui travaillent ici parlent-elles avec vous des choses qui sont importantes pour vous ?

Pas du tout
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

24. Les personnes qui travaillent ici vous disent-elles ce qu'elles font quand elles s'occupent de vous ?

Pas du tout
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

10. HUMEUR

25. Au cours des 2 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) inquiet(e), anxieux(se) ?

Jamais
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

26. Au cours des 2 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) seul(e) ?

Jamais
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

27. Au cours des 2 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) heureux(se) ?

Jamais
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

OBSERVATIONS DU CHERCHEUR :

Pourquoi le questionnaire est incomplet/ possède des non-réponses, difficultés à répondre... ?

- Fatigue ?
- Incapacités à répondre ?
- Refus de continuer l'enquête ?
- Besoin de soins cliniques ?
- Maladie du résident ?
- Autres...

Annexe 5 : Tableau de justification du choix des items pour l'adaptation du questionnaire
« Minnesota Long-Stay Resident Quality of Life Survey » à notre étude :

Item	Justifications de la suppression des items
Item 1 : « Y a-t-il assez d'activités programmées ici ? »	supprimé car ce qui compte particulièrement pour les résidents en maison de repos concerne la qualité et le sens des activités proposées (Kane et al., 2003). Ainsi, les items « aimez-vous les activités programmées ici ? » et « avez-vous la possibilité de faire des choses/activités qui ont un sens pour vous ? » ont été privilégiés.
Item 3 : « Attendez-vous quelque chose avec impatience la plupart du temps ? »	supprimé car au niveau des statistiques, il a un CFA = 0,685 et donc est un moins grand prédicteur que les autres items des activités significatives (Xu et al., 2024)
Item 4 : « Y a-t-il des choses que vous aimez faire le week-end ? »	supprimé car il est assez similaire à l'item 2 sauf qu'ici, c'est plus spécifique au week-end et il est moins pertinent à mettre en lien avec les pratiques du Culture Change au sein de l'institution car les résidents pourraient parler d'activités qui ont lieu à l'extérieur de l'institution. De plus, au niveau des statistiques, il a un CFA = 0,701 et donc est un moins grand prédicteur que les autres items des activités significatives (Xu et al., 2024)
Item 6 : « Aimez-vous les repas servis ici ? »	supprimé car cet item ressemble à l'item 7 et j'ai choisi de garder l'item 7 car il est plus orienté Culture Change (centré sur la personne, ses préférences)
Item 8 : « Le menu change-t-il assez ? »	supprimé car la qualité est plus importante que la quantité. De plus, au niveau des

	statistiques, il a un CFA = 0,737 et donc est un moins grand prédicteur que les autres items du plaisir de manger (Xu et al., 2024).
Item 13 : « Pouvez-vous profiter de l'extérieur quand vous le souhaitez ? »	Cet item a été supprimé et remplacé par la question : « êtes-vous libre d'aller où et quand vous voulez ? ». Cela évalue le sentiment plus général de liberté, de contrôle, d'autonomie. Cet ajout a été inspiré de Godin et al. (2015), dans son questionnaire de qualité de vie des résidents en maison de repos.
Item 14 : « Pouvez-vous trouver un endroit pour être seul quand vous voulez être seul ? »	supprimé car ressemble fort à l'item 15 qui aborde la notion de l'intimité. Je choisis de garder l'item 15 car cela permet de questionner la perception de l'intimité de façon plus large. De plus, l'item a été supprimé du questionnaire de qualité de vie en MR/MRS de l'étude de Godin et al. (2015) car il semblait moins pertinent selon l'avis des résidents.
Item 16 : « Vos objets personnels sont-ils en sécurité ici ? »	supprimé car la question 17 interroge le sentiment de sécurité au sens plus large (qui peut englober la sécurité des objets personnels). Pour avoir une mesure plus valide qui représente au mieux le domaine, il est peut-être préférable de questionner au sens large. D'ailleurs, Kane et al. (2003) explique que le domaine de la sécurité fait référence à un sentiment général de sécurité, de sûreté et d'ordre. De plus, au niveau des statistiques, il a un CFA = 0,753 (<CFA de l'item 17) et donc est un moins grand

	prédicteur que les autres items de l'environnement (Xu et al., 2024).
Item 23 : « Pouvez-vous vous levez le matin à l'heure que vous voulez ? »	supprimé car cet item est évalué de façon plus générale dans l'item « avez-vous le sentiment de pouvoir décider de certaines choses ? ».
Item 31 : « Obtenez-vous de l'aide en temps voulu lorsque vous en avez besoin ? »	supprimé car ressemble à l'item 26 (« Vos préoccupations sont-elles prises en considération en temps voulu ?) et la formulation semble mettre plus en avant l'approche centrée sur la personne.
Item 33 : « Les personnes qui travaillent ici vérifient-elles assez si vous n'avez besoin de rien ? »	supprimé car ressemble à l'item 26 (« Vos préoccupations sont-elles prises en considération en temps voulu ? ») et que l'item 26 met plus en avant l'approche centrée sur la personne, l'autonomie.
Item 34 : « Les personnes qui travaillent ici demandent-elles avant d'entrer ? »	supprimé car au niveau des statistiques, il a un CFA = 0,587 et donc est un moins grand prédicteur que les autres items de la communication avec le personnel (Xu et al., 2024)
Item 36 : « Les personnes qui travaillent ici se mettent-elles parfois en colère contre vous ? »	supprimé car au niveau des statistiques, il a un CFA = -0,570 et donc est un moins grand prédicteur que les autres items des activités significatives (Xu et al., 2024)
Item 40 : « Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti de l'ennui ? »	Les items 40 et 41 ont été supprimés pour un souci de longueur de questionnaire. En effet, ces items présentent des lacunes en termes de preuves de lien avec la qualité de vie des résidents en maison de repos dans la littérature scientifiques. Dès lors, nous avons privilégié les items abordant l'anxiété, la solitude et le bonheur. En effet, la littérature montre à quel point le type de structure
Item 41 : « Au cours des 2 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous senti en colère ? »	

	<p>inspiré du modèle médicalisé a un impact négatif sur les résidents. En effet, cela augmente les risques de solitude et de dépression chez 50% des résidents (Vanleerberghe et al., 2017). De plus, la littérature montre à quel point la solitude est présente dans les maisons de repos. Le sentiment de solitude est souvent présent en maison de repos. Environ 40% des résidents de maisons de repos ressentent de la solitude. Ce sentiment est lié à la qualité de vie des résidents de maison de repos (Trybusińska & Saracen, 2019).</p>
Item 44 : « Au cours des 2 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous senti intéressé(e) par des choses ? »	<p>L'item 44 a été supprimé car l'intérêt et le sens des choses sont déjà abordés dans l'item « avez-vous la possibilité de faire des choses/activités qui ont du sens pour vous » qui a été conservé.</p>
Item 45 : « Au cours des 2 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous senti triste, malheureux ? »	<p>L'item 48 « Au cours des 2 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous heureux ? » a été conservé en dépit de l'item 45 pour un souci de longueur de questionnaire. En effet, l'item 45 (Tristesse) correspond à l'affect négatif de l'item 48 (bonheur). Nous avons décidé de conserver l'affect positif dans un souci de diversité affective. Cet item 48 a été conservé car la littérature montre à quel point le type de structure inspiré du modèle médicalisé a un impact négatif sur les résidents. En effet, cela augmente les risques de solitude et de dépression chez 50% des résidents (Vanleerberghe et al., 2017).</p>

Note : le numéro des items correspond aux anciens numéros présents dans la version initiale du questionnaire « Minnesota Long-Stay Resident Quality of Life Survey », qui n'est pas adapté à cette étude.

Item	Justification du changement de catégorie
Item 11 : « Accédez-vous aux choses dont vous avez besoin dans votre chambre ? »	déplacé vers une nouvelle catégorie de domaine que j'ai appelée « indépendance ». En effet, les chercheurs n'ont pas fait la différence entre l'autonomie et l'indépendance. Pour cet item 11, il y a la notion de capacités physiques (indépendance) et non la notion de choix, de décisions (autonomie).
Item 20 : « Les personnes qui travaillent ici vous laissent-elles faire les choses que vous êtes capables de faire vous-mêmes ? (Sonder : s'habiller, faire sa toilette, se déplacer, manger) »	déplacé vers le domaine indépendance. En effet, cet item met l'accent sur le souci du maintien de l'indépendance du résident, de la possibilité qu'on leur laisse à être indépendant. L'accent n'est pas mis sur le choix et l'autonomie.

Note : le numéro des items correspond aux anciens numéros présents dans la version initiale du questionnaire « Minnesota Long-Stay Resident Quality of Life Survey », qui n'est pas adapté à cette étude.

Item	Justification du regroupement des items
Item 42 : « Au cours des 2 dernières semaines, vous êtes-vous senti détendu(e) ? »	Les items 42, 43, 46 ont été rassemblés car ils évaluent des émotions extrêmement proches.
Item 43 : « Au cours des 2 dernières semaines, vous êtes-vous senti inquiet(e) ? »	
Item 46 : « Au cours des 2 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous senti effrayé(e) ? »	

Note : le numéro des items correspond aux anciens numéros présents dans la version initiale du questionnaire « Minnesota Long-Stay Resident Quality of Life Survey », qui n'est pas adapté à cette étude.

Item	Justification de l'ajout d'un item
Item 1 : « Vous sentez-vous comme chez vous ici ? »	Godin et al. (2015) suggèrent d'ajouter des items qui évaluent la perception plu globale de la qualité de vie tels que « comment percevez-vous votre qualité de vie ? » ou « Compte tenu de votre état de santé actuel, comment décririez-vous votre expérience globale de vie/ qualité de vie dans cette maison de retraite ? »
Item 17 : « Pouvez-vous prendre des décisions concernant les activités de la vie quotidiennes ? (routines, soins nécessaires, bain, médicaments, habillage, se déplacer dans la maison de repos...) »	Cet item prend en considération la perception du choix de manière générale et rassemble plusieurs items spécifiques de la version initiale du questionnaire. Cet ajout a été inspiré de l'étude de McCabe et al. (2021).
Item 20 : « En tenant compte de votre état de santé actuel et dans la limite de vos capacités physiques ou cognitives, êtes-vous aussi indépendant que vous le souhaitez ? »	Il semble que pour un concept tel que l'indépendance, il est important de questionner de façon plus générale dans une situation où le nombre d'items par domaine est extrêmement limité. Ainsi, cet item semble compléter les deux items existant dans le questionnaire car il donne une perception globale. Kane et al. (2003) définit la compétence fonctionnelle comme la perception des résidents d'être aussi indépendants qu'ils le souhaitent en tenant compte de leurs propres limites en termes de capacités physiques ou cognitives.

Note : le numéro des items correspond aux nouveaux numéros présents dans la version révisée du questionnaire « Minnesota Long-Stay Resident Quality of Life Survey » qui a été adaptée à cette étude.

ARTIFACTS OF CULTURE CHANGE 2.0

Données de l'institution

N° institution :

Type d'institution : / /

Nombre de lits
dans l'institution :

Instructions

Ce questionnaire a pour but d'évaluer le degré d'implémentation du culture change mis en place dans votre institution. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Pour chaque élément, cochez la case qui représente au mieux votre institution. Veuillez cocher une case dans chaque ligne. La valeur des chiffres correspond au degré de mise en oeuvre de la pratique (0 = pas une pratique courante à 10 = entièrement mis en oeuvre)

Si vous vous demandez si une pratique est « entièrement » mise en oeuvre ou non, posez-vous la question : « Pouvons-nous faire mieux ? » Si oui, la pratique n'est probablement pas entièrement mise en oeuvre.

Note :

Certains éléments qui nécessitent des explications supplémentaires sont marqués d'un astérisque (*). Ces explications se trouvent en-dessous de l'item.

LA VIE DIRIGÉE PAR LES RÉSIDENTS

- 1 Les nouveaux résidents et leurs familles sont accueillis par les membres de l'équipe/les responsables, présentés à la maison de repos et informés de la philosophie de la maison de repos en matière de culture change qui consiste à renforcer le contrôle que les résidents ont sur leur vie, leurs droits, les commodités disponibles et le choix des horaires.

N'est pas une
pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis
en oeuvre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- 2 La maison de repos propose au moins un des styles de restauration suivants, laissant aux résidents la possibilité de choisir leur repas : Le style “restaurant” où le personnel prend les commandes des résidents ; Le style “buffet” où les résidents se servent eux-mêmes ou demandent aux membres de l’équipe ce qu’ils veulent ; Le style “familial” où la nourriture est servie dans des plats sur les tables et où les résidents se servent eux-mêmes ou reçoivent de l’aide.



- 3 Chaque repas est disponible pendant au moins 2 heures, et les résidents peuvent aller et venir quand ils le souhaitent.



- 4 Les résidents sont encouragés à préparer et/ou servir les repas s’ils le désirent et en fonction de leurs capacités (en plus des activités de cuisine).



- 5 Les résidents peuvent facilement se procurer des collations et des boissons à n’importe quel moment, sans qu’ils aient à le demander, c’est-à-dire dans un garde-manger, un réfrigérateur ou un snack-bar.



- 6 En plus des collations (décrites à l’item 5), les résidents peuvent commander de la nourriture à la cuisine 24 heures sur 24, et les membres de l’équipe ont la responsabilité de fournir de la nourriture à la demande des résidents.



- 7 Les produits de boulangerie sont cuits dans tous les espaces de vie des résidents, par exemple à l’aide d’une machine à pain ou d’un four à convection, au moins une fois par semaine. Une mise en œuvre complète signifie une cuisson hebdomadaire dans tous les espaces de vie. Une mise en œuvre partielle signifie moins d’une fois par semaine et/ou pas dans tous les espaces de vie.



- 8 L'établissement a une politique qui prend en compte un régime alimentaire standard pour tous les résidents avant d'envisager des régimes alimentaires restreints (diabétique, cardiaque, mixé)
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 9 Les résidents sont encouragés à faire des choix éclairés concernant leur régime alimentaire.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 10 Avant d'utiliser des compléments alimentaires, de « vrais aliments » sont proposés, tels que des smoothies, des milkshakes, des malts.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 11 La maison de repos adhère aux normes de pratique de la restauration.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 12 La maison de repos célèbre les anniversaires individuels des résidents plutôt que, ou en plus de, célébrer les anniversaires des résidents en groupe chaque mois. Les souhaits de chaque résident quant à la façon de fêter son anniversaire, le jour de son anniversaire, sont respectés.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 13 La maison de repos a une politique qui encourage les résidents à amener leur propre chien ou chat pour vivre avec eux. La politique comprend l'aide aux soins des animaux de compagnie pour les résidents incapables de fournir des soins à leur animal.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 14 La maison de repos soutient une philosophie qui privilégie des expériences réelles et authentiques en matière de relation plutôt que des substituts artificiels ou technologiques.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 15 La maison de repos soutient le réveil naturel de chaque résident plutôt que de réveiller les résidents selon un horaire fixe.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

- 16 Les préférences de chaque résident pour une bonne nuit de sommeil sont connues et respectées, telles que le niveau de lumière, les oreillers, les couvertures et les draps souhaités.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 17 L'heure de coucher quotidienne souhaitée de chaque résident (qui peut varier) est connue et respectée.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 18 Les résidents ne sont réveillés pendant la nuit que selon leur préférence et leurs besoins individualisés (et non selon une approche générique telle que « retourner et repositionner les résidents toutes les deux heures » ou imposer des contrôles d'incontinence de routine).
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 19 Les médicaments sont administrés en fonction des rythmes quotidiens individuels de chaque résident, tels que le réveil et les repas (plutôt qu'à des heures précises).
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 20 Des approches individualisées et non pharmacologiques sont intégrées au projet de vie avant la prescription de médicaments psychoactifs. Les résidents qui reçoivent déjà des médicaments psychoactifs au moment de leur arrivée font l'objet d'un projet de vie prévoyant des approches non pharmacologiques visant à réduire ou à éliminer ces médicaments.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 21 Des techniques de bain/douche individualisées sont utilisées, telles que le bain sans bataille* ou des techniques similaires.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

*Le bain sans bataille comprend des méthodes de bain, douche, toilette au lit, lavage de cheveux, adaptées aux peurs et aux douleurs des résidents et utilisées pour améliorer l'expérience du bain des personnes qui résistent aux techniques traditionnelles tout en facilitant le travail du personnel.

- 22 Les préférences des résidents en termes de méthode de bain sont connues et respectées (bain, douche, bain de lit).
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 23 Les préférences des résidents en matière d'heure et de fréquence de bain/douche sont connues et respectées.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 24 La maison de repos se coordonne pour qu'une personne, comme un membre de la famille, un ami, un bénévole ou un membre de l'équipe, soit avec un résident mourant en tout temps (à moins qu'il ne préfère être seul).
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 25 Des mémoriaux et des commémorations individuels sont organisés à la maison de repos pour honorer les résidents à leur décès.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 26 Des rituels sont mis en place pour que les résidents et les membres de l'équipe reconnaissent et traitent la mort, par exemple, un mémorial au chevet du patient, des carillons annonçant une procession devant la porte d'entrée, un livre spécial pour les souvenirs.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 27 Les résidents déterminent leur propre emploi du temps quotidien et peuvent faire des demandes et des modifications spontanées. Les préférences en termes d'horaire des résidents sont intégrées aux horaires des membres de l'équipe.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 28 Les résidents participent au groupe de travail/comité/équipe qui prend des décisions concernant la décoration (salons, espaces extérieurs, salles de bain, etc.) et les achats (aliments et boissons, linge de maison, meubles, etc.).
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

- 29 Les résidents participent au groupe de travail/comité/équipe qui prend des décisions sur la nourriture, la planification des menus et l'ambiance des repas.

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en oeuvre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- 30 Les résidents participent au groupe de travail/comité/équipe qui prend des décisions concernant le quotidien de la maison de repos, les événements, la façon de célébrer les fêtes.

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en oeuvre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- 31 Les résidents participent au groupe de travail/comité/équipe qui prend des décisions concernant le recrutement des membres de l'équipe.

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en oeuvre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- 32 Les résidents et les familles sont tenus au courant des changements de politiques et des décisions qui les concernent.

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en oeuvre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- 33 La maison de repos encourage les résidents à faire du bénévolat s'ils le désirent.

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en oeuvre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- 34 La maison de repos met à disposition des groupes de soutien abordant des thèmes tels que le deuil / la perte, la vie avec la démence.

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en oeuvre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- 35 Les résidents et les membres de l'équipe participent à la prise de décision pour leur quartier, leur ménage ou leur couloir.

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en oeuvre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ÊTRE BIEN CONNU

- 36 La maison de repos recueille des renseignements sur les histoires de vie des résidents, leurs intérêts et préférences actuels.

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en oeuvre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- 37 Le projet de vie de chaque résident est propre à chaque personne et reflète ses objectifs.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 38 Le projet de vie de chaque résident comprend un plan de déplacement et de mobilité individualisé en fonction de ses capacités et de ses préférences.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 39 Le projet de vie de chaque résident comprend les préférences et les aménagements nécessaires pour sortir de l'institution, aller à l'extérieur.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 40 Le projet de vie de chaque résident comprend le type de musique qu'il préfère et sa méthode d'écoute.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 41 Le projet de vie de chaque résident comprend ce qui donne un sens et un but à l'individu, par exemple, le service communautaire, le bénévolat et les activités individuelles.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 42 Le projet de vie de chaque résident comprend les préférences habituelles pour une bonne nuit de sommeil, p. ex., éclairage, oreillers, couvertures ; le projet de vie reconnaît que les préférences peuvent varier d'un jour à l'autre.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 43 Le projet de vie comprend les préférences du résident en matière de fin de vie.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 44 Les réunions à propos du projet de vie des résidents tiennent compte de la disponibilité des résidents/de leurs familles (horaires, téléconférence).
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

- 45 Un aide-soignant qui connaît bien un résident assiste et contribue à la réunion du projet de vie de ce dernier.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 46 La maison de repos fournit le projet de vie complet au résident ou à la famille dans un format compréhensible.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 47 Tous les membres de l'équipe qui s'occupent d'un résident fournissent des commentaires et reçoivent des informations sur les préférences actuelles du résident en matière de projet de vie et sur son histoire de vie.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 48 Tous les membres de l'équipe qui s'occupent d'un résident utilisent quotidiennement les objectifs et les approches planifiés dans le projet de vie.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET ADAPTATION DES BESOINS ET DES PRÉFÉRENCES

- 49 Les résidents vivent en petits groupes dans des unités de vie, par exemple, quartiers, petites maisons, foyers qui comprennent une cuisine complète, une salle à manger et un salon.
- Entièrement mis en oeuvre si les zones de vie des résidents comptent 16 résidents ou moins. Partiellement mis en oeuvre si les zones de vie des résidents sont de 17 à 24 ou si l'aménagement de zones de vie plus petites est en cours. Pas une pratique courante si les zones de vie des résidents sont supérieures à 25.*
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 50 Tous les résidents vivent dans des chambres privées.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

- 51 Les résidents vivent soit dans des chambres privées, soit dans des chambres partagées où l'espace de vie des résidents est séparé par un mur (et non par un rideau d'intimité).
Entièrement mis en œuvre signifie que tous les résidents vivent dans des chambres privées ou partagées dans le respect de l'intimité.
- 52 La maison de repos n'a pas de bureau d'infirmières ; Les membres de l'équipe travaillent dans des zones accessibles aux résidents et aux familles.
- 53 La maison de repos a supprimé ou n'a jamais utilisé les chariots de médicaments.
- 54 Tous les résidents (qu'ils soient debout ou assis) peuvent se voir dans le miroir de leur évier.
- 55 Les résidents assis peuvent atteindre confortablement leurs éviers.
- 56 Les articles de toilette de chaque résident sont à portée de main.
- 57 Les placards ont des tringles mobiles qui sont réglées à différentes hauteurs selon les préférences et les besoins des résidents.
- 58 Les résidents sont invités à décorer leurs murs selon leurs préférences (par exemple avec des crochets/bandes amovibles).

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en œuvre

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en œuvre

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en œuvre

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en œuvre

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en œuvre

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en œuvre

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en œuvre

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en œuvre

- 59 La maison de repos met à disposition une source d'éclairage supplémentaire dans la chambre du résident si celui-ci en fait la demande, comme une lampe de sol ou une lampe de lecture.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 60 La maison de repos a minimisé les risques d'éblouissement causés par des fenêtres non protégées et des sols réfléchissants dans les zones de vie des résidents.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 61 Les lampes d'appel situées au-dessus des portes ont été remplacées par d'autres solutions telles que des lampes de porche situées sur le côté des portes des chambres des résidents ou un système de communication silencieux.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 62 La maison de repos dispose d'un système d'appel lumineux et silencieux ou a désactivé la fonction sonore pour n'utiliser que la fonction visuelle.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 63 Les membres de l'équipe communiquent entre eux sans utiliser de haut-parleurs (prévus pour les annonces publiques).
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 64 Les chambres des résidents disposent de boîtes aux lettres à l'entrée de la chambre ou dans un espace qui centralise le courrier.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 65 La maison de repos soutient le droit des résidents d'avoir un réfrigérateur dans leur chambre.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 66 Les résidents et les familles ont facilement accès à des micro-ondes et à de l'aide au besoin.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

- 67 Les résidents et les familles ont facilement accès à des cafetières et à de l'aide si nécessaire.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 68 Dans les salles à manger, les repas ne se prennent pas sur des plateaux. Les aliments sont retirés de tout plateau utilisé pour le transport.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 69 La nourriture est servie sur de la vaisselle normale, de la porcelaine, de la verrerie, de l'argenterie. Les assiettes jetables, l'argenterie en plastique, les cartons de lait ne sont utilisés que pour des occasions spéciales telles que les pique-niques.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 70 Chaque table de salle à manger dispose de condiments tels que des salières et des poivrières.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 71 Le Wi-Fi est disponible pour les résidents et les visiteurs dans tous les espaces de vie des résidents sans frais supplémentaires, les mots de passe sont affichés et facilement accessibles (si nécessaire), et les membres de l'équipe fournissent l'aide nécessaire.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 72 La maison de repos offre un espace extérieur accessible aux résidents au moment de leur choix. Une assistance est fournie à tout résident ayant besoin d'aide pour accéder à cet espace.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 73 La maison de repos dispose de son propre chemin de marche extérieur qui n'est pas un trottoir de la ville.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 74 Sauf en cas d'urgence, le système d'annonces par haut-parleurs ou via des téléphones à haut-parleur est désactivé.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

- 75 Les résidents/familles ont facilement accès à une machine à laver et à un séchoir pour leur propre usage. Les membres de l'équipe offrent de l'aide au besoin.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 76 Dans les maisons de repos qui ne disposent pas de salle de bain complète dans les chambres des résidents, ces derniers sont accompagnés jusqu'aux zones de bain, soit entièrement habillés, soit en peignoir et en pantoufles, selon leur préférence.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 77 Dans les zones de bain, chaque résident a de l'intimité.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 78 Il n'y a pas d'espaces de vie verrouillés.
(Remarque : il s'agit uniquement d'une pratique entièrement mise en œuvre, sans option partielle. Si des espaces de vie sont verrouillés, cochez Pas une pratique courante).
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 79 Les résidents en fauteuil roulant sont assis sur des chaises ordinaires dans la salle à manger, s'ils le désirent.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 80 Avant ou pendant le processus d'emménagement, et lorsque des changements surviennent, le résident/la famille est informé(e) de toutes les commodités/opportunités disponibles (comités, conseil des résidents, options de bénévolat, centre informatique, massage, etc.).
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 81 Dans la maison de repos, des sièges fixés au sol sont accessibles dans les couloirs.
Entièrement mis en œuvre si vous avez des couloirs avec des groupes de sièges ou si vous n'avez pas de couloirs.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

- 82 Pour permettre aux résidents de se déplacer en toute sécurité entre les lits et les salles de bains, des veilleuses sont utilisées dans les chambres des résidents.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 83 Les alarmes sonores de chaise, de lit, de sol et de porte ne sont pas utilisées.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 84 La maison de repos n'utilise pas de bavoirs/protège-vêtements (des serviettes en lin ou en papier, etc. sont utilisées à la place).
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 85 Le bruit la nuit est minimisé pour améliorer le sommeil des résidents, par exemple, en réduisant les grincements de roues, les conversations bruyantes du personnel et les autres bruits signalés par les résidents.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

FAMILLE ET COMMUNAUTÉ

- 86 Des enfants interagissent régulièrement avec les résidents.
(Entièrement mis en oeuvre signifie au moins une fois par semaine. Partiellement mis en oeuvre signifie au moins une fois par mois.)
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 87 Selon les préférences des résidents, la maison de repos organise des rencontres entre les résidents et la communauté extérieure.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 88 La maison de repos permet aux résidents de participer activement à la vie communautaire à l'extérieur de la maison, comme les clubs, le bénévolat dans les écoles, les refuges pour animaux, les refuges pour sans-abri.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 89 Les résidents ont la possibilité de participer à des événements à l'extérieur de la maison, tels que des foires, des défilés, des votes, des concerts et des jeux de balle.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

90 La maison de repos dispose d'un café/restaurant/taverne/cantine où les résidents et les familles peuvent obtenir de la nourriture et des boissons tous les jours.

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en oeuvre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

91 La maison de repos dispose d'un magasin/boutique où les résidents et les visiteurs peuvent acheter des cadeaux, des articles de toilette, des collations.

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en oeuvre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

92 Une cuisine, un appartement de réadaptation ou une cuisine d'activité est à la disposition des résidents et des familles pour cuisiner et faire de la pâtisserie. La maison de repos informe intentionnellement les résidents et les familles de sa disponibilité.

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en oeuvre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

93 Un conseil/groupe de famille se réunit régulièrement.

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en oeuvre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

94 La maison de repos sollicite activement les points de vue des membres de la famille et les traite comme des partenaires plutôt que comme des visiteurs en travaillant ensemble pour répondre aux préférences du résident.

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en oeuvre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

95 La maison de repos recrute des membres de la famille et des membres de la communauté extérieure comme bénévoles.

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en oeuvre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

LEADERSHIP ET ENGAGEMENT DE L'ÉQUIPE

96 Des réunions d'équipe pluridisciplinaires ont lieu tous les jours pour les membres de l'équipe qui s'occupent des résidents.

N'est pas une pratique courante

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entièrement mis en oeuvre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- 97 Tous les résidents ont un membre de l'équipe qui leur est attribué pour servir de « référent ». Les membres de l'équipe assignés sont responsables de 1 ou 2 résidents, assurant la coordination continue des soins et des services entre les équipes et les services, et répondant aux besoins, aux préférences et aux demandes des résidents.



- 98 Les cercles d'apprentissage* sont utilisés régulièrement dans les réunions d'équipe et de résidents pour donner à chaque personne l'occasion de partager ses opinions et ses idées.



* Les cercles d'apprentissage sont des réunions de groupe au sein desquels chaque individu a la possibilité de s'exprimer chacun à son tour et sans interruption sur un sujet donné.

- 99 Les réunions communautaires* ont lieu régulièrement, au moins une fois par semaine, et rassemblent les résidents, les membres de l'équipe et les familles en tant que communauté. La communauté décide ensemble du contenu, par exemple en discutant de sujets d'intérêt commun, en invitant de nouveaux résidents et de nouveaux membres de l'équipe à se présenter, en célébrant les événements de la vie, en résolvant des problèmes, en planifiant des événements futurs, en examinant les politiques.



*Les réunions communautaires ont pour but de se rassembler en communauté pour renforcer les liens

- 100 Les membres de l'équipe de direction se tiennent périodiquement au courant du culture change et de l'autodétermination des résidents et partagent cette information avec les membres de l'équipe et les résidents.



- 101 Les membres de l'équipe de direction ont un processus continu pour identifier et éliminer les obstacles au culture change et à l'autodétermination des résidents en ce qui concerne la langue, les politiques, les descriptions de travail et les changements de système.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 102 L'administrateur ou l'équivalent soutient les efforts de culture change, notamment en rassemblant des équipes, des projets et des comités pour diriger les changements. La description de poste de ce leader reflète ce rôle.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 103 Les leaders de haut niveau tels que le PDG, les propriétaires et les membres du conseil d'administration soutiennent activement la philosophie de culture change à travers des comités, des projets, des engagements et des ressources, et souhaitent recevoir des mises à jour sur les progrès réalisés.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 104 La maison de repos dispose d'un groupe de travail, d'un comité ou d'une équipe permanente sur le culture change composé d'un large éventail de résidents et de membres de la famille, des différents membres des équipes de supervision et de soins, de l'administration et de la direction des soins infirmiers.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 105 Les membres du personnel accompagnent les mêmes résidents chaque fois qu'ils travaillent (sans rotation prévue).
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 106 Les aides-soignant(e)s travaillent ensemble pour décider qui travaille, quand et comment couvrir les absences en cas d'appel (auto-planification).
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

- 107 Le culture change et l'autodétermination des résidents sont abordés lors des entrevues de recrutement.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 108 Le briefing des nouveaux employés met l'accent sur le rôle de chaque membre de l'équipe dans le soutien du culture change et l'autodétermination des résidents.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 109 Chaque description de poste mentionne la responsabilité du membre de l'équipe d'encourager l'autodétermination des résidents.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 110 Les systèmes de récompense et de reconnaissance mettent l'accent sur le soutien des membres de l'équipe à l'autodétermination des résidents.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 111 Toutes les évaluations de performance comprennent une catégorie pour le soutien à l'autodétermination des résidents.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 112 Tous les membres de l'équipe reçoivent une formation spécifique sur le culture change et l'autodétermination des résidents au moins une fois par an.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre
- 113 Les principes du culture change et l'autodétermination des résidents sont intégrés dans toutes les formations du personnel.
- N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

- 114 Les directeurs médicaux participent activement aux efforts de culture change de la maison de repos. Cette dernière propose une formation aux directeurs médicaux, au moins une fois par an, sur le culture change et l'autodétermination des résidents, ainsi que sur leur responsabilité dans ce processus, par exemple en encourageant les résidents à faire des choix éclairés, en adoptant des politiques flexibles en matière de médicaments.



- 115 Les membres de l'équipe portent des vêtements qui favorisent un environnement « comme à la maison » (par opposition aux blouses blanches ou aux uniformes médicalisés).



- 116 Les membres de l'équipe, autres que les aides-soignants, sont encouragés à suivre une formation polyvalente de type aide-soignant, ce qui favorise une approche d'équipe pour répondre aux besoins des résidents en matière de soins.



- 117 Les membres de l'équipe autres que ceux qui gèrent les activités et les loisirs mobilisent régulièrement les résidents, individuellement ou en animant des groupes d'intérêt pour les résidents.



- 118 La maison de repos invite et encourage les membres de l'équipe à dîner avec les résidents.



- 119 Il existe une échelle de carrière pour les aides-soignants leur permettant d'occuper un poste plus élevé que le niveau de base. Ce poste plus élevé permet de superviser et d'encadrer d'autres aides-soignants.



- 120 La maison de repos encourage et soutient les membres de l'équipe qui souhaitent poursuivre leur formation*

N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

**Cela pourrait signifier que l'établissement fait preuve de flexibilité pour répondre à la nécessité qu'un membre de l'équipe puisse assister à des cours pendant ses heures de travail normales, des bourses d'études, etc.*

- 121 Pour recruter des bénévoles et diriger les activités bénévoles, la maison de repos dispose d'un coordinateur des bénévoles rémunéré, en plus du directeur des activités (à temps partiel ou à temps plein).

N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

- 122 Tous les membres de l'équipe reçoivent chaque année une formation sur l'accompagnement des personnes atteintes de démence.

N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

- 123 La maison de repos utilise un langage non-institutionnel* dans tous les documents (dossiers cliniques, descriptions de poste, politiques et procédures) et dans les interactions verbales, et propose une formation régulière à tous les membres de l'équipe pour éliminer le langage institutionnel.

N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

**Un langage non-institutionnel signifie que la personne est considérée avant tout, en préservant sa dignité et en supprimant les termes péjoratifs, infantilisants.*

- 124 Il existe un conseil/forum des employés ou équivalent qui se réunit régulièrement (pour discuter des problématiques, planifier des événements, apporter du soutien).

N'est pas une pratique courante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Entièrement mis en oeuvre

Annexe 7 : tableaux de justification du choix des items pour l'adaptation de l'Artifacts of Culture Change 2.0 à notre étude :

Item	Justification de la suppression des items
Item 13 : « La maison de repos utilise diverses huiles essentielles pour améliorer l'appétit, diminuer la douleur, réduire l'anxiété et l'insomnie. Les huiles essentielles sont sélectionnées pour les individus en fonction de leurs besoins et de leurs préférences, et uniquement pour les résidents qui ne sont pas allergiques, réactifs ou sensibles. (Approches non pharmacologiques) »	<ul style="list-style-type: none"> - Les items 13, 14 ont été supprimés et l'item 23 gardé car ce qui importe est l'utilisation d'une approche non-pharmacologique au lieu de l'usage de médicaments psychoactifs. L'utilisation de techniques trop spécifiques (huiles essentielles, massothérapie) pourraient omettre toutes autres techniques non-pharmacologiques qui peuvent avoir un effet bénéfique sur les résidents. L'utilisation d'un terme plus générique et moins exclusif (approches non-pharmacologiques en général) serait donc plus adapté.
Item 14 : « La maison de repos offre des services de massothérapie aux résidents par des personnes formées selon les préférences des résidents. (Approches non pharmacologiques) »	
Item 15 : « Au moins un chien ou un chat vit sur les lieux. »	<ul style="list-style-type: none"> - L'item 15 a été supprimé car cet item semble trop spécifique. Tout le monde n'aime pas les chiens et les chats.
Item 35 : « Les résidents participent au comité QAA/QAPI. (Reportez-vous au programme QAPI CMS F866) »	<ul style="list-style-type: none"> - L'item 35 fait référence à des normes du Minnesota qui ne sont pas forcément valables en Belgique.
Item 39 : « Les résidents et les membres de l'équipe participent à la prise de décision. »	<ul style="list-style-type: none"> - L'item 39 n'était pas formulé de manière suffisamment explicite pour en permettre une compréhension claire.
Item 41 : « La maison de repos tente de comprendre les expressions et les préférences des personnes qui ne peuvent pas	<ul style="list-style-type: none"> - L'item 41 semble faire référence à une population bien spécifique qui ne correspond pas au public visé dans la

communiquer verbalement et intègre l'information dans le plan de soins. »	présente étude (critères d'exclusion : personnes atteintes de démence modérée à avancée).
Item 43 : « Le processus d'évaluation complet de chaque résident aborde les domaines alternatifs du bien-être Eden : identité, connectivité, sécurité, sens, autonomie, croissance et joie, tels qu'énumérés dans les activités CMS F679. »	- L'item 43 fait référence à des normes du Minnesota qui ne sont pas forcément pas valables en Belgique.
Item 66 : « L'éclairage dans toutes les zones d'utilisation des résidents est suffisant, selon les résidents. (Reportez-vous à CMS F584 Homelike Environment) »	- L'item 66 présente une incompatibilité avec la méthodologie de la présente étude dans laquelle les chercheurs et les directeurs sont les uniques répondants au questionnaire Artifacts of Culture Change 2.0.
Item 79 : « Il y a suffisamment de prises de courant dans les chambres des résidents, dans des endroits accessibles et à la portée des résidents. »	- L'item 79 présente un caractère subjectif important, c'est-à-dire qu'il manque de précision (qu'est-ce que « suffisant » ?)

Note : il s'agit des chiffres correspondant aux items de la version originale du questionnaire Artifacts of Culture Change 2.0 et non adapté à la présente étude.

Item	Justification du regroupement des items
Item 113 : « Les infirmières et infirmiers offrent un soutien aux mêmes résidents chaque fois qu'ils travaillent (sans rotation prévue). »	- Les items 113, 114, 115 ont été rassemblés car il s'agit des mêmes items avec comme seule différence que les membres du personnel concernés n'ont pas le même statut. De plus, le niveau de qualification des infirmiers en Belgique diffère de celui du Minnesota. La mise en avant de l'engagement, la notion de soutien
Item 114 : « Les infirmières et infirmiers auxiliaires offrent un soutien aux mêmes résidents chaque fois qu'ils travaillent (sans rotation prévue). »	

Item 115 : « Les aides-soignant(e)s offrent un soutien aux mêmes résidents chaque fois qu'ils travaillent (sans rotation prévue).	aux résidents (peu importe le statut) me semble prioritaire.
--	--

Note : il s'agit des chiffres correspondant aux items de la version originale du questionnaire Artifacts of Culture Change 2.0 et non adapté à la présente étude.

Annexe 8 : Tableau des critères d'évaluation des items de l'Artifacts of Culture Change 2.0
évalués sur base des observations des chercheurs ou à travers les propos des directeurs :

Item	Cotations
Item 2 : « La maison de repos propose au moins un des styles de restauration suivants, laissant aux résidents la possibilité de choisir leur repas : Le style “restaurant” où le personnel prend les commandes des résidents ; Le style “buffet” où les résidents se servent eux-mêmes ou demandent aux membres de l'équipe ce qu'ils veulent ; Le style “familial” où la nourriture est servie dans des plats sur les tables et où les résidents se servent eux-mêmes ou reçoivent de l'aide. »	0 : Aucun style de restauration 5 : Au moins un style de restauration avec fréquence aléatoire 10 : Au moins un style de restauration au quotidien
Item 3 : « Chaque repas est disponible pendant au moins 2 heures, et les résidents peuvent aller et venir quand ils le souhaitent. »	0 : jamais 5 : certains repas mais pas tous 10 : tous les repas sont disponibles au moins 2 heures
Item 4 : « Les résidents sont encouragés à préparer et/ou servir les repas s'ils le désirent et en fonction de leurs capacités (en plus des activités de cuisine). »	0 : pas courant 10 : oui
Item 5 : « Les résidents peuvent facilement se procurer des collations et des boissons à n'importe quel moment, sans qu'ils aient à le demander, c'est-à-dire dans un garde-manger, un réfrigérateur ou un snack-bar. »	0 : non 3 : payant et pas tous les jours 5 : oui, toujours à disposition mais payant 10 : oui, toujours à disposition et gratuit (réfrigérateur,...)
Item 12 : « La maison de repos célèbre les anniversaires individuels des résidents plutôt que, ou en plus de, célébrer les anniversaires des résidents en groupe chaque mois. Les souhaits de chaque résident quant à la façon	0 : uniquement anniversaires du mois 2 : petite(s) attention(s) le jour de l'anniversaire (cartes d'anniversaire,...) 8 : cadeau(x) personnalisé(s) le jour de l'anniversaire

de fêter son anniversaire, le jour de son anniversaire, sont respectés. »	10 : fête individuelle (selon les préférences) et cadeaux personnalisés le jour de l'anniversaire
Item 13 : « La maison de repos a une politique qui encourage les résidents à amener leur propre chien ou chat pour vivre avec eux. La politique comprend l'aide aux soins des animaux de compagnie pour les résidents incapables de fournir des soins à leur animal. »	0 : interdiction 2 : autorisé exceptionnellement 5 : autorisé mais sans aide de la part du personnel 8 : autorisé avec aide aléatoire du personnel 10 : autorisé avec toujours de l'aide du personnel si nécessaire
Item 28 : « Les résidents participent au groupe de travail/comité/équipe qui prend des décisions concernant la décoration (salons, espaces extérieurs, salles de bain, etc.) et les achats (aliments et boissons, linge de maison, meubles, etc.). »	0 : non 3 : lorsque les résidents abordent le sujet, le personnel essaye d'en tenir compte 5 : conseil des résidents où le sujet peut être abordé 10 : conseil dédié spécifiquement pour cela
Item 29 : « Les résidents participent au groupe de travail/comité/équipe qui prend des décisions sur la nourriture, la planification des menus et l'ambiance des repas. »	0 : non 3 : lorsque les résidents abordent le sujet, le personnel essaye d'en tenir compte 5 : conseil des résidents où le sujet peut être abordé 10 : conseil dédié spécifiquement pour cela
Item 30 : « Les résidents participent au groupe de travail/comité/équipe qui prend des décisions concernant le quotidien de la maison de repos, les événements, la façon de célébrer les fêtes. »	0 : non 3 : lorsque les résidents abordent le sujet, le personnel essaye d'en tenir compte 5 : conseil des résidents où le sujet peut être abordé 10 : conseil dédié spécifiquement à cela
Item 31 : « Les résidents participent au groupe de travail/comité/équipe qui prend des décisions concernant le recrutement des membres de l'équipe. »	0 : non 5 : oui mais pas systématiquement 10 : oui, systématiquement

Item 37 : « Le projet de vie de chaque résident est propre à chaque personne et reflète ses objectifs »	0 : projet de vie qui ne reflète pas les objectifs des résidents ou pas de projet de vie 10 : oui, projet de vie qui reflète les objectifs des résidents
Item 40 : « Le projet de vie comprend le type de musique qu'il préfère et sa méthode d'écoute. »	0 : non ou pas de projet de vie 5 : type de musique uniquement 10 : type de musique et méthode d'écoute
Item 41 : « Le projet de vie comprend ce qui donne un sens et un but à l'individu, par exemple, le service communautaire, le bénévolat et les activités individuelles. »	0 : Non 10 : Oui
Item 42 : « Le projet de vie de chaque résident comprend les préférences habituelles pour une bonne nuit de sommeil, p. ex., éclairage, oreillers, couvertures ; le projet de vie reconnaît que les préférences peuvent varier d'un jour à l'autre. »	0 : Non 10 : Oui
Item 43 : « Le projet de vie comprend les préférences du résident en matière de fin de vie. »	0 : non 10 : oui, présent dans le projet de vie ou dans un document appelé PSPA (« plan de soins personnalisé et autodéterminé »)
Item 49 : « Les résidents vivent en petits groupes dans des unités de vie, par exemple, quartiers, petites maisons, foyers qui comprennent une cuisine complète, une salle à manger et un salon. <i>Entièrement mis en œuvre si les zones de vie des résidents comptent 16 résidents ou moins. Partiellement mis en œuvre si les zones de vie des résidents sont de 17 à 24 ou si l'aménagement de zones de vie plus petites est en cours. Pas une pratique courante si les</i>	0 : les zones de vie des résidents sont supérieures à 25 5 : les zones de vie des résidents sont de 17 à 24 ou si l'aménagement de zones de vie plus petites est en cours 10 : les zones de vie des résidents comptent 16 résidents ou moins

<i>zones de vie des résidents sont supérieures à 25. »</i>	
Item 50 : « Tous les résidents vivent dans des chambres privées. »	0 : plusieurs chambres partagées 10 : uniquement des chambres privées ou chambres privées qui peuvent être aménagées en chambres de couple selon les préférences des résidents
Item 51 : « Les résidents vivent soit dans des chambres privées, soit dans des chambres partagées où l'espace de vie des résidents est séparé par un mur (et non par un rideau d'intimité). <i>Entièrement mis en œuvre signifie que tous les résidents vivent dans des chambres privées ou partagées dans le respect de l'intimité.</i> »	0 : rideau d'intimité dans les chambres doubles 10 : murs à la place du rideau ou uniquement des chambres privées au sein de l'établissement
Item 52 : « La maison de repos n'a pas de bureau d'infirmières ; Les membres de l'équipe travaillent dans des zones accessibles aux résidents et aux familles. »	0 : zones non-accessibles aux résidents (bureau d'infirmières,...) 10 : toutes les pièces sont accessibles aux résidents
Item 53 : « La maison de repos a supprimé ou n'a jamais utilisé les chariots de médicaments. »	0 : l'établissement utilise des chariots à médicaments 5 : utilisation de chariots à médicaments mais en limitant son passage dans les chambres (ex. : passage limité à une fois par semaine) 10 : absence de chariots à médicaments
Item 54 : « Tous les résidents (qu'ils soient debout ou assis) peuvent se voir dans le miroir de leur évier. »	0 : non 10 : oui
Item 55 : « Les résidents assis peuvent atteindre confortablement leurs éviers. »	0 : non, pas facile d'accès pour les personnes en chaise roulante 10 : oui
Item 56 : « Les articles de toilette de chaque résident sont à portée de main. »	0 : non, pas d'espace suffisant sur l'évier ou d'étagères à proximité

	10 : oui
Item 57 : « Les placards ont des tringles mobiles qui sont réglées à différentes hauteurs selon les préférences et les besoins des résidents. »	0 : non 10 : oui
Item 58 : « Les résidents sont invités à décorer leurs murs selon leurs préférences (par exemple avec des crochets/bandes amovibles). »	0 : non, les résidents ne peuvent pas décorer leurs murs 5 : les résidents peuvent décorer leurs murs mais pas selon leurs préférences (ex. : pas de façon illimitée) 10 : oui, les murs sont décorés selon les préférences des résidents
Item 61 : « Les lampes d'appel situées au-dessus des portes ont été remplacées par d'autres solutions telles que des lampes de porche situées sur le côté des portes des chambres des résidents ou un système de communication silencieux. »	0 : non, présence de lampes au-dessus des chambres 10 : oui, absence de lampes au-dessus des chambres
Item 62 : « La maison de repos dispose d'un système d'appel lumineux et silencieux ou a désactivé la fonction sonore pour n'utiliser que la fonction visuelle. »	0 : non, le système d'appel est sonore 10 : oui, le système d'appel est silencieux
Item 63 : « Les membres de l'équipe communiquent entre eux sans utiliser de haut-parleurs (prévus pour les annonces publiques). »	0 : non 10 : oui
Item 64 : « Les chambres des résidents disposent de boîtes aux lettres à l'entrée de la chambre ou dans un espace qui centralise le courrier. »	0 : absence de boîtes aux lettres 10 : présence de boîtes aux lettres personnelles
Item 65 : « La maison de repos soutient le droit des résidents d'avoir un réfrigérateur dans leur chambre. »	0 : interdiction d'avoir un réfrigérateur dans les chambres

	<p>5 : autorisation d'apporter son réfrigérateur, mais pas fourni systématiquement par l'établissement</p> <p>10 : réfrigérateur fourni automatiquement par l'établissement</p>
Item 69 : « La nourriture est servie sur de la vaisselle normale, de la porcelaine, de la verrerie, de l'argenterie. Les assiettes jetables, l'argenterie en plastique, les cartons de lait ne sont utilisés que pour des occasions spéciales telles que les pique-niques. »	<p>0 : non</p> <p>10 : oui</p>
Item 70 : « Chaque table de salle à manger dispose de condiments tels que des salières et des poivrières. »	<p>0 : pas de salières ni poivrières</p> <p>5 : disponibilité de salières et poivrières mais pas sur toutes les tables</p> <p>10 : oui, sur toutes les tables</p>
Item 73 : « La maison de repos dispose de son propre chemin de marche extérieur qui n'est pas un trottoir de la ville. »	<p>0 : non, trottoir de la ville</p> <p>10 : oui, chemin de marche extérieur</p>
Item 74 : « Sauf en cas d'urgence, le système d'annonces par haut-parleurs ou via des téléphones à haut-parleur est désactivé. »	<p>0 : non, utilisation de système d'annonce</p> <p>10 : oui, système désactivé ou absent</p>
Item 76 : « Dans les maisons de repos qui ne disposent pas de salle de bain complète dans les chambres des résidents, ces derniers sont accompagnés jusqu'aux zones de bain, soit entièrement habillés, soit en peignoir et en pantoufles, selon leur préférence. »	<p>0 : non</p> <p>5 : oui</p> <p>10 : ne disposent que de salles de bain individuelles</p>
Item 78 : « Il n'y a pas d'espaces de vie verrouillés. <i>(Remarque : il s'agit uniquement d'une pratique entièrement mise en œuvre, sans option partielle. Si des espaces de vie sont verrouillés, cochez Pas une pratique courante).</i> »	<p>0 : présence d'espaces de vie verrouillés</p> <p>10 : tous les espaces de vie sont libres d'accès</p>

<p>Item 81 : « Dans la maison de repos, des sièges fixés au sol sont accessibles dans les couloirs. <i>Entièrement mis en œuvre si vous avez des couloirs avec des groupes de sièges ou si vous n'avez pas de couloirs.</i> »</p>	<p>0 : l'établissement ne dispose pas de sièges dans les couloirs</p> <p>3 : l'établissement dispose de peu de fauteuils fixés au sol ou longs couloirs sans fauteuils</p> <p>10 : l'établissement dispose de fauteuils fixés au sol, lourds et sécurisants</p>
<p>Item 84 : « La maison de repos n'utilise pas de bavoirs/protège-vêtements (des serviettes en lin ou en papier, etc. sont utilisées à la place). »</p>	<p>0 : utilisation de bavoirs</p> <p>10 : absence de bavoirs</p>
<p>Item 90 : « La maison de repos dispose d'un café/restaurant/taverne/cantine où les résidents et les familles peuvent obtenir de la nourriture et des boissons tous les jours. »</p>	<p>0 : aucune cafétaria</p> <p>5 : cafétaria ouverte quelques jours par semaine</p> <p>10 : cafétaria ouverte tous les jours de la semaine</p>
<p>Item 91 : « La maison de repos dispose d'un magasin/boutique où les résidents et les visiteurs peuvent acheter des cadeaux, des articles de toilette, des collations. »</p>	<p>0 : non</p> <p>5 : oui mais pas tous les jours</p> <p>10 : oui, tous les jours</p>
<p>Item 92 : « Une cuisine, un appartement de réadaptation ou une cuisine d'activité est à la disposition des résidents et des familles pour cuisiner et faire de la pâtisserie. La maison de repos informe intentionnellement les résidents et les familles de sa disponibilité. »</p>	<p>0 : non</p> <p>5 : oui mais l'établissement n'informe pas assez de sa disposition</p> <p>10 : oui et l'établissement informe de sa disposition</p>
<p>Item 95 : « La maison de repos recrute des membres de la famille et des membres de la communauté extérieure comme bénévoles. »</p>	<p>0 : non, pas de bénévoles au sein de l'établissement</p> <p>10 : oui, plusieurs bénévoles au sein de l'établissement</p>
<p>Item 96 : « Des réunions d'équipe pluridisciplinaires ont lieu tous les jours pour</p>	<p>0 : jamais</p> <p>2 : tous les mois</p>

les membres de l'équipe qui s'occupent des résidents. »	5 : toutes les semaines 10 : oui, tous les jours
Item 111 : « Toutes les évaluations de performance comprennent une catégorie pour le soutien à l'autodétermination des résidents. »	0 : non 10 : oui
Item 115 : « Les membres de l'équipe portent des vêtements qui favorisent un environnement « comme à la maison » (par opposition aux blouses blanches ou aux uniformes médicalisés). »	0 : tout le personnel porte des blouses médicalisées 2 : certains membres du personnel portent des blouses médicalisées et d'autres non 10 : le personnel ne porte pas de blouses médicalisées
Item 118 : « La maison de repos invite et encourage les membres de l'équipe à dîner avec les résidents. »	0 : non 1 : occasionnellement comme lors des activités spéciales, évènements, fêtes 10 : oui

Note : les items 37, 40, 41, 42, 49, 54, 55, 56, 58, 61, 62, 69, 70, 73, 81, 84, 115 sont ceux qui ont été observés par les chercheurs initialement. Les items 2, 3, 4, 5, 12, 13, 28, 29, 30, 31, 43, 50, 51, 52, 53, 57, 63, 64, 65, 74, 76, 78, 90, 91, 92, 95, 96, 111, 118 sont ceux qui ont été adaptés en fonction des propos des directeurs.

Annexe 9 : mail pour les directeurs de maison de repos

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement étudiante en dernière année de Master en psychologie clinique à l'Université de Liège, et, suite à notre conversation téléphonique, je me permets de vous contacter afin de vous donner les détails de mon étude.

Dans le but de finaliser ma formation universitaire, je réalise un mémoire dont l'intitulé est « Etude quantitative : étude du lien entre les pratiques du Culture Change et la qualité de vie des résidents ».

Cette étude vise à observer le fonctionnement de maisons de repos et évaluer le bien-être des résidents.

Dans le cadre de cette étude, je souhaiterais me rendre dans votre établissement afin d'observer la structure et son fonctionnement et plus précisément l'environnement physique, l'aménagement des espaces de vie, l'organisation des repas, les activités proposées etc. Sur base de ces observations, je compléterai un questionnaire sur le fonctionnement de votre structure. Un entretien d'environ 20 minutes avec un cadre de la structure (directeur, sous-directeur, chef infirmier, ...) vous sera proposé afin de compléter les parties du questionnaire que je n'aurai pas pu compléter par moi-même. Je souhaiterais également soumettre un questionnaire évaluant la qualité de vie à environ 10 résidents. Il s'agira d'entretiens en face-à-face avec le résident d'une durée d'environ 20 minutes (voire plus en fonction du résident). Je poserai oralement une vingtaine de questions afin d'évaluer leur qualité de vie et ils choisiront une réponse parmi plusieurs propositions de réponses. Les résidents doivent être capables de donner leur consentement éclairé pour leur participation à l'étude et d'évaluer leur propre qualité de vie (les résidents peuvent être atteints de démence légère mais pas de démence modérée à sévère).

Pour réaliser cela, j'envisage de venir deux journées :

- Une journée afin de visiter et d'observer le fonctionnement de votre structure (environnement, équipe...).
- Une journée pour faire passer les questionnaires aux résidents et également faire compléter un questionnaire au directeur sur le fonctionnement de la structure.

Concernant le mode de recrutement des résidents, j'envisage de faire du porte-à-porte afin de leur proposer de participer à mon étude. Si jamais vous envisagez les choses différemment, n'hésitez pas à m'informer sur cela.

Je suis à votre disposition pour toutes questions supplémentaires.

Dans l'attente de votre réponse, veuillez recevoir, madame, monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Annexe 10 : Tableau des critères d'évaluation pour les participants ayant fait l'objet d'une révision de leurs réponses au questionnaire sur la qualité de vie des résidents en maison de repos

Item	Cotations
Item 2 : « Aimez-vous les activités programmées ici ? »	NA (non-applicable): pas possible de participer au vu d'un état de santé physique très dégradé 0 : les résidents ne participent pas car cela ne les intéresse pas ou déclarent préférer être seuls
Item 5 : « Appréciez-vous les moments des repas ? »	NA (non-applicable) : pas possible de se déplacer pour manger avec les autres résidents au vu d'un état de santé physique très dégradé 0 : lorsque les résidents mangent seuls dans leur chambre
Item 10 : « Les personnes qui travaillent ici sont-elles douces lors de vos soins ? »	NA (non-applicable) : pour les résidents ne nécessitant pas de soins ou d'aide de la part du personnel
Item 13 : « Vos préoccupations sont-elles prises en considération en temps voulu ? »	10 : pas de préoccupations. En effet, s'ils n'ont pas de préoccupations, c'est positif et cela reflète une bonne qualité des services.
Item 16 : « Êtes-vous libre d'aller où et quand vous voulez ? »	NA (non-applicable) : résidents qui ont des capacités physiques fortement limitées, au point de restreindre fortement, voire d'empêcher totalement, toute possibilité de mobilité
Item 20 : « En tenant compte de votre état de santé actuel et dans la limite de vos capacités physiques ou cognitives, êtes-vous aussi indépendant(e) que vous le souhaitez ? »	NA (non-applicable) : résidents qui ont des capacités physiques fortement réduites, les limitant fortement et empêchant toute possibilité d'indépendance

Item 24 : « Les personnes qui travaillent ici vous disent-elles ce qu'elles font quand elles s'occupent de vous ? »	NA (non-applicable) : personnes ne nécessitant pas de soins ou d'aide de la part du personnel
--	---

Annexe 11 : Tableau de justification de suppression des items du questionnaire Artifacts of Culture Change 2.0 pour les analyses de données :

Item	Justification de la suppression des items
<p>Item 7 : « Les produits de boulangerie sont cuits dans tous les espaces de vie des résidents, par exemple à l’aide d’une machine à pain ou d’un four à convection, au moins une fois par semaine. Une mise en œuvre complète signifie une cuisson hebdomadaire dans tous les espaces de vie. Une mise en œuvre partielle signifie moins d’une fois par semaine et/ou pas dans tous les espaces de vie. »</p>	<p>- L’item 7 n’était pas formulé de manière suffisamment explicite pour en permettre une compréhension claire.</p>
<p>Item 11 : « La maison de repos adhère aux normes de pratique de la restauration. »</p>	<p>- L’item 11 n’était pas formulé de manière suffisamment explicite pour en permettre une compréhension claire.</p>
<p>Item 38 : « Le projet de vie de chaque résident comprend un plan de déplacement et de mobilité individualisé en fonction de ses capacités et de ses préférences. »</p>	<p>- A l’item 38, les directeurs des maisons de repos ont rencontré des difficultés à répondre car ils ne disposaient pas de la réponse. D’après leurs propos, cela concernait plutôt l’équipe paramédicale. De plus, cela n’était généralement pas repris dans les projets de vie mais concernait plutôt un document détaché.</p>
<p>Item 39 : « Le projet de vie de chaque résident comprend les préférences et les aménagements nécessaires pour sortir de l’institution, aller à l’extérieur. »</p>	<p>- A l’item 39, les directeurs des maisons de repos ont rencontré des difficultés à répondre car ils ne disposaient pas de la réponse. D’après leurs propos, cela concernait plutôt l’équipe paramédicale. De plus, cela</p>

	n'était généralement pas repris dans les projets de vie mais concernait plutôt un document détaché.
Item 46 : « La maison de repos fournit le projet de vie complet au résident ou à la famille dans un format compréhensible. »	- A l'item 46 , les directeurs ont rencontré des difficultés à répondre car ils n'étaient la plupart du temps pas au courant.
Item 60 : « La maison de repos a minimisé les risques d'éblouissement causés par des fenêtres non protégées et des sols réfléchissants dans les zones de vie des résidents. »	- Étant donné que notre récolte de données a été réalisée en saison hivernale, il était difficile pour nous de percevoir des éblouissements.
Item 77 : « Dans les zones de bain, chaque résident a de l'intimité. »	- Cet item présente un caractère subjectif important où seul le résident lui-même est capable de juger s'il a suffisamment d'intimité. Or, les répondants au questionnaire de notre étude sont des directeurs de maison de repos.
Item 110 : « Les systèmes de récompense et de reconnaissance mettent l'accent sur le soutien des membres de l'équipe à l'autodétermination des résidents. »	- L'item 110 a été supprimé car aucun établissement ne proposait de système de récompense.
Item 116 : « Les membres de l'équipe, autres que les aides-soignants, sont encouragés à suivre une formation polyvalente de type aide-soignant, ce qui favorise une approche d'équipe pour répondre aux besoins des résidents en matière de soins. »	- L'item 116 a été supprimé car en Belgique, seuls les professionnels en possession du titre d'aide-soignant légalement reconnu peuvent pratiquer certains actes (Le Moniteur belge, 2006)
Item 119 : « Il existe une échelle de carrière pour les aides-soignants leur permettant d'occuper un poste plus élevé que le niveau de base. Ce poste plus élevé permet de	- L'item 119 semble moins pertinent à conserver étant donné que cet item met en avant une hiérarchie entre les personnes portant un même titre

superviser et d'encadrer d'autres aides-soignants. »	professionnel. Dès lors, cet item ne rentre pas dans les valeurs du Culture Change qui cherche à instaurer un leadership transversal (Duan et al., 2021 ; White-Chu et al., 2009)
--	---

Note : il s'agit des chiffres correspondant aux items de la version du questionnaire Artifacts of Culture Change 2.0 adaptée à la présente étude.