
Évaluation de la relation entre le niveau d'implémentation du changement de culture dans les maisons de repos et leur degré d'attractivité.

Promoteur : Stéphane ADAM

Lecteurs : Sylvie WILLEMS et Rodolphe SAUVAGE

Mémoire présenté par **Céline Valet**

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

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon promoteur, Monsieur Stéphane Adam, ainsi que son équipe pour leurs conseils et leur aide dans la réalisation de ce mémoire. Je remercie également Monsieur Perée pour s'être rendu disponible afin de répondre à mes questions.

Merci à Chloé pour sa disponibilité, sa bienveillance et son implication dans ce travail.

Je souhaite également adresser mes sincères remerciements à chaque participant, ainsi qu'à chaque maison de repos ayant accepté de consacrer une partie de leur temps afin de m'aider dans l'élaboration de cette recherche.

Je remercie aussi mes lecteurs, Sylvie Willems et Rodolphe Sauvage, pour l'intérêt qu'ils porteront à ce mémoire, mais aussi pour m'avoir enseigné le métier de psychologue.

Enfin, je souhaite exprimer ma profonde reconnaissance envers mes proches pour leur soutien et leur amour inconditionnel.

Merci à mes parents de m'avoir donné la force d'accomplir cela et d'avoir cru en moi

Merci à mon chéri d'avoir affronté la rédaction de ce mémoire à mes côtés.

Table des matières

Introduction	1
1. Revue de la littérature	3
1.1 La maison de repos traditionnelle	3
1.1.1 Origines des maisons de repos	3
1.1.2 La maison de repos en tant qu'établissement de soins	3
1.1.3 Effets de la médicalisation des maisons de repos	5
Le port de l'uniforme : symbole de médicalisation.....	6
Image négative et faible attractivité des maisons de repos	8
1.1.4 Approche centrée sur la personne	9
1.2 Changement de culture	11
1.2.1 Origines du mouvement.....	11
1.2.2 Définition du changement de culture	12
1.2.3 Principes et applications du changement de culture.....	13
1.2.4 Les effets du changement de culture	19
1.2.5 Les obstacles et facilitateurs à l'adoption du mouvement	20
1.2.6 Les initiatives	23
1.3 Le sentiment d'être comme chez soi	25
1.3.1 Définition du sentiment d'être chez soi et signification de la « maison ».....	25
1.3.2 Les facteurs influençant le sentiment d'être comme chez soi	26
2. Objectifs et hypothèses	32
3. Méthodologie	33
3.1.1 Recueil des données	33
3.1.2 Participants.....	35
3.1.3 Mesures.....	35
3.1.4 Analyses statistiques.....	37

4. Présentation des résultats.....	39
4.1 Analyses descriptives	39
4.1.1 Description de l'échantillon.....	39
4.1.2 Analyse descriptive des données des maisons de repos	40
4.1.3 Analyse descriptive des données des participants quant à l'attractivité.....	41
4.2 Analyses inférentielles.....	43
4.2.1 Comparaison du degré d'implémentation du changement de culture et du niveau d'attractivité	44
4.2.2 Comparaison de l'attractivité des maisons	45
4.2.3 Comparaison des différents items par maisons.....	47
4.2.4 Comparaison des maisons sur base du classement	48
4.2.5 Évaluation des critères jugés importants selon les consommateurs	49
5. Interprétation et discussion.....	50
5.1 Retour sur hypothèses.....	51
5.2 Limites	55
5.3 Perspectives pour les études futures.....	57
6. Conclusion	57
Bibliographie	59

Introduction

L'admission en maison de repos est un événement majeur dans la vie d'une personne âgée, qui se révèle être mal vécu par certaines (Böckerman et al., 2012 ; Gillsjö et al., 2011). Cette étape, souvent vue comme la dernière du parcours de vie de l'ainé, (van Dijk-Heinen et al., 2014) est associée à la perte de sa maison, de ses relations sociales, de sa liberté et de son autonomie (Falk et al., 2013). La perspective d'une admission est vécue avec tellement d'appréhension par certains qu'ils iront jusqu'à dire préférer mourir plutôt que d'intégrer ce type d'établissement. Comment en sommes-nous arrivés à considérer l'intégration en maison de repos, supposée être un pas vers des soins adéquats et une communauté de soutien, comme un événement aussi redouté ?

Ce manque d'attractivité des maisons de repos pousse de plus en plus de personnes à s'orienter vers des services de soins à domicile afin d'éviter l'institutionnalisation (Falk ; Skudlik et al., 2023). Cette situation tend à s'accroître durant les années à venir (ING & Probis, 2018). Pour cause, l'évolution rapide vers une population vieillissante est un phénomène mondial (Malmedal, 2014) et la Belgique ne fait pas exception. En 2022, l'espérance de vie en Belgique s'élevait à 81,7 ans. La proportion de personnes âgées de 67 ans et plus, estimée à 26.7 % en 2020 devrait atteindre les 39% en 2040 et les 40% en 2060 (ING & Probis, 2018). Cette augmentation de l'espérance de vie est indissociablement associée à une augmentation du niveau de dépendance, à laquelle nous devons également nous attendre.

La faible attractivité dont souffrent les maisons de repos n'est pas sans conséquence, tant pour les personnes âgées (Böckerman et al., 2012), que pour les professionnels dont les difficultés de recrutement et de rétention altèrent la qualité des soins qu'ils prodiguent (Gandhi et al., 2021 ; Collier & Harrington, 2008). Elle se reflète également dans les taux d'occupation et de rendement des institutions (Weech-Maldonado, 2019). Cette faible attractivité des maisons de repos peut s'expliquer par l'image très négative qu'elles ont dans le conscient collectif. Celles-ci sont avant tout vues comme des mouchoirs (Johnson & Bibbo, 2014), malodorants, où règne une atmosphère hospitalière, symbolisant la maladie, la dépendance ainsi que la démence (Hauge & Kristin, 2008 ; Rodriguez-Martin, 2014). Elles évoquent la perte d'intimité liée à une vie en communauté ainsi que la perte de liberté, de détermination, d'autonomie et de contrôle sur soi et sa vie quotidienne. (Falk et al., 2013). En effet, la personne âgée qui intègre une maison de repos doit s'adapter à un tout autre mode de vie que celui qu'il a connu jusqu'à lors, rythmé par les routines de soins et dicté par les règles institutionnelles (Fiveash, 1998).

Cette représentation vient probablement de leur histoire médicalisée qui a laissé en héritage des environnements ressemblant à des hôpitaux (Zimmermann-Sloutskis et al., 2012) et une organisation des soins centrée sur les tâches cliniques (Edvardsson et al., 2008). Ces pratiques qui ne favorisent pas l'épanouissement personnel et la valeur humaine des résidents ont parfois été associées à des comportements abusifs (Fiveash, 1998), qui ne font que dissuader davantage les personnes d'intégrer ce type d'établissement.

En réaction à ces observations, l'approche centrée sur la personne s'est développée dans l'espoir de pallier aux déficiences du secteur (Malmedal, 2014). Celle-ci promeut le respect de la personne en tant qu'être humain et non objet de soin, favorisant son pouvoir décisionnel (Edvardsson et al., 2008). D'après ce modèle, le mouvement de changement de culture s'est développé avec l'intention d'améliorer les soins et la qualité de vie des résidents de maisons de repos (Koren, 2010). Le cœur de ce mouvement repose sur la volonté de faire oublier l'aspect institutionnel des maisons de repos, faisant souvent penser à un hôpital, en faveur d'un vrai foyer où chaque personne pourra s'y sentir « comme à la maison ». Une série de principes ont été formulés pour atteindre cet idéal. Ceux-ci favorisent notamment l'autodétermination des résidents, la responsabilisation du personnel, mais aussi l'aménagement d'un environnement familial et chaleureux (Koren, 2010), rappelant celui de la « maison » que l'ainé a toujours connu.

C'est ce dernier point que nous avons choisi d'explorer dans ce mémoire. Celui-ci abordera la dimension environnementale des maisons de repos afin de savoir si les aménagements physiques suggérés par le changement de culture permettent de générer plus d'attractivité pour ces lieux aux yeux des personnes âgées et leur famille.

1. Revue de la littérature

1.1 La maison de repos traditionnelle

L'aversion pour les maisons de repos n'est pas nouvelle. Elles sont, depuis longtemps, vues comme des institutions totales (Goffman, 1961), contraignantes et déshumanisantes (Muller et al., 2022). Cette image négative a de nombreuses conséquences, tant sur la qualité de vie des résidents que sur les conditions de travail des professionnels. Pour comprendre cette vision, il faut revoir l'histoire des maisons de repos.

1.1.1 Origines des maisons de repos

Pendant plusieurs siècles, l'hébergement collectif pour personnes âgées ne consistait ni à loger, ni à soigner, mais à stocker une population jugée indésirable qui comprenait les vieux, les indigents, les infirmes voire les délinquants (Malmedal, 2014 ; Argoud, 2008). Ces hébergements se présentaient sous forme d'hospices et étaient tenus par des sœurs (Adam, 2020). Cependant, les moyens de ces établissements pour répondre aux besoins de soins et à la dépendance des populations vieillissantes étaient fortement limités. De plus, les personnes âgées nécessitant des soins de longue durée occupaient des lits d'hôpitaux pendant parfois très longtemps, saturant la capacité hospitalière. C'est ainsi que les hospices ont laissé place aux premières maisons de cure médicale pour désengorger les hôpitaux et répondre au besoin de logements et de soins adaptés pour les personnes âgées fragiles et/ou malades (Argoud, 2008).

1.1.2 La maison de repos en tant qu'établissement de soins

Pour répondre à leurs nouvelles attributions, centrées sur le soin et le traitement des maladies (Malmedal, 2014), les maisons de repos ont adopté un modèle médical fondé sur une organisation hospitalière. Ce modèle continue de régir le fonctionnement de ces institutions qui ressemblent en tout point à des hôpitaux, tant sur le plan fonctionnel que physique. (Eijkelenboom et al., 2017). Celles-ci étaient prévues pour prodiguer efficacement des soins standardisés à un grand nombre de personnes, mettant la priorité sur la satisfaction des besoins médicaux et vitaux des résidents (Foldes, 1990, cité par Muller et al., 2022). La personne âgée était alors vue comme une personne à soigner et ses besoins psychologiques et sociaux étaient grandement négligés (Weiner & Ron, 2003, cités par Miller & Mor, 2006 ; Gubrium, 2012). Ainsi, les soins se sont organisés autour de règles et de routines journalières permettant le meilleur rendement et la minimisation du temps passé « à ne rien faire ». De l'heure du lever à celle du coucher en passant

par le menu de la semaine et les activités, tous les aspects de la vie quotidienne des résidents semblent faire l'objet d'un règlement strict auquel ils doivent s'adapter (Fiveash, 1998). Cette manière de dispenser les soins repose majoritairement sur une approche paternaliste (Sánchez-Izquierdo et al., 2019), où les soignants, en position d'autorité, prennent des décisions pour le bien-être ou la santé des résidents, en supposant savoir ce qui est le mieux pour eux. Les résidents sont alors obligés de se conformer à leurs recommandations, subissant une perte de contrôle sur leur vie. La sécurité du résident étant la priorité, cette approche s'accompagne généralement d'un niveau de tolérance au risque moindre, ne laissant que très peu d'autonomie aux résidents (Ettelt et al., 2022). Cela s'observe par exemple au travers des institutions dont l'entrée est gardée par un code, ne laissant pas les résidents sortir librement, au risque qu'elles s'en aillent.

De plus, les maisons de repos ont adopté une structure de gestion hiérarchique « pyramidale », caractéristique de l'organisation hospitalière, où le pouvoir décisionnel revient en priorité aux niveaux supérieurs de la pyramide, et redescend ensuite vers les niveaux intermédiaires et inférieurs (Walsh et al., 2010). Autrement dit, les grandes décisions, comme le budget ou l'aménagement intérieur, sont prises par la direction. Celles concernant la vie quotidienne, comme l'heure de la toilette ou le menu de la semaine, sont prises par les professionnels de première ligne. Enfin, les résidents se trouvent au bas de la pyramide, subissant les choix qui sont faits pour eux (Seaton & Edwards, 2011 ; ; Miller & Mor, 2006). Dans le sens inverse, toute information ou requête doit remonter jusqu'à la direction avant d'être considérée (Gubrium, 2012). Cette prise de décision centralisée a pour conséquence de laisser un pouvoir décisionnel restreint aux résidents, qui doivent s'adapter aux routines préétablies par l'organisation. Par ailleurs, les décisionnaires ne sont presque jamais en contact avec la réalité de terrain et ses problématiques, et les choix qu'ils opèrent ne sont généralement pas fondés sur celles-ci.

Quant à l'aspect physique des maisons de repos, l'agencement de l'espace est prévu de manière à correspondre aux exigences de soins et à faciliter leur exécution. Celui-ci ressemble à un hôpital, incorporant des caractéristiques de conception, telles que des postes de soins infirmiers, des chambres et des salles de bain partagées et du personnel en uniforme (Eijkelenboom et al., 2017). Il s'agit généralement de grandes structures réparties sur plusieurs étages, composées de longs couloirs unicolores au milieu desquels on peut retrouver un chariot de soins ou un lève-personne (Seaton et Edwards, 2011). Les chambres, elles aussi, ont un aspect hospitalier. Elles sont sobres, claires et dégagées, sans aucune personnalisation. On y retrouve généralement un lit ainsi qu'une table de chevet, et, éventuellement une petite table avec une chaise (Fiveash,

1998). Cet environnement, basé sur la médicalisation et soulignant la dépendance, la maladie et la perte d'autonomie (Charlot et al., 2019 ; Miller et al., 2010) a rendu les maisons de repos associées à des lieux de soin où les résidents vivent accessoirement, plutôt que des lieux de vie où le soin occupe une place secondaire (Charras & Cérèse, 2017).

En 1961, Goffman utilise le terme d'institution totale pour qualifier les maisons de repos dont le cadre institutionnel rend leurs occupants isolés du monde extérieur menaçant leur identité et leur rôle dans la société. Que ce soit les repas, les activités ou les soins esthétiques, tout se déroule sur place. Cela peut amener à penser que ces institutions sont conçues pour être des entités séparées du reste de la société (Johansson et al., 2020) regroupant des personnes de même condition. Certaines ont même les portes d'entrée verrouillées, créant ainsi une barrière physique et psychologique entre les résidents et le reste du monde. Dans son livre « The Last Refuge », Townsend (1963) concluait que ces institutions ne répondaient pas adéquatement aux besoins physiques, psychologiques et sociaux des personnes âgées.

1.1.3 Effets de la médicalisation des maisons de repos

Les travaux de Goffman (1961) et Townsend (1963) ont eu un impact considérable sur la compréhension des effets négatifs de la médicalisation des maisons de repos (Hauge & Kristin, 2008 ; Muller et al., 2022). Cependant, le manque d'autodétermination, la perte de vie privée et d'identité (Malmedal, 2014 ; Goffman, 1961) ne sont pas les seules conséquences. En effet, les personnes âgées vivant dans ce type d'institution dite médicalisée semblent présenter des niveaux de qualité de vie inférieurs et une augmentation des symptômes dépressifs, du déclin physique et cognitif, ainsi qu'une diminution de la qualité du sommeil et de l'engagement social (Hill et al., 2011).

Ces observations peuvent en partie s'expliquer par le fait que la médicalisation des structures a eu pour effet de placer la priorité sur ce qui fait la qualité d'un hôpital (Nakrem et al., 2012) à savoir le soin, l'hygiène et la sécurité, au détriment de la qualité de vie et de la santé mentale des résidents. On peut se représenter cela sous la forme d'un continuum où l'on retrouve la santé physique (soin, hygiène, sécurité) d'un côté, et la santé mentale (qualité de vie, autonomie) de l'autre. Se focaliser sur les exigences de sécurité et de santé physique implique de sacrifier l'autonomie et le bien-être des résidents. (Adam, 2020). Ainsi, les maisons qui placent la priorité sur les principes de soins peuvent créer des environnements aversifs au risque, très restrictifs, ne tenant pas compte des préférences de chacun et limitant le sentiment de contrôle du résident et son bien-être psychologique (Walsh et al., 2010 cités par Muller et al., 2022 ; Parker et al., 2004).

Cependant, les effets de la médicalisation des maisons de repos ne se limitent pas aux résidents. On observe des taux de burn-out, d'absentéisme et de turn-over plus élevés chez le personnel soignant du secteur du vieillissement comparativement à d'autres secteurs (Gandhi et al., 2021). A cela s'ajoutent des difficultés de recrutement et de rétention du personnel (Bazin & Muller, 2018) qui se retrouve alors en sous-effectif et surchargés pour s'occuper convenablement des résidents (Miller et al., 2010). Cette situation impacte la qualité des soins prodigués et mène à des manquements et de la négligence. Le manque de temps poussera par exemple certains soignants à négliger les demandes d'assistance aux toilettes ou dans les activités quotidiennes (Malmedal, 2014). Leurs interactions avec les résidents seront précipitées, parfois brutales et principalement axées sur les soins et non sur les relations humaines (Malmedal, 2014). Lorsque nous comprenons que la qualité de vie et de soins en maisons de repos sont des concepts indissociables qui dépendent grandement de la satisfaction au travail de professionnels (Grabowski et al., 2014 ; Collier & Harrington, 2008), cette situation apparaît comme d'une importance majeure.

Enfin, l'environnement médicalisé joue un rôle prédominant sur la qualité de vie des résidents. Les aspects médicaux traduisant le soin, la dépendance et la maladie ont un impact profond sur la perception de soi des résidents et sur le sentiment de ce qu'ils peuvent être (Falk et al., 2013). Ainsi, l'environnement de soin pousse les résidents à se comporter comme des patients bénéficiaires de soins, et à agir comme s'ils n'étaient plus du tout autonomes (Bland, 2005), ce qui, effectivement, accentue leur dépendance et diminue leurs capacités fonctionnelles. Ce phénomène est appelé « impuissance acquise » et fait référence à *l'état psychologique résultant d'un apprentissage dans lequel le sujet fait l'expérience de son absence de maîtrise sur les événements survenant dans son environnement* (Adam, 2020).

Le port de l'uniforme : symbole de médicalisation

Parmi les facteurs de médicalisation des maisons de repos, on retrouve le port de l'uniforme, adopté pour correspondre au modèle d'hygiène et de sécurité correspondant à l'organisation hospitalière. Pour certains, ce vêtement apparaît comme rassurant, car il témoigne du professionnalisme et de la compétence du soignant. Il peut susciter un sentiment de confiance et de sécurité, surtout chez les patients plus âgés (Crutzen & Adam, 2022). Cependant, depuis quelques années, son utilisation fait débat. En effet, il a été démontré que la blouse blanche pouvait avoir un impact négatif sur les états physiologiques, cognitifs ou émotionnels des patients. Ce phénomène, appelé « White Coat Effect » ou « effet blouse blanche », caractérise

l'occurrence d'une hypertension artérielle en raison du stress et de l'anxiété générés lors d'une visite à la clinique (Pickering et al., 2002). Il a été observé que cette réaction survenait aussi bien suite à l'implication d'un professionnel en blouse blanche qu'au fait d'être dans un environnement médicalisé (Adiyaman et al., 2015 ; Parati et al., 1998). Par ailleurs, il semble que ce phénomène s'étende au-delà de la réaction physiologique et concerne également les performances cognitives. En effet, Schlemmer et Desrichard (2018) ont démontré que les capacités de mémorisation des personnes âgées ayant une faible perception de leurs aptitudes mnésiques sont susceptibles d'être diminuées simplement par le fait d'être évaluées dans un contexte médical par une personne portant une blouse blanche. Les processus sous-jacents font toujours l'objet de débats. On considère que ce phénomène peut émerger par un effet conditionnant, où le milieu médical agit comme stimulus conditionné de l'anxiété, ou par une menace de diagnostic, c'est-à-dire une peur d'être diagnostiqué malade (Mazerolle et al., 2020 ; Scholl & Sabat, 2008). Ce phénomène donne une idée des effets néfastes que peut avoir un environnement dominé par les soins dans le contexte des maisons de repos.

Par ailleurs, l'effet blouse blanche ne semble pas uniquement impacter les patients, mais aussi les personnes qui portent l'uniforme de soins. En effet, selon le concept d'«*Enclothed cognition* », revêtir des vêtements spécifiques nous pousse à incarner le rôle qui y est associé (Adam et Galinsky, 2012 cités par Crutzen & Adam, 2022). Dans les faits, la blouse blanche symbolise le soignant qui aide les patients. Ainsi, les personnes qui portent une blouse blanche semblent beaucoup plus attentives et réactives aux besoins d'assistance des personnes qu'ils assistent (López-Pérez et al., 2016 cités par Crutzen & Adam, 2022). Cependant, lorsqu'une aide excessive est fournie à une personne âgée, capable de réaliser une tâche spécifique, sa capacité à accomplir cette tâche diminue, ainsi que sa confiance personnelle (Avorn & Langer, 1982). L'uniforme réduirait donc l'autonomie ainsi que l'autodétermination des résidents, les maintenant dans un rôle de «*bénéficiaire passif de soins* » et nous amenant à surévaluer leur dépendance (Chu et al., 2020, cités par Crutzen & Adam, 2022).

Enfin, la blouse blanche semble également avoir une incidence sur les relations interpersonnelles. Elle symbolise le contexte médical, souvent associé au savoir, au pouvoir et l'autorité d'un médecin qui sait ce qui est bon pour nous. L'uniforme crée une forme de distance relationnelle, de dominance du soin caractérisée et place la personne dans une relation médecin-malade (Chu et al., 2020), réduisant son autonomie et son autodétermination. De plus,

l'uniforme renforce la perception du modèle médical axée sur les tâches et accentue l'impuissance de la personne, qui devient alors l'objet de soins (Richardson, 1999).

Image négative et faible attractivité des maisons de repos

L'atmosphère de soins véhiculée par l'aménagement, les blouses blanches ou les chariots de soins rend l'environnement des maisons de repos impersonnel et peu accueillant, affectant leur attractivité. Cette médicalisation du secteur participe au développement d'une représentation très négative des maisons de repos dans le conscient collectif (Rodriguez-Martin, 2014). Celles-ci sont avant tout vues comme des mouvoirs (Johnson & Bibbo, 2014) car elles symbolisent la fin de vie et la mort. Elles sont également associées à des environnements malodorants, où règne une atmosphère hospitalière, symbolisant la maladie, la dépendance ainsi que la démence. Elles évoquent la perte d'intimité, liée à une vie en communauté, ainsi que la perte de liberté, de détermination et d'autonomie (Liaschenko, 1994). Les personnes vivant en institution inspirent l'isolement social, la solitude et l'ennui, passant le plus clair de leur temps à ne rien faire (Gottesman & Bourestrom, 1974). Les médias participent essentiellement à la propagation de cette représentation négative des maisons de repos à travers des reportages témoignant de tous les manquements de ce système (Miller et al., 2012) comme les pratiques irréfléchies, la précipitation, la manipulation brutale, la limitation des choix personnels, l'isolement, les abus médicaux et infirmiers violant les droits du résident. Tous ces éléments sont autant d'aspects qui dissuadent tout emménagement en maison de repos et diminuent leur attractivité, jusqu'à les considérer comme des prisons (Malmedal, 2014 ; Rodriguez-Martin et al., 2014). La perspective d'une admission est alors vécue avec beaucoup d'appréhension et peut générer des difficultés psychologiques et émotionnelles majeures (Böckerman et al., 2012 ; O'Neil et al., 2019). Les proches, qui assurent le rôle d'aidants, participent grandement à cette décision et peuvent ressentir beaucoup de culpabilité et d'hésitation (Afram et al., 2015 cités par Skudlik et al., 2023). Cette faible attractivité génère également des difficultés de recrutement et de rétention du personnel, dont nous connaissons les effets dommageables (Gandhi et al., 2021 ; Collier & Harrington, 2008).

Enfin, la mauvaise représentation des maisons de repos à travers la société n'est pas un phénomène indépendant de celui de l'âgisme. Ce terme fait référence au *processus de stéréotypage systématique et de discrimination à l'encontre des personnes parce qu'elles sont âgées* (Butler, 1969). Notre façon de parler du vieillissement n'a peut-être jamais été aussi négative qu'aujourd'hui, transformant ainsi ce processus naturel en un problème (Crutzen &

Adam, 2022). Il est donc cohérent de penser que l'image négative du vieillissement et celle des maisons soient liées.

La crise du Covid-19 n'a fait qu'accentuer l'image négative des maisons de repos et l'idée que celles-ci ne favorisaient pas la qualité de vie de ses résidents (confinement dans les chambres, visites de la famille interdites) (Levere et al., 2021 ; Swift & Chasteen, 2021). Elle a également eu pour effet de déplacer davantage le curseur du côté de l'hygiène et de la sécurité en renforçant l'aspect médical afin de limiter les infections au détriment de la qualité de vie des résidents. Cette crise a néanmoins mis en lumière des problématiques installées depuis longtemps dans le secteur, telle que la pénurie de soignants (Adam, 2020 ; Davidson & Szanton, 2020)

Les institutions elles-mêmes souffrent de cette image négative et connaissent une diminution des taux d'occupation menant parfois à leur fermeture (Weech-Maldonado, 2019).

1.1.4 Approche centrée sur la personne

Les effets délétères de la médicalisation des structures ont conduit à considérer le modèle médical comme inadapté aux besoins réels des patients (Sulmasy, 2002). Des modèles de soins centrés sur la personne, visant à contribuer à un vieillissement digne, se sont alors développés (Malmedal, 2014). Bien que ses origines remontent aux travaux de Carl Rogers (Rogers, 1961), c'est Kitwood à la suite de son ouvrage « Dementia Reconsidered: the person comes first », publié en 1997, qui est considéré comme le fondateur de cette approche. Initialement destinée à prendre en charge les personnes souffrant d'une démence, cette vision des soins s'est généralisée à un public plus large.

L'approche de soins centrés sur la personne est née du constat que la prise en charge des personnes désorientées n'était souvent réduite qu'à l'exécution de tâches cliniques standardisées, visant à satisfaire les besoins physiques et médicaux des résidents (Vladeck, 2003). Cette manière de dispenser les soins apparaît comme objectivante et dépersonnalisante, négligeant totalement la personnalité, les besoins psychologiques et sociaux ainsi que la relation établie avec la personne (Edvardsson et al., 2008). Cette démarche prévoit donc d'abandonner le modèle médical caractérisé par des soins centrés sur les tâches, pour des pratiques de soins centrées sur la personne, accordant autant d'importance aux besoins psychologiques et sociaux qu'aux besoins physiques et médicaux (Backman et al., 2020 ; Malmedal, 2014 ; Edvardsson et al., 2008). Le cœur de cette approche repose sur la reconnaissance et le respect de la personne dans son individualité, ses besoins et préférences. A cette fin, le modèle recommande d'adopter

une pratique de soins personnalisée pour chaque résident (Li & Porock, 2014). Dans cette perspective, prendre connaissance de l'histoire de vie de la personne a une importance considérable, car elle aide le personnel à déplacer l'attention de la maladie et de ses symptômes vers la reconnaissance de la personne en tant qu'individu à part entière (Edvardsson et al., 2008). De plus, ce modèle met un point d'honneur à placer la personne au centre de ses propres soins afin de promouvoir un sentiment de contrôle chez le résident, lui laissant un degré de choix dans ses routines quotidiennes grâce à un processus de décisions partagées, une communication égalitaire et un respect mutuel (Mitchell & Agnelli, 2015; van den Pol-Grevelink et al., 2012)

Une des pratiques mise en place suite à ce mouvement est la thérapie de la validation. Celle-ci est basée sur l'acceptation de la réalité et la validation des émotions de chacun, et émane de la conviction que tenter de corriger et d'orienter les personnes souffrant de démence vers une réalité conforme à la perspective du personnel engendre des sentiments perturbants d'insécurité et d'anxiété. (Edvardsson et al., 2008). Par conséquent, ce modèle pousse les soignants à considérer les symptômes et troubles du comportement comme l'expression d'un besoin non satisfait, comme la faim, la soif, la douleur, ou des réactions à un environnement non adapté, comme une surcharge sensorielle (Edvardsson et al., 2008). Alors qu'une approche centrée sur les soins résoudrait cette situation avec une stratégie pharmacologique efficace, l'approche centrée sur la personne tentera d'identifier le besoin sous-jacent.

L'essence de cette approche réside dans l'attention particulière accordée à la qualité des relations entre les résidents et les professionnels. Celle-ci suggère de prendre le temps de tisser des relations authentiques avec les résidents plutôt que de laisser les tâches déterminer l'agenda clinique (Edvardsson et al., 2008), ce qui demande une grande flexibilité de la part du personnel. Elle favorise également l'implication des proches dans le processus de soins (Edvardsson et al., 2017).

Globalement, les soins centrés sur la personne visent à promouvoir la qualité de vie et la dignité de chacun ce qui implique que la personne se sente valorisée, satisfaite et que ses besoins et que ses choix soient respectés. Cela passe par le fait de respecter les spécificités du résident, de prendre le temps de créer des relations authentiques avec lui. Ce mode de fonctionnement est plus facilement applicable dans les structures de petite taille (van den Pol-Grevelink et al., 2012), car un plus petit nombre de résidents permet une meilleure connaissance des particularités de chacun et une individualisation de la prise en charge. Il a été démontré que l'approche centrée sur la personne était associée à une amélioration du bien-être des résidents

avec des changements d'humeur positifs. Elle a également montré une diminution de l'agitation, de l'agressivité, et, par conséquent, du recours aux médicaments psychotropes et à la contention chez les patients déments (Backman et al., 2020 ; Li & Porock, 2014). On observe également une meilleure satisfaction au travail pour le personnel (Bosman et al., 2008 ; Edvardsson et al., 2008). Cette approche, décrite comme la norme d'excellence, fait maintenant partie intégrante de la politique et des recommandations législatives (Mitchell & Agnelli, 2015 ; Backman et al., 2020). Cependant, le modèle médical continue de prévaloir dans certaines structures, même là où des changements vers des soins centrés sur la personne ont été tentés (Campbell, 2014, cité par Muller et al., 2022).

1.2 Changement de culture

Le changement de culture, aussi appelé « culture change » repose sur cette approche de soins centrés sur la personne pour favoriser la qualité de vie et de soins des résidents, dans une démarche visant à désinstitutionnaliser les maisons de repos (Koren, 2010).

1.2.1 Origines du mouvement

Le mouvement de changement de culture est le résultat de 30 ans de défense des intérêts des consommateurs et d'initiatives politiques visant à améliorer la qualité de vie dans les maisons de retraite (Zimmerman et al., 2014). Tout commence dans les années 1980, aux États-Unis où *National Consumer Voice for Quality Long-Term Care*, un groupe de défense des consommateurs, s'est mobilisé afin de faire adopter des changements politiques et réglementaires dans le but d'assurer une bonne qualité de vie et de soins aux résidents des maisons de repos (Zimmerman et al., 2014 ; Koren, 2010). Cette mobilisation a conduit à la création de normes légales en matière de soins exigeant que chaque résident *reçoive des services suffisants pour atteindre et maintenir son état physique, son bien-être mental et psychosocial* (Kelly, 1989). Mais ce n'est qu'en 1997 que le mouvement du changement de culture s'est officiellement développé après la première réunion des Pioneer Network (Rahman & Schnelle, 2008). A ses prémises, le changement de culture était un concept large et mal défini traduisant la volonté de réformer le modèle organisationnel des maisons de repos sur base de l'approche centrée sur la personne (Rahman & Schnelle, 2008) avec pour objectif l'améliorer la qualité de vie des résidents (Zimmerman et al., 2014). Ce n'est que depuis 2005, après une réunion de l'Accord de Saint-Louis ayant apporté le soutien des États et des Centers for Medicare & Medicaid, que cette approche a gagné l'organisation des maisons de repos et a pu

se développer mondialement (Zimmerman et al., 2014). Les fournisseurs de soins sont devenus particulièrement au courant de changement de culture après le contrat « Eighth Scope of Work » des Centers for Medicare & Medicaid. Celui-ci utilisait explicitement le terme de changement de culture et exigeait que chaque État s'engage dans des activités favorisant l'amélioration de la qualité organisationnelle, et collecte des informations quant à la satisfaction et l'expérience des résidents et des professionnels en matière de soins. Cette initiative a permis de donner de la légitimité et une reconnaissance au mouvement, rendu pratiquement impossible à ignorer (Koren, 2010). Cela a poussé les maisons à réévaluer leurs offres afin de rester compétitives dans le secteur.

1.2.2 Définition du changement de culture

Le mouvement du changement de culture est issu de l'approche centrée sur la personne et s'est développé en réaction au modèle institutionnel (Miller & Mor, 2006). Partant d'une volonté de transformer la culture organisationnelle dans les établissements de soins de longue durée, il vise à désinstitutionnaliser les maisons en passant d'un modèle institutionnel, rigide et autoritaire tel qu'on le connaît dans les maisons de repos traditionnelles (Eijkelenboom, et al., 2017 ; Zimmermann et Cohen, 2010), à une approche individualisée des soins favorisant le bien-être des résidents ainsi que leur qualité de vie et leur qualité de soins (Shier et al., 2014 ; Koren, 2010). L'ambition d'un tel mouvement est de passer de lieux de soins où les résidents vivent accessoirement, à des lieux de vie où le soin occupe une place secondaire (Miller & Mor, 2006). Autrement dit, il cherche à rendre les maisons de repos davantage ressemblantes à un vrai foyer, plutôt qu'à un hôpital, et permettre à chaque résident de se sentir chez lui. Comme l'approche dont il est issu, les principes fondateurs du changement de culture consistent à désinstitutionnaliser la prise en charge de la personne âgée par une approche de soin personnalisée, où chaque résident est considéré en tant qu'individu unique ayant des besoins, des préférences et des désirs qui lui sont propres (Andrew & Ritchie, 2017 ; Caspar et al., 2009). Pour cela, il prévoit de renoncer au modèle de soins médical axé sur les tâches et caractérisé par une organisation hiérarchique pyramidale en faveur de soins individualisés dirigés par les résidents (Mueller et al., 2013 ; Sterns et al., 2010).

Ainsi, le changement de culture intègre des notions comme que « environnements chaleureux et familiaux », « soins dirigés par les résidents », « responsabilisation du personnel », « prise de décision collaborative », ou encore « démedicalisation ».

1.2.3 Principes et applications du changement de culture

Le mouvement de changement de culture repose sur six principes fondateurs (Koren, 2010 ; Harris et al., 2006) : (1) Il encourage l'autodétermination des résidents (2) ainsi que la prise de décision partagée. (3) Il insiste sur l'importance de cultiver des relations personnelles et positives entre les résidents et les professionnels. (4) Il promeut la responsabilisation du personnel et (5) favorise la création d'une atmosphère familiale. (6) Enfin, il met l'accent sur l'élaboration et le maintien de processus d'amélioration de la qualité.

1.2.3.1 Autodétermination des résidents

Dans sa volonté de désinstitutionnaliser les maisons de repos, le changement de culture tente de déplacer le curseur des priorités du côté de la santé et de la sécurité, vers celui de la qualité de vie et de l'autodétermination. L'autodétermination correspond à la capacité d'agir et de décider librement, conformément à ses propres souhaits (Sandman, 2004). Autrement dit, c'est avoir le contrôle sur ce que nous vivons et subissons. Cet aspect est un élément de qualité de vie majeur (Fry, 2000). Cette approche représente la liberté et le respect des besoins et des habitudes de vie, s'opposant au modèle paternaliste des structures organisationnelles caractéristiques des maisons traditionnelles. En effet, l'idée menée par le changement de culture est de renverser la pyramide organisationnelle, c'est-à-dire placer les résidents au sommet de celle-ci afin qu'ils disposent de la majeure partie du pouvoir décisionnel (Fondation Roi Baudouin, 2019). Dans le but d'obtenir des soins dirigés par les résidents, ce mouvement encourage les au maximum à participer au processus décisionnel quant aux aspects qui impactent leur vie (Miller et al., 2010). L'objectif est qu'ils expérimentent un degré d'autodétermination maximum, et de donner à chacun un sentiment de contrôle sur son environnement. Ainsi, leur opinion n'est pas seulement sollicitée pour les activités quotidiennes, mais ils sont invités à prendre part autant que possible à la prise de décision quant à l'organisation de la vie au sein de la maison. Ils sont donc amenés à prendre de plus grandes décisions, telles que les changements dans la structure physique de l'établissement afin d'améliorer le confort de celui-ci.

Dans certaines structures, l'application de ce principe se traduit par la mise en place du conseil des résidents (White-Chu et al., 2009). Il s'agit de réunions, organisées de manière hebdomadaire ou mensuelle, permettant à tous ceux qui le souhaitent de venir partager leur avis et suggestions avec l'ensemble des intervenants. Ainsi, les recommandations sont directement adressées au personnel concerné. Par exemple, si une remarque émane à propos de la cuisine, le cuisinier est

présent pour en prendre directement note (White-Chu et al., 2009). Alors que certains résidents préfèrent laisser l'organisation des repas, des activités aux professionnels, car « c'est plus facile », d'autres en revanche se montrent favorables à cette initiative (Fiveash, 1998).

L'autodétermination ne concerne pas seulement les personnes valides mais doit s'appliquer à chaque résident, quel que soit son niveau de dépendance. Ce n'est pas parce qu'une personne est dépendante qu'elle n'a plus les capacités de décider pour elle-même. Au contraire, il apparaît que favoriser le sentiment d'autodétermination permet d'améliorer le niveau d'autonomie des résidents dépendants (Dispa, 2019) ainsi que leur estime d'eux-mêmes et leur qualité de vie (White-Chu et al., 2009).

1.2.3.2 Responsabilisation du personnel

Afin de mieux répondre aux besoins spécifiques des résidents, le personnel doit pouvoir jouir d'une certaine liberté d'action dans les différents aspects de leur prise en charge (Seaton & Edwards, 2011). De cette manière, le changement de culture encourage également les professionnels à prendre davantage part à l'organisation et à la prise de décision dans leurs pratiques de soins sans devoir se référer continuellement à l'approbation d'une structure hiérarchique supérieure (Berridge et al., 2018). Les équipes de travail autogérées sont un exemple d'application de ce principe. Dans ce modèle, ce sont les professionnels de première ligne qui décide du travail qui doit être fait quotidiennement et comment il doit être fait. Ce mode de fonctionnement semble répondre aux grandes problématiques posées par le modèle institutionnel car il présente de meilleurs indicateurs concernant la satisfaction au travail, et la rotation du personnel (White-Chu et al., 2009). Offrir de meilleures conditions de travail aux professionnels leur permet de fournir une meilleure individualisation des soins (Caspar et O'Rourke, 2008) et d'améliorer la qualité de vie des résidents.

1.2.3.3 Prise de décision collaborative

Afin de favoriser l'autodétermination des résidents et la responsabilisation du personnel, le changement de culture encourage la collaboration des différents intervenants à la prise de décisions partagées. Ainsi, les décisions majeures ne seraient plus prises par la direction et les cadres, mais par les professionnels et les résidents faisant directement l'expérience des résultats de leurs décisions. Cette gestion participative nécessite un aplatissement de la pyramide organisationnelle (White-Chu et al., 2009 ; Koren, 2010). Cela implique qu'il n'y ait plus de cadres intermédiaires entre les décideurs et les acteurs de terrain. L'avantage des structures plus

plates est que les lignes de communication sont plus courtes. Ainsi, les recommandations et requêtes ne doivent plus remonter jusqu'au sommet de la pyramide pour être approuvées puisqu'elles le sont directement par les acteurs de terrain, à savoir les résidents et les professionnels de première ligne.

1.2.3.4 Relations proches et positives

Le changement de culture met également l'accent sur les relations étroites et positives entre les résidents, les professionnels mais aussi les familles, et la communauté.

La relation qui unit les résidents et les professionnels est considérée comme la base de toute intervention. Si la relation n'est pas bonne, la prise en charge ne le sera pas non plus. La qualité de cette relation est une nécessité, et sera favorisée par des pratiques de soins individualisées, centrées sur la personne. « *L'affection cohérente* » est un concept qui vise à promouvoir cette qualité dans les relations. Elle se fonde sur l'idée que chaque résident devrait avoir une personne de référence, un soignant avec qui il est habitué et qui est habitué à lui, quelqu'un qui connaît ses besoins et ses préférences et avec qui il pourrait développer une relation de confiance privilégiée et un sentiment de familiarité (Zimmerman et al., 2014). Cette perspective de soin semble diminuer les comportements physiques et verbaux agressifs (White-Chu et al., 2009). Cet aspect n'est pas négligeable quand on sait que les troubles du comportement reflètent une charge de travail perçue comme plus importante pour les professionnels (Adam, 2020). De plus, les professionnels qui sont habitués et connaissent les spécificités d'un résident, repèrent plus facilement les changements subtils de son état, tels que des escarres, ou des changements d'humeur, et peuvent ainsi se montrer plus réactifs pour y répondre (Seaton et Edwards, 2011).

L'histoire de vie semble également être un élément important dans la création d'une relation de qualité. D'une part, s'intéresser à l'histoire personnelle et aux éléments autobiographiques des résidents, permet de nouer des liens plus authentiques. Cela favorise également l'approche individualisée car elle permet de connaître les préférences, les besoins spécifiques de la personne, et de s'y adapter lors de la prise en charge. D'autre part, se faire une représentation de la personne au travers de son histoire pousse les professionnels à considérer la personne en tant qu'être humain et non objet de soin (Clarke et al., 2003). Certaines institutions choisissent d'intégrer l'histoire de vie à leur pratique en recueillant les éléments autobiographiques à travers un questionnaire, qui est ensuite ajouté au dossier du résident. D'autres choisissent de développer cette relation de manière plus informelle au cours des échanges et discussions quotidiens. L'étude de Muller, Missotten, & Adam (2020) a comparé l'effet d'une vignette

« classique » comprenant des informations médicales et fonctionnelles, à une vignette « enrichie » comprenant des informations quant à l'histoire personnelle des résidents. Les résultats de cette étude montrent que l'intégration d'éléments autobiographiques dans la prise en charge des résidents donne l'impression aux professionnels d'avoir plus d'informations utiles et d'empathie pour le résident. Ils se sentent également plus confiants quant aux soins et évaluent leur charge de travail comme réduite. Enfin, ils perçoivent le résident comme plus sympathique et moins dépendant. Ces résultats sont en concordance avec ceux de l'étude de Eritz et al. (2016). Selon cette dernière, la nature des conversations semble également avoir changé. Résidents et professionnels discutent davantage de leurs intérêts et des leurs vécus personnels. De plus, les professionnels semblent mieux comprendre la personnalité et les comportements des résidents et avoir plus d'empathie, ce qui est associé à de meilleurs indicateurs de qualité de vie. Par conséquent, développer des relations de qualité entre les professionnels et les résidents est d'une importance capitale car c'est la nature de cette relation qui va déterminer le niveau de satisfaction au travail des professionnels ainsi que le niveau de qualité de vie et de soins des résidents (van Leeuwen et al., 2019), notamment avec des indicateurs de dépression et d'anxiété réduits (Mitchell & Kemp, 2000 ; Bollig et al., 2016).

Ce principe mise également sur l'ouverture des maisons de repos à la communauté extérieure afin de favoriser l'intégration des résidents à la vie communautaire et sociale. Pour casser cette idée selon laquelle les maisons de repos sont des structures fermées et totales, le changement de culture encourage l'organisation d'évènements sociaux dans les murs des institutions. Par exemple, la création d'une garderie ou d'une école des devoirs au sein de la maison permet aux résidents de se sentir intégrés à la société en plus de favoriser les relations intergénérationnelles. D'autre part, les résidents ne devraient plus être cantonnés dans leurs murs mais encouragés à s'intégrer à la vie communautaire au travers de sorties organisées au cinéma, au théâtre ou sur le marché. Les infrastructures permettant aux résidents de passer des moments en compagnie d'amis ou de leur famille, tel qu'une cafétéria ou une salle de fête privée sont favorisées et permettent la continuité de leurs relations antérieures. Cela donne la possibilité aux résidents de maintenir leurs relations sociales et de continuer à assurer leur rôle de parent, de grand-parent. Ouvrir les portes de l'institution et permettre de sortir ou à d'autres de rentrer casse cette image de prison et véhicule l'image d'un vrai foyer (Chapman et al., 2003).

1.2.3.5 Processus d'amélioration de qualité continue

Le changement de culture s'engage dans un processus d'amélioration systématique visant à assurer l'amélioration continue et observable de la qualité des services. En effet, le changement de culture n'est pas simplement une multitude de changements superficiels immédiats, mais est considéré comme un processus continu d'amélioration, affectant la performance globale et conduisant à des résultats spécifiques et mesurables prouvant une réelle augmentation de la qualité de ces établissements à maintenir une culture organisationnelle axée sur la personne (Koren, 2010).

1.2.3.6 Une atmosphère familiale « comme à la maison »

L'enjeu majeur du changement de culture est de faire des maisons de repos, des foyers où il est agréable de vivre en créant une atmosphère familiale « comme à la maison ». Pour cela, il faut faire oublier l'aspect institutionnel et hospitalier de l'environnement.

Les différents principes exposés ci-dessus participent au développement d'une ambiance familiale au travers des pratiques de soins. Ce principe visera à éveiller cet aspect grâce à l'aménagement physique de l'environnement. Ainsi, pour qu'un environnement ressemble à celui d'une maison familiale, il faut le décorer comme une maison familiale, tout du moins comme c'est le cas dans l'esprit des personnes âgées. Cela passe par des lieux décorés avec soins et des tons chaleureux, avec du mobilier ancien et des décorations personnelles de résidents. La création d'une ambiance « comme à la maison » passe également par les activités quotidiennes pratiquées à la maison. Cela concerne tout ce qui contribue à préserver les habitudes domestiques, par exemple, préparer le repas, dresser la table ou faire le ménage. Le fait d'installer des potagers surélevés permet à ceux qui avaient l'habitude de cultiver de préserver cette habitude et de continuer de vivre comme chez eux, malgré les difficultés fonctionnelles. Se faire servir les repas sans avoir de contrôle sur ce qu'on mange et quand on mange plutôt que d'avoir accès à la cuisine et au frigo librement comme dans n'importe quelle maison, marque l'aspect institutionnel comparativement à l'aspect domestique (Kane & Cutler, 2006). Nous verrons plus en détail comment l'aménagement de l'environnement permet la création d'un sentiment d'être « chez soi ».

La création d'un environnement familial passe également par la création de petites unités de vie de 10 à 15 résidents au lieu des grandes unités de vie de 100 personnes qui rappellent fortement l'organisation institutionnelle (Brulocalis, 2020). Cela implique de passer d'un grand

bâtiment sur plusieurs étages à une plus petite structure ressemblant à une maison. Dès lors, l'atmosphère familiale du lieu sera théoriquement renforcée (Eijkelenboom et al., 2017). Pourtant, il semblerait que ces petites unités résidentielles ne favorisent pas significativement le développement d'un sentiment « comme à la maison » (Rijnaard et al., 2016), mais plutôt la qualité de vie des résidents (Parker et al., 2004). En effet, cette composante qu'est la taille de la structure implique des aspects autres qu'environnementaux tels que les attitudes des professionnels, leur disponibilité et la possibilité d'implémenter une approche centrée sur la personne (Parker et al., 2004). Ainsi, les petites unités permettent une approche bien plus individualisée, axée sur les besoins et préférences spécifiques des résidents, et facilitent la prise de décision partagée. Ce plus petit effectif résidentiel favorise également la création d'une relation de qualité, l'entraide entre les résidents (Chen et al., 2021) ainsi que l'autodétermination des résidents (Parker et al., 2004) et, éventuellement, la création d'espace qui correspondent à leurs goûts. Néanmoins, cette composante reste difficile à implémenter dans les institutions (Doty et al., 2008).

Au travers de ce principe, le changement de culture vise à créer des environnements plus domestiques, où les résidents peuvent se sentir chez eux et où le soin occupe une place secondaire et non l'inverse. Dans cette perspective, les éléments rappelant l'aspect institutionnel et médicalisé de la maison comme les postes infirmiers, les chariots de soins mais aussi les blouses blanches doivent tendre à disparaître afin d'opérer une réelle démedicalisation du secteur.

Démedicalisation des maisons de repos : l'abandon de la blouse blanche

L'abandon de la blouse blanche est un des idéaux poursuivis par le changement de culture car celle-ci est l'incarnation même du modèle médical, largement dépassé. L'uniforme n'a donc pas sa place dans le processus de démedicalisation des maisons de repos.

Nous l'avons vu, les études sur le « White Coat Effect » illustrent largement les effets physiologiques inconscients de la blouse blanche, et de l'environnement médical sur les patients, particulièrement sur les patients âgés. Il a aussi été démontré que le port de l'uniforme n'affecte pas uniquement les patients, mais aussi le professionnel qui le porte. Dans l'étude de Sparrow (1991) menée en milieu hospitalier, les infirmier(e)s ont ôté leur uniforme pour une durée de deux mois. Sans cet accessoire, les professionnels ne pouvaient imaginer ausculter un patient sans s'être, au minimum, présentés au préalable et avoir eu une discussion avec lui. Ces professionnels ont reconnu que le port de l'uniforme permet d'accéder rapidement au corps du

patient et de le traiter comme un objet de travail (Sparrow, 1991). On comprend donc que la blouse blanche, portée en permanence, entrave l'approche centrée sur la personne ne participe pas à la création d'un environnement familial (Van der Linden & Juillerat, 2014).

Par ailleurs, il s'avère que le fait de porter des habits civils améliore la relation entre professionnels et résidents en réduisant l'inégalité relationnelle « dominant-dominé » ou « pouvoir-dépendance » (Richardson, 1999). Retirer l'uniforme améliore donc la qualité, mais aussi le contenu des conversations qui apparaît comme significativement meilleur, induisant une diminution de la distance relationnelle. On observe beaucoup moins de contenus liés aux soins ou à la demande d'aide, et plus de contenu personnel qui amène à une plus grande proximité dans les interactions (Charras et Gzil, 2013). Cela conduit les professionnels à se considérer comme plus proches des résidents et de leurs besoins et à les percevoir comme moins dépendants et exigeants.

De plus, les raisons avancées en faveur du maintien de l'uniforme ne semblent pas pertinentes. Celles-ci concernent l'identification des professionnels, la limitation de la transmission de bactéries et le côté pratique et confortable. Il a par exemple été démontré que les uniformes étaient en réalité des nids à bactéries, et des sources d'infections potentielles plutôt que des vêtements de protection (Nash, 2014 ; Treacle et al., 2009)

Par conséquent, le retrait de l'uniforme permettrait de gommer la médicalisation ambiante et la dominance médicale, et favoriser une humanisation des soins et des relations, permettant l'existence du corps social au-delà du corps biologique. De plus, le recours à des vêtements civils permet de créer un environnement plus détendu, et plus « comme à la maison ».

1.2.4 Les effets du changement de culture

Les effets liés à l'introduction du changement de culture se sont révélés être positifs et très encourageants (Seaton & Edwards, 2011) et a démontré que des interventions relativement simples peuvent produire des résultats mesurables d'amélioration de la qualité de vie des résidents et des conditions de travail des professionnels. (Miller et al., 2014)

Nous avons déjà abordé les bienfaits de l'approche centrée sur la personne. Le mouvement de changement de culture recouvrant largement cette approche (Brownie, & Nancarrow, 201), il semble difficile de déterminer les effets spécifiques de l'implémentation du changement de culture dans les établissements qui ne démontrent pas de preuves empiriques (Shier et Saliba, 2014). Néanmoins, dans la littérature, ce concept est associé à une amélioration du niveau du

bien-être psychosocial, de la satisfaction ainsi que de la qualité de vie et de soin des résidents. Il a également été avancé que cette approche permettait un meilleur niveau d'autonomie, d'autodétermination, de liberté, d'engagement envers l'environnement et une meilleure satisfaction des familles. Les indicateurs psychosociaux sont également meilleurs avec une diminution de l'ennui, du sentiment d'impuissance, de la dépression, les troubles comportementaux (Grabowski et al., 2014).

Même si les effets du changement de culture sur les aspects psychosociaux sont clairement meilleurs comparativement aux approches traditionnelles, ses effets sur la santé physique des résidents sont partagés. Il semblerait néanmoins que le changement de culture soit associé à une diminution du taux d'infection, de mortalité, du recours aux antidépresseurs et anxiolytique, ainsi que du nombre de résidents alités (Hill et al., 2011). Ces effets bénéfiques liés au changement de culture semblent s'observer principalement dans les structures ayant un haut niveau d'implémentation du modèle (Miller et al., 2014). Dans les structures où le niveau d'adhésion est moindre, on observe au contraire plus d'infections des voies urinaires, une diminution de la qualité de vie ainsi qu'une faible augmentation du nombre d'hospitalisations des résidents. Cela peut s'expliquer par le fait que, lorsqu'elle n'est pas adoptée complètement, cette initiative peut constituer une charge de travail supplémentaire pour les prestataires de soins (White et al., 2012)

Les meilleures conditions de travail et la responsabilisation du personnel initiée suite au changement de culture ont été associées à une plus grande satisfaction des professionnels et une réduction du roulement du personnel (Miller et al., 2014).

Par ailleurs, une étude de Doty et al. (2008) a déclaré que le changement de culture dans les maisons les plus engagées était associé à une meilleure concurrence sur le marché, des coûts budgétaires réduits et à une amélioration de la rétention du personnel et de l'absentéisme (Berridge et al., 2018)

On constate donc que le changement de culture semble apporter des effets bénéfiques pour tous les membres concernés par les soins de longue durée, ainsi qu'une alternative aux problèmes soulevés par le modèle traditionnel.

1.2.5 Les obstacles et facilitateurs à l'adoption du mouvement

Toutefois, les efforts visant à implémenter le modèle de changement de culture dans les maisons de repos se heurtent à plusieurs défis importants. Le premier étant la résistance au changement

de la part du personnel. En effet, les anciennes habitudes relatives au modèle traditionnel médical ont la vie dure, et certains employés peuvent se montrer farouchement attachés à ces anciennes pratiques avec lesquelles ils ont l'habitude de travailler. Ainsi, le processus de changement peut susciter des inquiétudes quant à l'adaptation à de nouvelles façons de faire, ce qui peut les pousser à rejeter les efforts de transformation culturelle (Corazzini et al., 2015). Il a été démontré que les employés fonctionnant depuis longtemps sous le régime du modèle médical ont plus de difficultés à changer leurs habitudes de soins et que cela peut même constituer une charge de travail supplémentaire (Berridge et al. 2018). Aussi, ces adaptations peuvent être mal vues et difficiles à mettre en place dans un contexte où les professionnels sont trop peu nombreux pour s'occuper de chaque résident, et se retrouve en situation de surcharge de travail. Fournir des soins dirigés par, et vers les résidents demande une flexibilité et une capacité d'adaptation considérable. De la même façon, attribuer un membre du personnel à un résident qui s'occuperait toujours du même résident (« affection cohérente ») semble un être utopique. Cependant, la croyance selon laquelle l'optimisation de la qualité de vie est en contradiction avec la prestation de soins de qualité semble erronée. Il apparaît que favoriser l'autodétermination des résidents les rend plus autonomes et donc moins dépendants des professionnels, réduisant ainsi leur charge de travail. On constate donc que cet obstacle perçu de l'adhésion au changement de culture est renforcé par l'absence de formations et la méconnaissance de ce concept. Les professionnels doivent dès lors, être correctement informés sur les tenants et aboutissants du modèle afin d'y voir les bénéfices et de s'y engager pleinement (Corazzini, 2015, Fossey et al., 2006). Par ailleurs, il est crucial que la majorité des employés adhère au mouvement afin d'assurer son bon fonctionnement (Scott et al., 2003).

Le second concerne le coût financier qui, selon les maisons de retraite traditionnelles, constitue le principal obstacle au changement de culture. L'étude de Doty et al. (2008) révèle que 59 % des directeurs de foyers de soins déclarent qu'il s'agit d'un obstacle majeur. Les contraintes budgétaires auxquelles les maisons sont soumises limitent leur capacité à investir dans des initiatives de transformation de l'espace, et de réforme organisationnelle. Par exemple, aménager la structure afin que celle-ci ressemble davantage à une maison familiale implique des coûts considérables, tout comme le recrutement et la formation de plus de professionnels. Cependant, bien que ces consécutions budgétaires puissent paraître importantes, il se pourrait qu'elles permettent de faire des économies sur certains points. En effet, l'autonomisation du personnel et des résidents en maximisant leur prise de décision peut en réalité contribuer à diminuer leurs demandes d'assistance et donc la charge de travail des employés. Améliorer ce

dernier point pourrait également diminuer le taux d'absentéisme et la rotation du personnel. Cela permettrait alors de faire des économies en termes de ressources humaines. Sur le long terme, l'investissement dans les changements environnementaux et organisationnels pourra être compensé par une meilleure attractivité et une position concurrentielle sur le marché renforcée. Il est fort probable que les maisons connaissent alors un meilleur rendement financier et des taux d'occupation supérieurs (Elliot, 2010). (Doty et al., 2008). (Grant et al., 2008).

Par ailleurs, la structure organisationnelle hiérarchique, caractéristique du modèle médical, se révèle également constituer un obstacle à l'implémentation du changement de culture. En plus de s'opposer fondamentalement à la philosophie véhiculée par le modèle, elle semble entraver la communication et l'initiative des employés qui vont dans ce sens. En effet, devoir se référer continuellement à un niveau hiérarchique supérieur pour obtenir l'approbation de tel ou tel changement, ou répondre aux demandes spécifiques des résidents peut décourager les professionnels à faire preuve d'innovation et les pousser à se conformer aux règles préétablies. Les suggestions d'améliorations sont difficiles à faire entendre et encore plus à être approuvées.

Dans certaines sociétés, la vieillesse est perçue de manière négative, ce qui peut influencer les attitudes du personnel envers les résidents âgés. Dès lors, ce qu'on appelle l'« âgisme » peut entraver l'adoption d'une culture centrée sur le respect et le bien-être des personnes âgées (Liu et al., 2022).

Par conséquent, il apparaît que le changement de culture est un processus complexe et continu qui peut être difficile à mettre en place à tous les niveaux. En effet, les maisons n'appliquent pas toutes le même degré d'implémentation de changement de culture. Certaines adopteront quelques-uns des principes tout en gardant une organisation traditionnelle, tandis que d'autres s'engageront dans un véritable processus de transformation le plus complet possible (Doty et al., 2008). Néanmoins, le changement doit porter sur la totalité de l'organisation pour créer de réels bénéfices (Tobin, 2008). Par ailleurs, il apparaît que les institutions ayant au préalable une disposition au changement ainsi qu'un niveau d'implémentation de ces changements initialement plus élevé se montrent plus ouvertes à l'adoption des changements proposés par le changement de culture (Miller et al., 2010). De plus, il est important de considérer les effets bénéfiques induits par le changement de culture si l'on souhaite promouvoir son adoption. Pour cela, un leadership fort et engagé favorisant les relations et l'autonomisation du personnel et des résidents doit être initié, comme moteur de changement (Corazzini et al., 2015 ; White-Chu et al., 2009).

1.2.6 Les initiatives

L'essor du changement de culture et de ses bienfaits ont donné lieu à un bon nombre d'initiatives dans le secteur du vieillissement sain, mais aussi pathologique.

1.2.6.1 *L'Eden Alternative*

L'Eden Alternative fait partie des initiatives du changement de culture les plus connues. Fondée en 1991 par le docteur Bill Thomas, elle émane d'une volonté de lutter contre l'ennui, l'impuissance et la solitude des résidents de maisons de repos. Pour cela, Thomas a cherché à rendre l'ambiance générale de la maison plus familiale en y intégrant des animaux, des plantes et des programmes intergénérationnels (Sterns et al., 2010 ; Li & Porock, 2014 ; White-Chu et al., 2009). Le cœur de cette approche repose sur les soins centrés sur la personne et l'autodétermination des résidents. En accord avec les principes du changement de culture, un renversement de la gestion hiérarchique est également mis en place afin de donner plus de pouvoir décisionnel aux résidents et au personnel de soutien direct. Ce modèle encourage aussi la participation des familles, considérées comme celles connaissant le mieux leur parent (Roshier & Robinson, 2005). Cette initiative a révélé de nombreux bienfaits : une diminution de la contention, une amélioration de l'activité fonctionnelle et des interactions sociales des résidents, ainsi qu'une satisfaction familiale accrue

1.2.6.2 *Wellspring Model Stone et al. (2002)*

Le modèle Wellspring, fondé en 1994, est une confédération de 11 établissements de soins de longue durée. Celles-ci partagent diverses ressources telles que des consultations cliniques, des formations et des interventions, dans le but d'améliorer les soins cliniques ainsi que l'environnement de travail et les pratiques de soin du personnel. (Stone et al., 2002 ; Hill et al., 2011). Fondé sur la responsabilisation du personnel (White-Chu et al., 2009), ce modèle a montré une amélioration des soins prodigués aux résidents et une rétention plus importante du personnel.

1.2.6.3 *Green House Project*

Le modèle Green House, ou « *Maisons Vertes* » s'est développé en 2002 comme une évolution du modèle de l'Eden Alternative. En plus des principes exposés par celle-ci, le modèle Green House envisage la réorganisation de l'environnement physique sous forme de petites unités de vie de 8 à 12 personnes (Robinson & Gallagher, 2008), de style résidentiel pour correspondre davantage au cadre familial d'une maison. Chaque unité fonctionne comme une « maison »

indépendante avec sa propre cuisine, salle à manger et espaces de vie communs, totalement ouverts aux résidents, ce qui leur permet de prendre part aux activités de la vie quotidienne comme préparer à manger, dresser la table ou faire le ménage selon leurs préférences. Ces petites unités de vie permettent également une prise en charge bien plus individualisée, des relations de meilleure qualité, où chaque membre du personnel connaît la personnalité, les besoins et les préférences des résidents, et prend le temps d'y répondre. En adoptant un modèle de gestion moins hiérarchique, les résidents décident des différents aspects de leur vie quotidienne, comme le menu ou les activités (Robinson & Gallagher, 2008), leur permettant d'exercer un meilleur contrôle sur les différents aspects de leur vie. La responsabilisation du personnel est également favorisée (Hill, 2011 ; Sterns et al., 2010). De la sorte, le modèle Green House favorise la qualité de vie (Carson et al., 2015) et de soin des résidents, ainsi qu'une meilleure satisfaction de travail pour les professionnels.

1.2.6.4 Le modèle Tubbe

Le modèle Tubbe est un modèle de gestion et d'organisation qui a été appliqué dans une maison de repos située à Tjörn, une commune rurale de Suède occidentale (Fondation Roi Baudouin). Comme pour les autres modèles, l'objectif est de fournir des soins de meilleure qualité, en créant un environnement où chaque individu peut être soi-même, se sentir chez soi, et vivre en fonction de ses envies et de ce qui fait sens pour lui. Son idéologie repose sur l'idée que ce n'est pas aux personnes âgées de s'adapter à l'organisation, mais bien à l'organisation de s'adapter aux résidents, à ses différences, ses besoins et ses préférences. Pour cela, le modèle prévoit plus d'autonomie décisionnelle pour les personnes âgées, ainsi que pour les professionnels qui les accompagnent afin d'adapter leurs pratiques de soins aux spécificités de chacun. Le pouvoir décisionnel s'organise donc autour d'une prise de décisions partagées entre les professionnels et les résidents, qui n'est possible qu'au moyen d'une communication libre et ouverte. Dans cette perspective, la gestion hiérarchique est repensée en faveur d'une approche de coaching, où la direction encourage la réflexion progressive et sert de moteur à l'adoption de cette nouvelle approche. Aussi, ce modèle accorde une place prépondérante aux relations interpersonnelles et l'existence de liens authentiques entre les résidents et les collaborateurs afin de promouvoir une ambiance « comme à la maison ». Le modèle Tubbe encourage également les maisons à s'ouvrir à la société et à la communauté afin d'en faire des lieux de rencontre avec la famille et la communauté, et ainsi permettre aux résidents de regagner une place dans la société. Enfin, il souligne l'important d'impliquer les résidents dans des activités qui ont du sens pour eux, et où

ils peuvent se sentir utiles dans leur réalisation. Ainsi, il convient de concentrer les efforts sur les capacités résiduelles des résidents et non leurs déficits. Une description plus détaillée de ce modèle mériterait d'être présentée, mais cela ne concerne pas l'objet de ce mémoire.

Ce modèle fut appliqué dans 6 maisons de repos belge au cours d'un projet pilote en 2017. Le rapport de la Fondation Roi Baudouin (2019) indique que 18 mois après la mise en œuvre de ce projet, une augmentation de la satisfaction liée à la qualité de vie des résidents et du personnel a pu être observée.

De nombreuses autres initiatives se sont développées au nom du changement de culture. Parmi celles-ci, nous pouvons citer le Household model, la méthode Carpe Diem, les villages Alzheimer, le « Butterfly care model » ou les « Dementia-friendly communities » (références)

1.3 Le sentiment d'être comme chez soi

Nous l'avons vu, le changement de culture est un mouvement de désinstitutionnalisation des maisons de repos visant à passer d'un environnement hospitalier où le soin occupe une place centrale, à un environnement « comme à la maison » où le soin occupe une place secondaire, et où chaque résident pourra se considérer comme chez lui (Koren, 2010 ; van Dijk-Heinen et al., 2014).

1.3.1 Définition du sentiment d'être chez soi et signification de la « maison »

Ce sentiment d'être chez soi, aussi appelé sentiment d'appartenance, décrit cette relation que les personnes établissent avec le lieu où elles vivent, ce qu'elles appellent « leur maison » (Scannell et Gifford, 2010). Il s'agit d'un phénomène multidimensionnel, et hautement subjectif (van Dijk-Heinen et al., 2014) influencé par de nombreux facteurs tels que les expériences sociales et personnelles (Eijkelenboom et al., 2017), ainsi que par l'environnement bâti, l'architecture et les installations (van Hoof et al., 2016 ; Van Steenwinkel et al., 2012). Duyvendak (2009) décrit la maison comme un « refuge », un endroit sûr, confortable et prévisible où l'on se sent en sécurité, et comme le « paradis », faisant référence à un endroit où l'on peut être qui nous sommes et entretenir des relations personnelles avec des personnes proches (famille et amis). Le chez-soi symbolise à la fois l'endroit où l'on retrouve son intimité personnelle, ses habitudes, sa liberté et le contrôle de son environnement en l'agencant à sa façon. Il n'existe peut-être nul autre endroit où l'on est aussi libre que chez soi (Calkins, 2022). La maison représente également une part de l'identité de la personne qui y habite. Les photos

et objets qui composent sa décoration racontent l'histoire singulière du propriétaire tandis que ses murs abritent les souvenirs qui ont façonné sa personnalité (Johnson & Bibbo, 2014). La maison se compose d'une atmosphère créée par l'interaction au fil du temps, des routines et des rituels (Falk et al., 2013) reflétant les valeurs, les croyances, la personnalité et le mode de vie de l'aîné lui donnant le sentiment d'être chez lui.

Pourtant, il semble très difficile pour les personnes qui vivent en maisons de repos de développer un sentiment d'appartenance (Ennuyer, 2009). Et pour cause, il y a beaucoup de façon dont ces institutions dérogent au concept de « maison ». Nous voulons que les résidents appellent chez eux, un lieu privilégié par les soins prodigués par des professionnels (Falk et al., 2013). Ce sont généralement de grandes structures dont la nature semi-publique et les frontières floues entre l'espace public et la chambre privée distinguent la maison de repos du « vrai » chez-soi (Angus et al., 2005 ; Hauge et Heggen, 2008). Si certains professionnels considèrent qu'ils travaillent chez les résidents, ces derniers ne le voient pas nécessairement sous cet angle. Les valeurs d'indépendance et de liberté véhiculée par la maison sont contrastées par l'autorité décisionnelle du système hiérarchique, ne laissant que peu de contrôle aux résidents (Falk et al., 2013). Pratiquement toutes les décisions que l'on prenait pour soi sont maintenant prises par quelqu'un qui peut connaître ou non nos préférences (Fiveach, 1998). Ce contraste entre la maison et l'institution est d'autant plus marqué sur le plan environnemental et physique. L'aménagement des maisons de repos ne ressemble en rien à celui des maisons des résidents, généralement décorées avec soins. En plus d'être un environnement dont les aspects médicaux traduisent le soin, la dépendance et la maladie, la décoration est souvent simple et peu chaleureuse. (Falk et al., 2013).

Il est donc très difficile pour les personnes âgées de s'y sentir chez eux. Pourtant, ce sentiment d'être « comme à la maison » est un facteur important du bien-être et de la qualité de vie (Van Dijck-Heinen et al., 2014). Bien qu'il paraisse compliqué de constituer un environnement qui satisfait à la fois les besoins d'assistance et de soins des résidents, et leur permet de se sentir comme à la maison, il semblerait que cela ne soit pas impossible et que vivre en institution et se sentir chez soi ne soit pas contradictoire dans les termes (Wahl, 2011).

1.3.2 Les facteurs influençant le sentiment d'être comme chez soi

Rijnaard et al. (2016) identifie 15 facteurs favorisant ce sentiment d'appartenance, répartis dans 3 catégories : les facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux.

Les facteurs psychologiques comprennent le sentiment de reconnaissance, la préservation de ses habitudes et de ses valeurs, l'autonomie, le contrôle et l'adaptation.

Ces différents concepts témoignent du fait que pour se sentir chez soi au sein d'une institution, le résident doit se sentir reconnu comme une personne à part entière au sein de sa communauté, et respecté dans ses relations, tant avec le personnel, qu'avec les autres résidents (Molony et al., 2011 ; Lewinson et al., 2012). Ces derniers doivent pouvoir conserver un certain degré d'influence sur les aspects qui ont un impact sur leur vie quotidienne (décider de la décoration de sa chambre, ou de fermer sa porte à clé) et disposer d'une certaine autonomie dans les actions et déplacements, au sein ou hors de l'institution (Nakrem et al., 2012). Pour cela, l'institution doit veiller à fournir des aménagements maximisant l'autonomie de tous ses résidents, tels que des commodités et des chemins d'accès adaptés aux déficits fonctionnels, ainsi que des éléments bien plus élémentaires comme une cuisine dans laquelle les résidents peuvent se servir ou du matériel pour faire le ménage. En effet, l'indépendance et l'autodétermination sont associées à des environnements de vie non institutionnels. Les routines et les rituels sont des aspects importants de l'espace domestique (Gillsjö et al., 2011), et pouvoir s'engager dans les activités domestiques est important dans la construction d'un sentiment de normalité. Il est donc important de préserver les habitudes, les routines et le mode de vie du résident (tâches domestiques, linge, cuisine ménage, heure du coucher/lever) afin qu'il puisse continuer à vivre comme à la maison (Falk et al., 2013 ; van Hoof et al., 2016 ; Cooney, 2012).

Enfin, les cognitions et les croyances des résidents vont être déterminantes de leur capacité à s'adapter à la vie institutionnelle. Ce qu'on appelle « *putting your mind* », c'est accepter que vivre dans une maison de repos ne sera jamais comme vivre à la maison (Johnson & Bibbo, 2014). Une façon d'y arriver est d'aider les résidents à mettre l'accent sur les avantages de vivre en maison de retraite, tels que la sécurité, et de considérer cette décision comme un moyen de poursuivre leurs objectifs tout en recevant l'aide dont ils ont besoin. C'est aussi accepter la diminution de ses capacités et de se faire aider (Falk et al., 2013). Dans le cas contraire, les personnes refusent volontairement de s'investir dans la vie résidentielle et dans l'espace (décorer sa chambre pour s'y sentir bien ou s'intégrer à la communauté), ce qui peut constituer un risque de dépression et d'anxiété (Falk et al., 2013)

Les facteurs sociaux comprennent les interactions et relations avec le personnel, avec les résidents et la famille, les amis et animaux de compagnie ainsi que les activités.

Les relations interpersonnelles avec le personnel et les autres résidents apparaissent comme un facteur très important du sentiment d'appartenance, car elles participent au développement d'un sentiment de communauté (Cooney, 2012). À cette fin, une bonne communication, ouverte et sans user d'un langage infantilisant, garanti l'estime de soi et la dignité de la personne (Fleming et al., 2015). Les échanges informels sont particulièrement bénéfiques au développement d'un lien relationnel et pour connaître les résidents, leurs histoires et leurs préférences (Falk et al., 2013 ; van Hoof et al., 2016). Des échanges plus authentiques, comme par exemple s'asseoir pour manger avec les résidents, sont également associés au sentiment d'être chez soi (Klaassens & Meijering, 2015 ; Nakrem et al., 2012). En effet, les échanges rapides et fonctionnels, caractéristiques de l'institution en manque de personnel, donnent une dynamique hospitalière. Enfin, l'institution doit permettre aux résidents de préserver leurs liens familiaux et amicaux au moyen d'installation pouvant accueillir les visites de la famille ou d'amis, pour partager un repas par exemple. Elle doit également permettre aux couples âgés de maintenir leurs liens conjugaux (van Dijk-Heinen et al., 2014). Par ailleurs, intégrer un animal dans la vie institutionnelle apporte de la chaleur et permet à certains de maintenir des liens qui leur sont chers (van Hoof et al., 2016).

Les facteurs environnementaux, comme l'architecture et l'aménagement du bâtiment, participent grandement au développement d'un sentiment d'appartenance (Van Steenwinkel et al., 2012) Cela comprend les espaces privés et (quasi)publics, les effets personnels, la technologie, l'apparence ainsi que la localisation du bâtiment (Rijnaard et al., 2016).

1.3.2.1 L'espace privé

Un élément essentiel au développement du sentiment d'être chez soi est le fait d'avoir son espace privé (chambre, salle de bain individuelle) et d'y passer du temps seul (Falk et al., 2013). C'est une condition nécessaire au développement d'une intimité. Comme chez lui, le résident doit pouvoir aménager son espace et le décorer de la façon qu'il le souhaite avec ses effets personnels (meubles, souvenirs, photos) afin de le personnaliser et d'en faire un environnement chaleureux où il pourra s'y sentir bien, et qui symbolise son identité personnelle (Falk et al., 2013). Les plus grandes chambres permettent d'amener plus de meubles de son ancienne maison et de séparer les pièces selon leur fonction. Elles permettent aussi de recevoir de la visite comme dans une maison (facteurs sociaux). Au contraire, le manque d'espace est considéré comme un facteur entravant le sentiment d'appartenance, qui ne s'atténue pas avec le temps (Johnson & Bibbo, 2014). Pouvoir définir son espace personnel comme privé au moyen d'une

porte verrouillée par exemple, permet de favoriser son sentiment d'intimité et de sécurité (Falk et al., 2013). Pouvoir se sentir à la fois indépendant, et en sécurité est un critère très important pour pouvoir se sentir chez soi (Van Steenwinkel et al., 2012). Le personnel qui rentre sans autorisation dans la chambre d'un résident entrave ce sentiment d'être chez soi. Plus encore, cela diminue la perception de contrôle que le résident a sur son environnement (facteur psychologique de contrôle).

1.3.2.2 Espace (quasi)public

Les aspects institutionnels dans les espaces publics entravent grandement le sentiment d'appartenance. C'est pourquoi Verbeek et al. (2009) recommandent d'éviter les longs couloirs unicolores sans contrastes et avec des meubles en bois laqué. La décoration des coins salons et salles à manger inspirant le confort avec des meubles en bois au style ancien est bien plus favorable au développement du sentiment d'être chez soi. Les conceptions plus sophistiquées et luxueuses évoquent l'hôtel, paraissent plus chères et ne favorisent pas le développement du sentiment d'appartenance (van Hoof et al., 2016 ; Wada et al., 2020). Les fleurs/plantes naturelles, les tableaux, la couleur chaleureuse, la chaleur et l'accès à la lumière naturelle procurent une atmosphère familiale. Exposer les effets personnels et œuvres d'art des résidents dans les aires communes a beaucoup d'avantages : cela habille l'espace, crée du lien social puisque les résidents peuvent en discuter et surtout, cela donne au résident le sentiment qu'il est reconnu pour son travail, qu'il a sa place dans la communauté, et qu'il a la liberté d'afficher ses compétences et ses intérêts. Les gens ont besoin d'espaces qui leur offrent la possibilité d'avoir des activités et d'entrer en interaction avec les autres. L'aménagement spatial dans les espaces partagés avec des meubles de salon et des tables à manger invite à partager une tasse de café et à quelques petites discussions participant à un sentiment de communauté et d'appartenance (Falk et al., 2013 ; van Hoof et al., 2016). Ce qui n'est pas le cas des salons où l'on entrepose les résidents afin de les surveiller rappelant, en revanche, l'aspect institutionnel (Hauge, 2008). Afin de minimiser cet aspect, des espaces de rangement doivent également être prévus pour le matériel médical (lève-personne, chariots de soins). L'objectif est de rendre ces endroits confortables et chaleureux, mais aussi accueillants pour les membres de la famille. La propreté et l'apparence fraîche sans mauvaises odeurs se sont avérées être des éléments importants de l'aspect accueillant et confortable de l'endroit. Néanmoins, cette quête du sentiment d'appartenance ne doit pas menacer l'autonomie des résidents dont les capacités

fonctionnelles restent limitées. Les couloirs et les portents doivent donc être suffisamment larges et dégagés pour permettre le passage des personnes en fauteuils roulants.

1.3.2.3 Les effets personnels

Faire entrer des histoires personnelles dans le lieu par le biais d'objets et de meubles chers est un élément essentiel au développement et au maintien du sentiment d'être chez soi. Comme l'explique Gillsjö (2011), la maison est un endroit chaleureux, chargé émotionnellement non seulement par les souvenirs qu'elle habite, mais aussi par ce que la personne y a amassé au cours des années. Les meubles, cadres et éléments décoratifs sont considérés comme les éléments constitutifs de son « chez elle » et de son histoire personnelle. Ils apportent un sentiment de familiarité et d'identité (Calkins , 2022 ;Van Hoof et al., 2016). Parmi les objets jugés importants, on retrouve les tableaux, les photographies et les meubles qui reflètent une valeur émotionnelle pour les individus. Ceux-ci semblent contribuer davantage au sentiment d'appartenance que les objets ayant une valeur fonctionnelle, utile. Ces éléments décoratifs ont également pour effet de rendre la pièce chaleureuse. De plus, les résidents apprécient la liberté dans le choix et le positionnement de leurs meubles pour rendre leur chambre cosy. Cela favorise le sentiment de contrôle sur l'environnement (Eijkelenboom et al., 2017).

1.3.2.4 Extérieur et localisation

L'aspect extérieur du bâtiment a également son importance. Une institution plus basse avec de petites entrées (porche, portique) et des éléments décoratifs (moulures aux fenêtres, fleurs) sera jugée comme ressemblant davantage à une maison. Les matériaux de construction comme le bois et la brique sont également préférés (Wada et al., 2020). Un accès à l'extérieur où les résidents peuvent profiter de la nature avec la possibilité de poursuivre leurs activités de jardinage est également un aspect important du sentiment d'être chez soi (en lien avec le facteur psychologique « préserver ses habitudes »). Il est important de laisser une vue dégagée vers l'extérieur sans de hautes clôtures. La localisation de l'institution a aussi son importance. Il est préférable que celle-ci se trouve dans la ville natale du résident ou dans le vieux quartier afin de préserver les liens sociaux avec la famille et les amis et de permettre les escapades dans les magasins.

1.3.2.5 Technologie

Le domaine de la technologie souligne l'importance de disposer d'un moyen de communication avec le monde extérieur. Il peut s'agir d'une télévision ou d'une radio pour se tenir informé de l'actualité ou d'un téléphone pour maintenir le contact avec la famille et les amis. Mais c'est le

poste de télévision qui est le plus apprécié, notamment car il constitue une distraction qui occupe les journées des résidents.

Comme nous pouvons le constater, l'environnement physique et les effets personnels ne suffisent pas à créer un sentiment d'appartenance (van Dijck-Heinen et al., 2014 ; Verbeek et al., 2012). Un certain nombre de facteurs psychologiques et sociaux interviennent au sein des facteurs environnementaux. Cela souligne leur interdépendance et l'importance de les considérer dans la conception de nouveaux bâtiments. D'autre part, le sentiment d'appartenance peut être associé à des expériences de savoir « comment agir et se comporter » à un endroit particulier, ce qui est d'une importance capitale dans le contexte de la démence (Johansson et al., 2020)

Après avoir détaillé les éléments constitutifs d'un environnement « comme à la maison », n'oublions pas que les maisons de repos constituent également un lieu de soins et doivent garantir des soins de qualité pour leurs résidents. Pour cela, elles doivent disposer d'installations, de matériel médical afin de répondre aux besoins du résident, mais celles-ci ne reflètent pas l'ambiance familiale suggérée par le changement de culture.

Dans son étude, Eijkelenboom et al. (2017) ont élaboré un projet de conceptualisation intégrant les différents facteurs favorisant le sentiment d'appartenance au travers d'un appartement-témoin. Ainsi, la séquence des espaces mène des espaces semi-publics à l'espace le plus intime et privé, la salle de bain. Les aspects institutionnels rappelant le soin ont été minimisés. Par exemple, le lève-personne se trouve au plafond et non plus dans le couloir. Cette expérience a permis de démontrer que les exigences de sécurité et de soins ne sont pas incompatibles avec la volonté d'engager une structure dans une approche davantage centrée sur la personne basée sur la conception d'espaces plus familiaux et plus intimes. Cependant, ces facteurs ne constituent pas une garantie que ces personnes vont se sentir chez elle. En partant du principe que l'attachement et « un chez-soi » sont d'une importance vitale pour l'existence humaine, quel que soit l'âge (Falk et al., 2013), le principal défi est de traduire ces thèmes en un design fonctionnel et chaleureux. (Eijkelenboom et al., 2017)

2. Objectifs et hypothèses

Comme nous l'avons vu, les maisons de repos souffrent d'une représentation très négative à travers la population générale (Miller et al., 2012 ; Rodriguez-Martin, 2014). Celle-ci génère beaucoup d'appréhension pouvant mener à des difficultés psychologiques et émotionnelles chez les personnes âgées en perte d'autonomie susceptibles de devoir quitter leur maison (Böckerman et al., 2012).

Les valeurs véhiculées par le changement de culture permettraient potentiellement de répondre à cette problématique en offrant aux résidents la possibilité de continuer à vivre « une bonne vie », comme à la maison, même au sein d'une maison de repos, notamment grâce à des environnements chaleureux et familial, qui fassent penser à ceux d'une maison afin de faire émerger un sentiment d'être chez soi. Bien que le changement de culture présente de nombreux bénéfices, tels que l'amélioration de la qualité de vie et de soins des résidents ainsi qu'une amélioration de la satisfaction des travailleurs, il n'existe pas encore de preuves empiriques attestant de leur véracité (Shier et Saliba, 2014).

Cette étude vise à déterminer si les maisons de retraite qui disposent d'un aménagement intérieur répondant aux principes mis en avant par le mouvement de changement de culture sont jugées comme plus attractives comparativement aux maisons ayant conservé un aménagement traditionnel.

En effet, le changement de culture suppose qu'un aménagement familial et chaleureux serait jugé comme moins institutionnel. Cette vision institutionnelle participant grandement au manque d'attractivité de ces établissements, il est fort probable que minimiser cet aspect au profit d'un environnement ressemblant à celui d'une maison familiale serait plus apprécié par le public et rendrait les maisons plus attractives. Dès lors, et sur base des nombreuses études mettant en avant les bénéfices du mouvement (Grabowski et al., 2014), nous nous attendons à ce que les maisons de retraite qui appliquent le changement de culture dans leur aménagement intérieur soient jugées plus attractives par les résidents et leur famille. Nous formulons donc l'hypothèse suivante : **les structures présentant un degré d'implémentation du changement de culture plus élevé sont jugées comme plus attractives par les personnes âgées de 65 ans et plus, et leur famille.** Inversement, les maisons ayant un degré d'implémentation du changement de culture plus faible seront jugées comme moins attractives.

Par ailleurs, l'examen de la littérature a fait émerger une série de questionnements que nous avons choisi de traiter de manière exploratoire. Ainsi, nous nous demandons si la capacité résidentielle en nombre de lits peut constituer un bon indicateur du degré d'implémentation du changement de culture. Inversement faut-il éviter à tout prix les grandes structures avec beaucoup de résidents ? En effet, la création de petites unités résidentielles faisant partie des principes véhiculés par le mouvement, nous nous demandons si les maisons plus impliquées dans le changement de culture auront appliqué cet aspect dans leur organisation.

La littérature suggère également qu'un des obstacles majeurs à l'adoption du changement de culture serait le coût financier impliqué. Cependant, il semblerait que les améliorations ainsi effectuées pourraient être compensées par des prétentions tarifaires plus importantes, des économies en termes de ressources humaines, ainsi qu'une meilleure position concurrentielle des maisons sur le marché. Nous cherchons donc à savoir si ces suppositions se vérifient et si les maisons ayant un plus haut niveau d'implémentation du changement de culture ont des tarifs plus élevés et un meilleur rendement organisationnel.

Nous tenterons également d'identifier les critères considérés comme les plus importants par les consommateurs dans le choix d'une maison de repos, comme suggéré par Muller et al. (2022).

Enfin, nous évaluerons s'il existe une différence dans l'évaluation de l'attractivité entre les personnes âgées et leurs proches. Ces derniers étant fortement, voire complètement impliqués dans le choix d'une maison de repos, il est important de savoir si leurs opinions reflètent celles des personnes premièrement concernées : les personnes âgées

3. Méthodologie

3.1.1 Recueil des données

Cette recherche a reçu l'accord du comité éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education (FPLSE) pour le recueil et le traitement de données à caractère personnel.

Pour tester notre première hypothèse, nous avons procédé en deux temps. Premièrement, nous avons procédé au recrutement de douze maisons de repos de Wallonie via téléphone. Après avoir expliqué l'objectif de la recherche ainsi que toutes les informations importantes quant au traitement des données via un formulaire d'information envoyé par mail, nous avons demandé l'accord aux directeurs-rices des maisons pour participer à l'étude. Aucun critère d'inclusion

concernant les maisons de repos n'a été appliqué. Néanmoins, nous avons cherché à recruter des maisons diversifiées du point de vue de la taille et de l'aspect physique.

Nous nous sommes ensuite rendus dans ces douze maisons de repos afin d'avoir une estimation de leur degré d'implémentation du changement de culture. Celui-ci fut complété par les directeurs-rices des différentes structures via la plateforme d'enquête en ligne de la FPLSE, en compagnie du chercheur, présent pour répondre aux éventuelles questions. Au sein de chaque établissement, nous avons ensuite pris entre 5 et 10 photos de pièces et endroits stratégiques tels que la chambre, la salle de bain, le couloir, la salle à manger et le salon. Nous avons veillé à préserver l'anonymat des maisons participantes et des résidents, en floutant tous les visages pouvant apparaître sur les photos (visage des résidents ainsi que ceux apparaissant sur leurs photographies personnelles). Ces photos avaient pour but de donner une représentation globale de la maison de repos dans laquelle elles ont été prises, et ont permis de constituer la deuxième phase de l'étude.

Au cours de celle-ci, 150 participants furent recrutés via un formulaire de recrutement diffusé sur les réseaux sociaux, au sein de cabinets médicaux et via des organismes tels que *Le Conseil Consultatif des Aînés* de différentes villes et les universités du troisième âge. Les critères d'inclusion étaient soit d'avoir 65 ans ou plus, soit d'avoir un parent de 65 ans et plus. Ainsi, les participants de 65 ans ou moins représentent les familles de résidents potentiels.

La deuxième phase de l'étude visait à recueillir l'avis des personnes âgées et leur famille quant à l'attractivité des maisons présentées sur base de leurs photos respectives. Les participants ont répondu via la plateforme d'enquête en ligne de la FPLSE et avaient donc uniquement besoin d'un appareil avec un accès internet pour participer à l'enquête.

Initialement, nous avons prévu que chaque participant évalue l'attractivité des 12 maisons de repos. Cependant, en raison de la longueur excessive du questionnaire et afin que celui-ci n'excède pas les 20 minutes, nous avons réparti les 150 participants dans 3 groupes, et avons déterminé que chaque participant évaluerait quatre maisons de repos. Ainsi, les 50 participants du groupe 1 ont évalué l'attractivité des maisons A, G, I, L sur base de leurs photos respectives. Les 50 participants du groupe 2 ont évalué les maisons B, D, E, J et les 50 participants du groupe 3 ont évalué les maisons C, F, H, K.

Afin de ne pas influencer les réponses des participants, l'objectif réel de cette étude fut caché, tant pour les directeurs-rices des maisons de repos, que pour les participants. Un premier

consentement non éclairé fut complété par les participants avant la réalisation du questionnaire. Une fois le questionnaire complété, un message de débriefing leur expliquant le véritable objet de cette étude leur fut ensuite transmis, et un second consentement, éclairé cette fois, leur fut alors demandé avec la possibilité de renoncer à leur participation. Aucun participant n'a souhaité renoncer à sa participation.

3.1.2 Participants

Parmi les 12 maisons de repos recrutées, la maison L a renoncé à sa participation en raison d'un changement de direction. Dès lors, les données relatives à cette maison ne seront pas prises en compte dans cette étude et seront détruites. Par conséquent, le nombre de maisons de repos recrutées est de 11 au lieu de 12.

Un échantillon de 150 participants fut recruté pour la seconde phase de l'étude. Parmi ceux-ci, 44 participants avaient 65 ans ou plus. Ils constituent le groupe « Personnes âgées » (PA) de l'échantillon. Nous avons choisi de sonder les personnes âgées non institutionnalisées car habituellement, l'opinion des résidents est sollicitée lorsqu'ils sont déjà intégrés au sein d'une maison de repos (Muller et al., 2022). Or leur avis est nécessaire afin d'aller vers une meilleure culture institutionnelle répondant aux besoins et aux attentes modernes. Les 106 autres participants avaient moins de 65 ans et constituent le groupe « Famille » (FA) de l'échantillon. Chacun des participants et des maisons de repos ont marqué leur consentement éclairé pour la participation et le traitement de leurs données dans le cadre de cette étude.

3.1.3 Mesures

Dans la première phase de l'étude, les directeurs-trices ont été amenés à fournir quelques informations générales reprenant le nom de l'institution, la province dans laquelle elle se trouve, sa capacité en nombre de lits et son secteur d'activité. Ensuite, ils ont été invités à répondre au questionnaire *Artifacts of Culture Change* (ACCT ; Bowman & Schoeneman, 2006) afin d'évaluer le degré d'implémentation du changement de culture dans leur établissement. Nous avons choisi d'administrer ce questionnaire parmi 9 autres car, en plus de caractéristiques psychométriques intéressantes, 27 des 79 items qu'il comporte concernent l'évaluation de l'environnement physique des maisons de repos. Les autres domaines évalués par ce questionnaire concernent les pratiques de soins (14 items), la famille et la communauté (6 items), le leadership (5 items), les pratiques d'organisation (13 items) et le rendement (14 items). Pour chaque item, les directeurs-rices ont répondu à travers une échelle de type Likert

allant de 0 à 5 points (les participants ne voyaient pas les points correspondant à leurs réponses). Ainsi le score total maximum était de 580. Un score élevé indique un niveau d'implémentation du changement de culture élevé.

Dans la seconde phase de l'étude, les participants ont été répartis dans les trois différents groupes de façon aléatoire en cliquant sur un lien d'enquête parmi trois autres. Une fois dans l'interface d'enquête en ligne, les informations importantes quant à l'étude et au traitement de leurs données leur ont été transmises, ainsi qu'un premier consentement cachant le véritable objectif de l'étude. Ils ont ensuite commencé l'enquête en fournissant quelques informations démographiques, telles que leur âge, genre et niveau scolaire. Il leur a également été demandé s'ils avaient déjà été amenés à choisir une maison de repos, pour eux ou pour un proche, et s'ils pensaient possible qu'ils soient confrontés à ce choix dans le futur. Après vérification des critères d'inclusion, les participants ont pu commencer la première partie de l'enquête. Ils ont été invités à visualiser les photos de la première maison, et à évaluer l'attractivité de celle-ci à partir d'un questionnaire composé de 15 items (annexe 6). Ceux-ci reprenaient les critères d'attractivité jugés comme les plus déterminants par les consommateurs de maisons de repos selon Robison et al. (2004). Ils portaient sur la propreté et les odeurs, la luminosité, la décoration, le mobilier, le sentiment d'intimité et de sécurité, la qualité des repas, les activités, la capacité de pouvoir décider seul, la possibilité de recevoir de la visite, le sentiment d'être chez soi, la qualité des nuits, l'ambiance bon vivre et calme, l'envie d'y vivre, la qualité de vie et enfin la qualité des soins. Pour chaque item, les participants devaient répondre au moyen d'un curseur de 0 à 100. Il leur a également été demandé d'évaluer le coût mensuel de la maison à partir des photos et de dire s'ils l'estimaient à moins de 1000€/mois, entre 1000 et 1500 €/mois, entre 1500 et 2000€/mois, entre 2000 et 2500€/mois ou à plus de 2500€/mois. Au travers de ce questionnaire, les personnes âgées de 65 ans ou plus devaient répondre pour elles-mêmes, dans la perspective d'intégrer cette structure dans les années à venir. Les familles devaient quant à elle répondre pour leur proche âgé. Les participants devaient répondre à tous les items avant de passer à l'évaluation de la maison suivante, reprenant le même questionnaire et les mêmes items. Au total, les participants ont répondu quatre fois au même questionnaire, fournissant un score moyen d'attractivité pour chacune des quatre maisons qu'ils auront évaluées. Un score moyen élevé indique un degré d'attractivité élevé. La deuxième partie de l'enquête était commune aux 3 groupes de participants (groupe 1, 2 et 3). Il leur a été demandé de classer par ordre de préférence les photos de 6 maisons de repos : les maisons A, K, H, C, F et E. Celles-ci ont été choisies pour leurs caractéristiques saillantes et distinctes.

Enfin, il a été demandé aux participants d'évaluer l'importance de 21 critères dans le choix d'une maison de repos. Les modalités de réponse se présentaient sous forme d'échelle de Likert en 5 points où 1 = Pas important, et où 5 = Très important. Les critères concernaient l'hygiène (propreté et odeurs), la luminosité, avoir une grande chambre, la qualité des soins, l'intimité, avoir une chambre individuelle, avoir une chambre avec salle de bain, avoir une chambre avec cuisine, avoir une chambre avec salon, avoir une chambre avec salle à manger, la décoration et l'ambiance familiale, un personnel qualifié, respectueux, disponible et à l'écoute, la sécurité, le confort et la qualité des équipements, pouvoir aménager sa chambre comme on le souhaite, avoir l'espace et le mobilier nécessaire pour recevoir des amis ou de la famille, pouvoir être libre de prendre des décisions seul, la qualité des repas, pouvoir se sentir chez soi, les activités variées et plaisantes, pouvoir passer des nuits de qualité

3.1.4 Analyses statistiques

Les analyses qui suivent ont été réalisées à partir de 2 logiciels. Nous avons utilisé la version 2016 d'Excel afin de recueillir les différentes données des participants et des directeurs de maison de repos. Nous avons effectué un nettoyage des données avant de les exporter dans le logiciel Jamovi 2.2.5. C'est à partir de ce dernier que nous avons effectués les différentes opérations d'analyses descriptives et inférentielles. Nous avons choisi de fixer le seuil de significativité à $p < 0.05$. Par conséquent, les scores inférieurs à cette valeur seront considérés comme statistiquement significatifs.

Nous avons commencé par mener des analyses descriptives des données démographiques de l'échantillon, et des sous-groupes qui le composent (groupes d'âge et groupes de maisons). Nous avons ensuite détaillé les caractéristiques des maisons avant de présenter les moyennes et écarts-types de notre variable d'intérêt qui concerne l'attractivité.

Nous avons ensuite procédé à des analyses inférentielles afin de tester notre hypothèse. Nous avons commencé par élaborer une matrice de corrélation afin de connaître les liens existants entre nos différents items. Après avoir conclu que nos variables n'étaient pas normalement distribuées grâce au test de normalité de Shapiro-Wilk, nous avons procédé au test de corrélation non paramétrique de Spearman.

Nous avons ensuite comparé nos deux variables principales pour chaque maison, à savoir le score d'implémentation du changement de culture et le score d'attractivité. Celles-ci étant normalement distribuées, nous avons pu utiliser un test de corrélation de Pearson afin de voir

si l'attractivité d'une maison était liée avec son score de changement de culture de cette maison, ainsi qu'avec ses différentes caractéristiques, telles que la capacité en nombre de lits ou le tarif mensuel.

Pour approfondir nos investigations, nous avons ensuite comparé l'attractivité des maisons entre elles, et testé les différences entre les groupes d'âge. Puisque les participants d'un même groupe ont évalué plusieurs maisons de repos, nous avons réalisé des ANOVA à mesure répétées pour chaque groupe de maisons (groupe 1, 2 et 3). A nouveau, nous avons pris soin de vérifier les hypothèses de normalité et de sphéricité des données avant de procéder à aux analyses. Lorsque celles-ci n'étaient pas respectées, nous utilisons l'équivalent non paramétrique, à savoir l'ANOVA pour mesures répétées de Friedman.

Nous avons procédé de la même manière afin de comparer les différences d'attractivité entre les maisons pour un item donné, et savoir sur lesquels les maisons différaient. Là aussi, nous avons utilisé des ANOVA à mesures répétées de Friedman pour chaque groupe de maisons, les données n'étant pas normalement distribuées.

Pour finir, nous avons souhaité comparer les réponses des participants quant au classement des différentes maisons. A nouveau, nous avons utilisé une ANOVA à mesures répétées de Friedman afin de savoir si les maisons étaient classées significativement différemment et si oui, lesquelles étaient les plus attractives. Nous avons également calculé le coefficient de concordance de Kendall afin de connaître le degré d'accord entre les différents juges/participants.

4. Présentation des résultats

4.1 Analyses descriptives

4.1.1 Description de l'échantillon

Un échantillon de 150 participants, âgés de 21 à 83 ans, a été recruté. L'âge moyen des participants est de 57 ans (56.6 ± 12.6). Cet échantillon se composait de 25 hommes (16.7%) pour 125 femmes (83.3%). Sur le plan scolaire, un participant n'a pas de diplôme ou de certificat (0.7%) et un autre (0.7%) a un niveau d'enseignement primaire. 15 participants (10%) ont un niveau d'enseignement secondaire inférieur, 34 (22.7%) ont un niveau d'enseignement secondaire supérieur. 15 participants (10%) ont un niveau d'enseignement post-secondaire non-supérieur et enfin, 84 participants (56%) ont un niveau d'enseignement supérieur (bachelier/master/doctorat). Dans l'échantillon total, 67 participants (44.7%) ont déjà été confrontés au choix d'une maison de repos pour eux-mêmes ou un proche, et 94 (62.7%) pensent y être confrontés dans le futur.

Cet échantillon comporte 106 personnes de moins de 65 ans (70.7%). Ils constituent le groupe « Familles » et ont entre 21 et 64 ans pour une moyenne d'âge de 51 ans (50.5 ± 9.39). Les 44 participants (29.3%) ayant 65 ans ou plus constituent le groupe « personnes âgées ». Ils ont entre 65 et 83 ans avec une moyenne d'âge de 71 ans (71.4 ± 4.54).

Le groupe « Familles » se compose de 91 femmes (85.8%) et 15 hommes (14.2%). Un participant n'a pas de diplôme ou de certificat (0.9%). Aucun n'a un niveau d'enseignement primaire. 10 participants (9.43%) ont un niveau d'enseignement secondaire inférieur, 29 (27.96%) ont un niveau d'enseignement secondaire supérieur. 8 participants (7.55%) ont un niveau d'enseignement post-secondaire non-supérieur et enfin, 58 participants (54.72%) ont un niveau d'enseignement supérieur (bachelier/master/doctorat). Parmi les membres de la famille, 38 participants (35.85%) ont déjà été confrontés au choix d'une maison de repos pour eux-mêmes ou pour un proche et 69 (65.09%) pense y être confrontés dans le futur.

Le groupe « Personnes âgées » se compose de 36 femmes (77.27%) et de 10 hommes (22.73%). Tous disposent au moins d'un diplôme ou d'un certificat. Un participant (2.27%) a un niveau d'enseignement primaire. 5 participants (11.36%) ont un niveau d'enseignement secondaire inférieur, 5 autres (11.36%) ont un niveau d'enseignement secondaire supérieur. 7 participants (15.91%) ont un niveau d'enseignement post-secondaire non-supérieur et enfin, 26 participants (59.1%) ont un niveau d'enseignement supérieur (bachelier/master/doctorat). Parmi les

personnes âgées, 29 participants (65.91%) ont déjà été confrontés au choix d'une maison de repos pour eux-mêmes ou pour un proche, et 25 (56.82%) pense y être confrontés dans le futur.

Au sein du groupe 1, on observe que les participants ont entre 35 et 76 ans pour une moyenne d'âge de 55 ans (54.4 ± 9.62). Dans ce groupe, 8 participants (16%) ont 65 ans ou plus et 42 participants (84%) ont moins de 65 ans. Cet échantillon se compose de 45 femmes (90%) pour 5 hommes (10%). Parmi cet échantillon, 17 participants (34%) ont déjà été confrontés au choix d'une maison de repos et 28 participants (56%) pensent y être confrontés dans le futur.

Les participants du groupe 2 ont entre 23 et 83 ans pour une moyenne d'âge de 60 ans (60.2 ± 14.1). 24 participants (48%) ont 65 ans ou plus et 26 (52%) ont moins de 65 ans. Cet échantillon se compose de 36 femmes (72%) pour 14 hommes (28%). Parmi cet échantillon, 25 participants (50%) ont déjà été confrontés au choix d'une maison de repos et 32 (64%) pensent y être confrontés dans le futur.

Enfin, les participants du groupe 3 ont entre 21 et 76 ans pour une moyenne d'âge de 55 ans (55.1 ± 13.2). 12 participants (24%) ont 65 ans ou plus et 38 participants (76%) ont moins de 65 ans. Cet échantillon se compose de 44 femmes (88%) pour 6 hommes (12%). Parmi cet échantillon, 25 participants (50%) ont déjà été confrontés au choix d'une maison de repos et 34 (68%) pensent y être confrontés dans le futur.

Les annexes 7a, 7b et 7c présentent les données démographiques des différents groupes. On observe que les caractéristiques démographiques des participants sont relativement similaires entre le groupe 1 et 3 en termes de moyenne d'âge, dans la proportion hommes/femmes ainsi que dans celle de personnes âgées et de membre de la famille. En revanche, pour le groupe 2, on peut remarquer une moyenne d'âge plus élevée, et une répartition plus homogène d'hommes et de femmes, ainsi que de personnes âgées et de membres de la famille.

4.1.2 Analyse descriptive des données des maisons de repos

Les caractéristiques des 11 maisons de repos recrutées se trouvent dans le tableau en annexe 8. On peut observer que 5 d'entre elles se situent en province de Liège, et 6 en province de Namur. Quant à leur secteur d'activité, 2 étaient issues du secteur public (les maisons B et K), 4 du secteur associatif (les maisons C, D, G et I) et 5 du secteur communal (les maisons H, J, F, E et A). La maison ayant la plus petite capacité résidentielle est la maison I avec 26 lits. À l'inverse, la maison ayant la plus grande capacité résidentielle est la maison E avec 140 lits. La maison la plus chère est la maison E, avec un tarif mensuel pour une chambre individuelle de 2079€. La

moins chère est la maison J qui coûte en moyenne 1080€ par mois pour une chambre individuelle.

La maison ayant le score d'implémentation du changement de culture (« Score CC ») le plus bas est la maison J avec un score de 160/580. Il y a deux maisons ayant le plus haut. Il s'agit des maisons H et K qui ont toutes les deux un score de 227/580.

4.1.3 Analyse descriptive des données des participants quant à l'attractivité

Tableau 1 : Moyennes, écarts-types, minimums, maximums et test de Shapiro-Wilk pour les données « Score d'attractivité total »

	Maison	N	Moyenne	Minimum	Maximum	Shapiro-Wilk	
						W	p
Attractivité totale	A	50	61.6 (21.1)	14.67	95.0	0.965	0.142
	B	50	58.8 (21.1)	19.00	99.7	0.978	0.471
	C	50	37.1 (16.8)	0.00	69.3	0.984	0.712
	D	50	51.3 (19.4)	7.00	93.7	0.974	0.320
	E	50	55.4 (18.0)	6.67	98.7	0.970	0.231
	F	50	65.3 (19.8)	7.33	99.7	0.933	0.007
	G	50	61.8 (15.8)	19.67	97.0	0.992	0.977
	H	50	58.7 (18.0)	4.67	88.7	0.933	0.007
	I	50	53.7 (19.2)	18.00	99.7	0.977	0.416
	J	50	45.3 (21.2)	3.33	99.0	0.988	0.896
	K	50	57.9 (19.9)	11.00	100.0	0.988	0.881

Le tableau 1 ci-dessus présente les moyennes et écarts-types du score d'attractivité total (« Score Attrac. »), pour chaque maison. On peut y voir que la moyenne d'attractivité la plus élevée est celle de la maison F (65.3 ± 19.8). L'annexe 9 montre que c'est surtout le cas chez les familles dont la moyenne d'attractivité la plus élevée est celle de la maison F (65.4 ± 19.6). Pour les personnes âgées, c'est la maison K qui obtient la moyenne d'attractivité la plus élevée (66.6 ± 17.9). La moyenne d'attractivité la plus faible est celle de la maison C (37.1 ± 16.8). Sur ce point, les personnes âgées et les familles s'accordent puisque chaque groupe attribue la moyenne d'attractivité la plus faible à la maison C (36.7 ± 20.9 ; 37.3 ± 15.7). L'attractivité totale des maisons de repos est évaluée de manière assez similaire entre les personnes âgées (52.7 ± 21) et leur famille (56.2 ± 20.3) (Annexe 10)

Le tableau 2 ci-dessous montre que, parmi tous les groupes de maisons et tous les groupes d'âge, on observe que la moyenne la plus élevée concerne l'item « Propreté/odeurs » ($63.2 \pm$

24.1). L'item présentant la moyenne la plus faible concerne « l'envie d'y vivre » (46.2 ± 30.1). Ces résultats sont similaires entre les groupes d'âge. L'item le plus élevé chez les personnes âgées et les familles est aussi « Propreté/odeurs » (61.3 ± 24.4 ; 64.0 ± 24.0) et l'item le plus bas est également « l'envie d'y vivre » (42.6 ± 28.0 ; 47.8 ± 30.9).

Tableau 2 : Moyennes, écarts-types, minimums test de Shapiro-Wilk pour données des différents items

	N	Moyennes (Écarts-type)	Shapiro-Wilk	
			W	p
Propreté/odeur	550	63.2 (24.1)	0.961	< .001
Luminosité	550	61.6 (24.9)	0.961	< .001
Décoration	550	51.7 (28.3)	0.964	< .001
Mobilier	550	58.5 (25.0)	0.969	< .001
Intimité/sécurité	550	55.5 (24.9)	0.976	< .001
Qualité des repas	550	57.5 (21.8)	0.982	< .001
Activités	550	57.1 (22.5)	0.984	< .001
Décider seul	550	47.8 (25.1)	0.979	< .001
Recevoir	550	52.2 (27.1)	0.970	< .001
Sentim chez soi	550	49.7 (29.8)	0.953	< .001
Qualité nuits	550	55.7 (24.9)	0.970	< .001
Bon vivre/calme	550	54.6 (25.1)	0.969	< .001
Y vivre	550	46.2 (30.1)	0.949	< .001
Qualité de vie	550	59.6 (20.7)	0.978	< .001
Qualité des soins	550	56.6 (22.6)	0.977	< .001
Attractivité totale	550	55.2 (20.5)	0.992	0.006

L'annexe 11 présente les moyennes et écarts-types de chaque item pour chaque maison. On peut ainsi voir que l'item « Propreté/odeurs » est celui ayant le plus haut score dans les maisons D (55.2 ± 25.1), E (60.1 ± 23.9), F (71.6 ± 19.0), I (61.8 ± 20.8), J (56.2 ± 25.3) et K (71.9 ± 17.2). L'item « Luminosité » est en moyenne l'item le plus élevé dans les maisons A (77.7 ± 20.6), B (73.4 ± 22.5), H (65 ± 19.7). Dans la maison G, c'est l'item « Décoration qui est en moyenne le plus élevé (69.3 ± 22.0), tandis que dans la maison C, c'est l'item « Qualité de vie » qui est en moyenne le plus élevé (51.9 ± 22.2). En ce qui concerne l'item ayant la moyenne la plus faible, les maisons C (24.2 ± 26.1), D (42.7 ± 28.2), E (47.7 ± 25.7), G (50 ± 28.2), I (43.3 ± 27.2), J (33.6 ± 27.0) l'attribuent à l'item « Envie d'y vivre ». Pour les maisons A (48.9 ± 26.1), B (47.0 ± 29.3), F (55.2 ± 24.2) et H (53.5 ± 23.9), c'est l'item « Décider seul » qui a les moyennes les plus faibles. Enfin, dans la maison K, c'est l'item « Sentiment d'être chez soi » qui est le plus bas (45.1 ± 33.3).

L'annexe 12 présente le tableau de fréquences des tarifs estimés pour chaque maison. On peut observer que la majorité des participants évaluent le tarif mensuel d'une chambre individuelle entre 1500 et 2000 € pour les maisons A, B, E, F, G, H, I, J et K. Les maisons C et D sont quant à elles évaluées entre 1000 et 1500 €/mois. Les estimations étaient justes pour les maisons A, C, F, G, H et I dont le tarif mensuel est bien compris entre 1500 et 2000 €/mois. Les tarifs maisons J et K ont été surévalués puisqu'ils sont en réalité compris entre 1000 et 1500 €/mois. Les tarifs des maisons D et E ont quant à eux été sous-évalués puisque celui de la maison D est compris entre 1500 et 2000€/mois, et celui de la maison E est compris entre 2000 et 2500€/mois.

4.2 Analyses inférentielles

Pour rappel, notre hypothèse principale postule que les maisons présentant un degré d'implémentation du changement de culture plus élevé seront jugées comme plus attractives par les personnes âgées et leur famille. Par conséquent, notre hypothèse nulle est qu'il n'existe pas de relation positive significative entre le degré d'implémentation du changement de culture dans les maisons de repos et leur degré d'attractivité. Notre hypothèse alternative est dans ce cas qu'il existe une relation positive significative entre le degré d'implémentation du changement de culture dans les maisons de repos et leur degré d'attractivité.

Il est intéressant de voir les relations qu'entretiennent les items entre eux afin de voir si la mesure d'attractivité qu'ils renvoient est *consistante*. Nous avons alors procédé à l'élaboration d'une matrice de corrélation. Le tableau 2 ci-dessus présente les résultats du test de Shapiro-Wilk. Nous pouvons y observer que chaque item présente une distribution anormale ($p < .05$). Nous avons donc décidé d'appliquer le test de corrélation non paramétrique de Spearman. L'annexe 13 présente la matrice de corrélation entre les 15 items, ainsi qu'avec le score d'attractivité total. On peut constater que tous les items sont corrélés positivement et significativement les uns aux autres ($p < .001$). Aussi, on observe que chaque item est fortement, voire très fortement, positivement et significativement corrélé au score d'attractivité total. Les items très fortement corrélés à l'attractivité total sont la « Décoration » ($r_s = .82, p < .001$), la « Qualité des repas » ($r_s = .80, p < .001$), les « Activités » ($r_s = .82, p < .001$), la possibilité de recevoir de la visite ($r_s = .86, p < .001$), le « Sentiment d'être chez soi » ($r_s = .85, p < .001$), la « Qualité des nuits » ($r_s = .85, p < .001$), l'ambiance « bon vivre et calme » ($r_s = .87, p < .001$), l'envie d'y vivre ($r_s = .87, p < .001$) et la « Qualité des soins » ($r_s = .88, p < .001$). Ce dernier item est celui entretenant la corrélation la plus forte avec le score d'attractivité total.

4.2.1 Comparaison du degré d'implémentation du changement de culture et du niveau d'attractivité

Pour tester notre hypothèse principale, nous avons commencé par calculer le coefficient de corrélation intra-classe (ICC) pour chacun des trois groupes de participants. Ainsi le groupe 1 obtient un *ICC* de .587, le groupe 2 a un *ICC* de .564 ce qui indique que les différentes maisons des groupes 1 et 2 sont évaluées avec une fiabilité modérée entre les participants de chaque groupe. Le groupe 3, en revanche, obtient un *ICC* de .301 qui indique une mauvaise fiabilité dans l'évaluation des maisons par les participants de ce groupe.

Nous avons ensuite procédé à un test de normalité afin de tester si nos données étaient normalement distribuées. Pour cela, nous avons utilisé le test Shapiro-Wilk. Nous pouvons observer dans le tableau 3 que la répartition des scores d'implémentation du changement de culture est normalement distribuée avec un $W = 0.900$ et une probabilité de dépassement $p = 0.186$. Il en est de même pour les scores d'attractivité moyens des 11 maisons puisqu'on observe un $W = 0.910$ et un $p = 0.247$. Les probabilités de dépassement des deux distributions étant supérieures à 0.05, nous pouvons en conclure que toutes deux sont normalement distribuées.

Tableau 3. *Test de normalité de Shapiro-Wilk pour les variables « Score d'implémentation du changement de culture » et « Score d'attractivité »*

	Score CC	Score Attractivité
N	11	11
W de Shapiro-Wilk	0.900	0.910
Valeur p de Shapiro-Wilk	0.186	0.247

Sur base de ceci, nous avons pu appliquer le test de corrélation de Pearson pour tester la relation de ces deux variables. Nous avons procédé en prenant le score d'attractivité moyen pour chaque maison, et en le comparant au score « changement de culture » (Score CC) correspondant à chaque maison. L'analyse des données a révélé qu'il existait une relation forte, positive et significative entre le niveau d'implémentation du changement de culture dans les maisons et leur degré d'attractivité ($r = .721$, $p = 0.012$). Ces résultats sont détaillés dans l'annexe 17 reprenant l'ensemble des variables. La figure 1 représente le diagramme de dispersion des variables « Score d'attractivité » et « Score de changement de culture ».

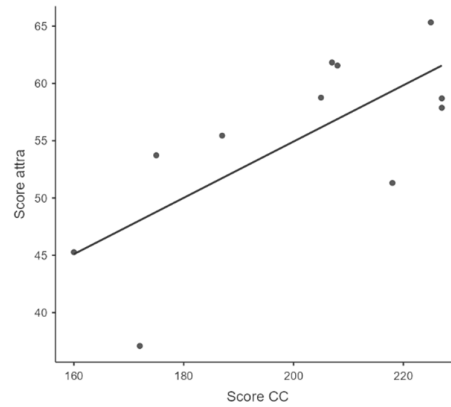


Figure 1 : *Diagramme de dispersion des variables Score d'attractivité et Score de changement de culture.*

Nous pouvons également observer dans l'annexe 17, une relation très forte, positive et significative entre le score total d'implémentation du changement de culture et les dimensions « Pratiques de soins » ($r = .83, p = .002$), « Environnement » ($r = .83, p = .002$), et une relation forte positive et significative avec la dimension « Famille et communauté » ($r = .66, p = .029$) du questionnaire. Le score total d'attractivité semble lui corrélé de manière forte, positive et significative avec la dimension « Environnement » ($r = .67, p = .025$). Le tarif moyen montre une relation très forte, négative et significative avec la capacité en nombre de lits de la maison ($r = -.95, p = .014$). Enfin la dimension « Pratiques de soins » semble fortement, positivement et significativement en relation avec la dimension « Environnement » ($r = .76, p = .007$), tandis que la dimension « Famille et communauté » est fortement négativement et significativement en relation avec la dimension « Rendement » ($r = -.69, p = .018$).

4.2.2 Comparaison de l'attractivité des maisons

A présent, il est intéressant de voir s'il existe une différence d'attractivité significative entre les maisons, et si oui, entre lesquelles. Puisque chaque participant d'un même groupe a dû évaluer les quatre mêmes maisons, nous avons travaillé par groupe de maisons, afin de réaliser des ANOVA à mesures répétées.

Pour le groupe 1, le test de Shapiro-Wilk (voir annexe 14a) a montré que l'attractivité totale avait une distribution normale dans les maisons A ($W = .97, p = .17$), G ($W = .99, p = .97$) et I ($W = .98, p = .39$). Les probabilités de dépassement de chaque distribution étant supérieures à .05, nous pouvons considérer celles-ci comme normales. Le test de sphéricité de Mauchly s'est quant à lui révélé significatif ($W = .87, p = .04$) nous obligeant à rejeter l'hypothèse de sphéricité des données. L'indice Greenhouse-Geisser étant supérieur à .75, nous appliquerons la

correction Huynh-Feldt. L'ANOVA à mesures répétées montre alors un effet principal de la maison sur l'attractivité ($F = 5.63, p = .006, \eta^2 = .029$). En revanche, aucun effet principal du groupe d'âge n'a été démontré ($F = 2.05, p = .159, \eta^2 = .03$) et aucun effet d'interaction non plus ($F = 0.261, p = .752, \eta^2 = .001$). Nous pouvons donc supposer qu'il existe une différence d'attractivité significative entre les maisons A, G et I. Afin de savoir entre lesquelles de ces maisons il existe une différence significative, nous avons procédé au test post-hoc HSD de Tukey. Celui-ci a montré une vraisemblable différence significative entre les maisons A et I ($p = .052$), et entre les maisons G et I ($p = .003$) mais aucune différence significative entre la maison A et G ($p = .97$). Ainsi, la maison I (53.7 ± 19.2) semble être évaluée comme moins attractive que la maison A (61.6 ± 21.1) et G (61.8 ± 15.8) qui semblent quant à elles égales sur le plan de l'attractivité.

Pour le groupe 2, le test de Shapiro-Wilk (voir annexe 14b) a montré que le score d'attractivité était distribué normalement dans les maisons B ($W = .98, p = .47$), D ($W = .97, p = .32$), E ($W = .97, p = .23$) et J ($W = .99, p = .89$). Les probabilités de dépassement de chaque distribution étant supérieures à .05, nous pouvons considérer celles-ci comme normales. Le test de sphéricité de Mauchly s'est, quant à lui, révélé non significatif ($W = .79, p = .05$) nous autorisant à tolérer l'hypothèse de sphéricité des données. L'ANOVA à mesures répétées montre un effet principal de la maison sur l'attractivité ($F = 10.75, p < .001, \eta^2 = .061$). En revanche, aucun effet principal du groupe d'âge n'a été démontré ($F = 1.01, p = .319, \eta^2 = .014$) et aucun effet d'interaction non plus ($F = 0.684, p = .563, \eta^2 = .004$). Nous pouvons donc en déduire qu'il existe une différence d'attractivité significative entre les maisons B, D, E, J. Nous avons ensuite utilisé le test post-hoc HSD de Tukey pour connaître les maisons entre lesquelles il existait une différence. Celui-ci a montré une différence significative entre les maisons B et D ($p = .023$), B et J ($p < .001$) et E et J ($p = .003$).

Pour le groupe 3, le test de Shapiro-Wilk (voir annexe 14c) a montré que le score d'attractivité était distribué normalement dans les maisons C ($W = .98, p = .71$) et K ($W = .99, p = .71$), mais pas dans les maisons F ($W = .93, p = .007$) et H ($W = .93, p = .007$) dont les probabilités de dépassement inférieures à .05 nous obligent à rejeter l'hypothèse de normalité. Nous avons donc utilisé le test non paramétrique de Friedman pour mesures répétées. Celui-ci a montré une différence d'attractivité significative entre les maisons, $\chi^2(3) = 54.4, p < .001$. Une comparaison paire à paire (Durbin – Conover) a permis de montrer une différence significative entre les maisons C et F ($p < .001$), C et H ($p < .001$) et C et K ($p < .001$). Ainsi les maisons F, H et K sont égales en termes d'attractivité, tandis que la maison C est significativement moins

attractive. On observe les mêmes résultats chez les personnes âgées, $\chi^2(3) = 18.9, p < .001$ et chez les familles ($\chi^2(3) = 42.2, p < .001$), si ce n'est que ces dernières évaluent les maisons F et K comme significativement différentes ($p = .003$).

4.2.3 Comparaison des différents items par maisons

Maintenant que nous savons entre quelles maisons l'attractivité diffère, nous voudrions savoir sur quels aspects les maisons diffèrent entre elles. Nous avons donc décidé de comparer les maisons à partir des différents items. Pour cela, nous avons appliqué des ANOVA à mesures répétées sur les différents groupes de sujet. Nous avons commencé par tester la normalité des distributions des items. Les tests Shapiro-Wilk (annexe 15a, 15b, 15c) réalisés dans chaque groupe ont révélé que les distributions des items étaient toutes anormales ($p < .05$). Nous donc appliqué l'ANOVA à mesures répétées de Friedman à chaque item de chaque groupe.

Dans le groupe 1 (annexe 16a), seuls les items « Propreté/odeurs » ($\chi^2(2) = 25.3, p < .001$), « Luminosité » ($\chi^2(2) = 33.4, p < .001$), « Décoration » ($\chi^2(2) = 15.8, p < .001$), « Mobilier » ($\chi^2(2) = 22.5, p < .001$), « Qualité de vie » ($\chi^2(2) = 13.6, p = .001$) et « Qualité de soins » ($\chi^2(2) = 11.2, p = .004$) ont montré des différences significatives entre les maisons. Plus précisément, pour l'item « Propreté/odeurs », on observe des différences entre les maisons A et G ($p < .001$) et les maisons A et I ($p < .001$). Pour l'item « Luminosité », on observe également des différences entre les maisons A et G ($p < .001$) et les maisons A et I ($p < .001$). Pour l'item « Décoration », ce sont les maisons A et G ($p < .001$) et G et I ($p < .001$) qui diffèrent. Pour l'item « Mobilier », on observe à nouveau des différences entre les maisons A et G ($p = .009$), A et I ($p < .001$) et G et I ($p = .009$). Pour l'item « Qualité de vie » c'est entre les maisons A et I ($p = .003$) et G et I ($p < .001$) qu'on observe des différences. C'est également le cas pour l'item « Qualité des soins » qui montre des différences entre les maisons A et I ($p = .01$) et G et I ($p = .001$).

Pour le groupe 2 (annexe 16b), chaque item démontre des différences significatives entre les maisons ($p < .05$). On observe que globalement, la maison J est différente des autres maisons sur presque tous les items ($p < .05$), surtout avec la maison B, dont elle est différente sur tous les items, et la E dont elle est différente sur tous les items, excepté ceux de la propreté/odeurs et de la luminosité. Les maisons B et E sont quant à elles relativement similaires, puisqu'elles ne diffèrent que sur les items de la propreté/odeurs ($p = .04$), de la luminosité ($p < .001$) et de la qualité des soins ($p = .02$). Les maisons D et E sont également fort similaires puisqu'elles ne diffèrent que sur l'item « Décider seul » ($p = .01$).

Pour le groupe 3 (annexe 16c), on observe également des différences d'attractivité significative entre les maisons ($p < .001$). C'est surtout le cas pour la maison C qui est nettement différente de toutes les autres maisons, sur tous les items ($p < .001$). Les maisons H et K ont, quant à elles, une attractivité globalement similaire, en dehors de la propreté/odeurs où la maison K obtient un meilleur score (71.9 ± 17.2), et de la décoration où c'est la maison H qui obtient un meilleur score (69.3 ± 22.0). Les maisons F et K sont également globalement similaires, excepté pour les items concernant la décoration ($p = .002$), la possibilité de recevoir ($p = .002$), le sentiment d'être chez soi ($p = .05$), l'envie d'y vivre ($p < .001$), et la qualité de soins ($p = .05$) où la maison F obtient de meilleurs résultats que la maison K. Les maisons F et H diffèrent quant à elles sur la propreté/odeurs ($p = .002$), le mobilier ($p = .03$), la qualité des repas ($p = .05$), les activités ($p = .009$), l'envie d'y vivre ($p < .001$), la qualité de vie ($p = .04$) et la qualité des soins ($p < .001$), où là aussi, la maison F obtient de meilleurs résultats que la maison H.

4.2.4 Comparaison des maisons sur base du classement

Le tableau 4 reprend les moyennes des rangs attribués aux maisons A, K, H, C, F et E, classées par ordre de préférence. Un score de 1 signifie que la maison a été classée 1^{ère} dans l'ordre de préférence, et un score de 6 signifie qu'elle a été classée dernière. Ainsi, plus le score total est petit, plus la maison occupe les hauts rangs, et donc plus celle-ci est jugée attractive. Nous pouvons dès lors observer que les plus petits scores sont attribués aux maisons H (total = 350), F (total = 486) et E (total = 427) tandis que les scores les plus élevés sont attribués aux maisons K (total = 749), C (total = 667), et A (total = 521). Nous avons utilisé une ANOVA à mesures répétées pour savoir si ces totaux étaient significativement différents. Le test de normalité Shapiro-Wilk a démontré que les données rangées n'étaient pas normalement distribuées entre les maisons ($p < .001$).

Tableau 4. *Analyses descriptives et test de normalité de Shapiro-Wilk pour la variable « Classement »*

	N	Moyenne	Médiane	Somme	Ecart-type	Shapiro-Wilk	
						W	p
A	150	3.47	4.00	521	1.84	0.875	< .001
K	150	4.99	5.00	749	1.26	0.777	< .001
H	150	2.33	2.00	350	1.45	0.829	< .001
C	150	4.45	4.00	667	3.53	0.338	< .001
F	150	3.24	3.00	486	1.36	0.931	< .001
E	150	2.85	3.00	427	1.49	0.901	< .001

Sur base de ces résultats, nous avons appliqué une ANOVA à mesures répétées de Friedman (annexe 18). Celle-ci a révélé qu'il existait bien une différence significative quant au rang d'attractivité des maisons ($\chi^2(5) = 196, p < .001$). La comparaison paire à paire a montré qu'il y avait une différence entre chaque maison ($p < .05$), excepté pour les maisons A et F pour lesquels il n'y a pas de différence dans le classement ($p = .204$).

Nous avons également utilisé les totaux comme nouvelle mesure de l'attractivité afin de la comparer au score d'implémentation du changement de culture, et de savoir si ces deux variables étaient corrélées. Nous avons également souhaité comparer cette nouvelle mesure de l'attractivité aux scores d'attractivité moyens des maisons afin de voir si ces deux variables s'accordaient. Le test de Shapiro-Wilk ayant confirmé la normalité des distributions du classement ($W = .96, p = .80$), des scores de changement de culture ($W = .84, p = .14$) et de l'attractivité ($W = .82, p = .08$) par des probabilités de dépassement $p > .05$, nous avons appliqué le test de corrélation de Pearson. Le classement s'est révélé négativement, très faiblement et non significativement corrélé au score du changement de culture ($r = -.158, p = .77$) ainsi qu'avec le score d'attractivité moyen ($r = -.416, p = .41$) avec lequel il est négativement, modérément et non significativement corrélé.

Nous avons également calculé le coefficient de concordance de Kendall afin d'évaluer le degré d'accord entre les classements effectués par les 150 participants. Nous avons observé un degré de concordance moyen et significatif entre les classements ($W = .42, p < .001$)

4.2.5 Évaluation des critères jugés importants selon les consommateurs

L'analyse descriptive des données quant à l'évaluation des 21 critères d'attractivité se trouve en annexe 19. Celle-ci a révélé que les critères ayant la moyenne la plus élevée portaient sur la qualité des soins (4.95 ± 0.21), un personnel qualifié, libre et à l'écoute (4.98 ± 0.14) et l'hygiène (4.89 ± 0.32). Ceux-ci correspondent donc aux critères jugés comme les plus importants dans le choix d'une maison de repos. En revanche les critères ayant les moyennes les moins élevée concernent le fait d'avoir une chambre avec une cuisine (3.23 ± 0.99), un salon (3.71 ± 0.92), ou une salle à manger (3.05 ± 1.00). Le test de normalité de Shapiro-Wilk ayant conclu à une distribution anormale des données au sein de chaque critère, nous avons procédé à la réalisation d'une ANOVA à mesures répétées non paramétrique de Friedman afin déterminer si les différences d'évaluation entre les critères sont significatives. Celle-ci a révélé qu'il existait bel et bien des différences significatives dans l'évaluation des différents critères ($\chi^2(5) = 196, p < .001$)

5. Interprétation et discussion

Notre recherche avait pour objectif de déterminer si les maisons qui disposent d'un aménagement intérieur répondant aux critères mis en avant par le mouvement de changement de culture, étaient évaluées comme plus attractives que les maisons ayant un aménagement plus « traditionnel ».

En effet, ces établissements souffrent d'une image très négative dans la société, associée à leur passé médicalisé (Hauge & Kristin, 2008 ; Miller et al., 2012). Celle-ci peut être à l'origine de beaucoup d'appréhension ainsi que de difficultés psychologiques et émotionnelles liées à l'adaptation à la vie en maison de repos (Böckerman et al., 2012). Il apparaît que le changement de culture serait susceptible d'améliorer cette condition. Ce mouvement, issu de l'approche centrée sur la personne, vise à réformer la culture organisationnelle des maisons de repos (Koren, 2010). Pour cela, il prévoit de désinstitutionnaliser les structures dites « traditionnelles », axées sur les soins, en faveur d'une approche individualisée favorisant le bien-être des résidents ainsi que leur qualité de vie et leur qualité de soins (Shier et al., 2014 ; Koren, 2010 ; Eijkelenboom, et al., 2017 ; Zimmermann et Cohen, 2010). Parmi les principes fondateurs du changement de culture, cette recherche se concentre sur l'aménagement d'un environnement que l'on pourrait davantage associer à une maison plutôt qu'à un hôpital. Celui-ci promeut la minimisation des aspects institutionnels, tels que les postes infirmiers ainsi que le matériel médical apparent, pour la création d'environnements chaleureux, agréables, où chaque personne aurait la possibilité de se sentir chez lui (Koren, 2010 ; Harris et al., 2006). Cela passe par la décoration, l'aménagement et la création de petites unités résidentielles (Brulocalis, 2020).

Bien que le mouvement n'ait pas fourni de preuves de son efficacité à améliorer la qualité de vie et de soins des résidents (Rahman & Schnelle, 2008 ; Shier et Saliba, 2014), l'approche centrée sur la personne dont il est issu montre quant à elle des bienfaits reconnus, tant sur la qualité de vie des résidents, que sur la satisfaction des professionnels (Backman et al., 2020 ; Li & Porock, 2014 ; Edvardsson et al., 2008 ; Mitchell & Agnelli, 2015). Nous avons donc de bonnes raisons de penser que le changement de culture peut contribuer à des bienfaits similaires.

Cette recherche vise donc à déterminer si la création d'un environnement « comme à la maison », permet d'améliorer l'attractivité des maisons de repos. Ceci nous a amenés à formuler l'hypothèse selon laquelle les structures présentant un degré d'implémentation du changement de culture plus élevé sont jugées comme plus attractives par les personnes âgées de 65 ans et plus, et leur famille.

5.1 Retour sur hypothèses

Pour tester cette idée, nous avons commencé par réaliser des corrélations afin de tester l'attractivité des maisons avec une série de critères, notamment celui concernant le niveau d'implémentation du changement de culture. D'après les résultats obtenus, il semblerait que l'attractivité des maisons soit effectivement liée au niveau d'implémentation du changement de culture, et plus particulièrement avec la dimension environnementale. Autrement dit, quand les institutions procèdent aux changements environnementaux suggérés par le changement de culture, celles-ci semblent être plus attractives. Ces résultats semblent confirmer notre hypothèse et concordent avec ceux obtenus par Muller et al. (2022). Cette étude avait démontré que mettre en avant des caractéristiques correspondant au modèle de changement de culture dans les maisons de repos rendait celles-ci plus attractives comparativement à une maison dont les caractéristiques étaient celles d'une maison traditionnelle. Les maisons conformes au changement de culture donnaient l'impression que les résidents étaient mieux entourés et plus libres dans les choix et décisions du quotidien.

Hancel (2022) avait également obtenu des résultats congruents avec ceux de cette étude. Dans cette recherche, des juges externes avaient été sollicités pour l'évaluation des photos de 10 maisons de repos. Il leur était demandé de déterminer pour chaque photo, si l'atmosphère ressemblait davantage à celle d'un hôpital ou d'une maison, et si l'endroit leur semblait plutôt chaleureux ou froid. Ensuite, ces mêmes photos ont été soumises à 60 participants âgés, et 60 participants jeunes afin d'évaluer l'attractivité des différentes maisons. Les résultats avaient démontré que les environnements qui avaient été jugés comme ressemblants davantage à une maison étaient associés à une meilleure attractivité.

Cette recherche avait également conclu que l'attractivité était généralement moins importante chez les sujets âgés comparativement aux sujets plus jeunes. Cet aspect n'a pas été démontré dans la présente étude. En effet, nous n'avons observé aucune différence significative entre l'évaluation de l'attractivité selon les personnes âgées et selon les proches. Il semblerait que le groupe d'âge n'ait pas d'influence sur la façon dont l'attractivité des maisons est évaluée. Cela suggère que les attentes des personnes âgées correspondent à celles de leurs proches et que ceux-ci partagent globalement leur avis en ce qui concerne les critères d'attractivité des maisons. Cela est d'une importance cruciale lorsqu'on sait que les familles sont fortement voire totalement impliquées dans le choix d'une maison pour leur proche (Roshier & Robinson, 2005).

Lorsqu'on regarde nos résultats d'un peu plus près, on constate que les maisons avec un plus haut niveau d'implémentation du changement de culture font partie des plus attractives, mais que celles-ci ne sont pas les plus attractives. Dans le même sens, les maisons les plus attractives ne sont pas celles qui ont les plus hauts niveaux d'implémentation du changement de culture. En revanche, les maisons jugées comme les moins attractives présentent les scores d'implémentation du changement de culture les plus bas.

On remarque par ailleurs que, bien que les changements environnementaux conformes au changement de culture soient largement évalués dans les maisons, cette dimension est celle qui apparaît comme la moins implémentée. En effet, on observe des résultats systématiquement meilleurs dans les autres dimensions du changement de culture. Ainsi, les maisons dans lesquelles la dimension concernant l'environnement est plus élevée sont associées à un meilleur score d'implémentation du changement de culture, mais pas nécessairement à une meilleure attractivité. Au contraire, parmi toutes les maisons, la dimension environnementale est celle avec les plus bas scores comparativement aux autres dimensions. Les dimensions ayant le plus intégré les changements véhiculés par le changement de culture sont les dimensions qui concernent les pratiques de soins et le rendement des maisons. Cette dernière comprend des indices de roulement et de rétention du personnel. Ces résultats suggèrent donc que les priorités des maisons de repos ne concernent pas vraiment l'aménagement d'un environnement ressemblant à celui d'une maison, mais plutôt l'amélioration des services de soins, et que cela se traduise par de meilleurs taux de rétention du personnel.

Cette constatation peut trouver une explication dans la difficulté des maisons de repos à façonner des environnements nouveaux, comparativement aux pratiques de soins centrées sur la personne (Campbell, 2014). En effet, les principes véhiculés par le changement de culture suggèrent que ces environnements devraient permettre aux résidents de fonctionner et de se sentir comme chez eux (Eijkelenboom, et al., 2017 ; Zimmermann et Cohen, 2010). En effet, une chambre individuelle possédant suffisamment d'espace est nécessaire afin de pouvoir disposer des meubles pouvant accueillir de la visite, ou des objets de valeur auxquels la personne tient et qui lui rappellent son chez elle (Van Dijck-Heinen et al., 2014 ; Rijnaard et al., 2016 ; Falk et al., 2013 ; Gillsjö, 2011)

La décoration doit être chaleureuse et inspirer l'intérieur d'une maison familiale, ce qui exige de renoncer aux éléments environnementaux rappelant l'aspect institutionnel (Hauge, 2008 ; van Hoof et al., 2016 ; Wada et al., 2020). Cependant, il est parfois compliqué de supprimer

certaines de ces éléments, tels que les postes infirmiers, ou de constituer des environnements plus grands, plus fonctionnels, car cela implique des aménagements d'ordre architecturaux, moyennant des travaux conséquents et coûteux. Comme nous l'avons vu, l'aspect financier constitue un des principaux obstacles à l'adoption des mesures suggérées par le changement de culture (Doty et al., 2008). Néanmoins, les auteurs postulent que ces investissements seraient rentabilisés par une place plus compétitive sur le marché et des tarifs plus élevés, en plus des économies sur les ressources humaines (Elliot, 2010 ; Doty et al., 2008 ; Grant et al., 2008). Nos résultats vont dans ce sens puisque les maisons se montrant plus impliquées dans le processus de changement de culture sont globalement un peu plus chères, sans faire partie des plus coûteuses. Les maisons les moins impliquées dans le mouvement sont quant à elles nettement moins chères. Nos résultats suggèrent également que la capacité en nombre de lit n'est pas un prédicteur fiable du niveau d'implémentation du changement de culture. En effet, aucune corrélation significative n'a pu être associée à cette relation entre ces deux variables. De plus, les maisons les plus et les moins attractives ont une capacité résidentielle similaire. Pour les mêmes raisons que pour les changements environnementaux, nous supposons qu'une maison qui s'oriente vers une nouvelle culture de soin initiera le changement par de petits aménagements faciles à mettre en place. Ainsi, scinder ou diminuer la capacité résidentielle apparaît compliqué à mettre en place.

La dimension de soin semble donc encore majoritairement privilégiée dans l'organisation des maisons de repos. Néanmoins, il semblerait que cet aspect prenne un sens différent de celui qu'on a pu connaître au travers de la culture traditionnelle. Les maisons de repos semblent désormais s'orienter vers des modèles de soins centrés sur les personnes, comme le prévoit le changement de culture. En effet, les scores des maisons pour cette dimension sont majoritairement supérieurs à ceux des autres dimensions.

Cette dominance des aspects relatifs aux soins est également bien présente dans l'esprit des consommateurs. Nos résultats témoignent du fait que les personnes âgées et les familles privilégient également cet aspect dans l'évaluation d'une maison de repos. En effet, l'aménagement d'un espace comme à la maison avec cuisine, une salle à manger et un salon personnel ne semble pas faire partie des priorités des consommateurs qui évaluent ces critères comme les moins importants dans le choix d'une maison de repos. Ceux-ci favorisent en revanche les aspects relatifs aux soins tels qu'un personnel qualifié et disponible, la qualité des soins et l'hygiène. La qualité des soins s'est également révélée être l'item le plus corrélé à

l'attractivité totale. Ces aspects correspondent aux critères de qualité qui prévaut dans les pratiques de soins traditionnelles. Nous avons par exemple vu dans l'introduction théorique que les maisons traditionnelles mettaient l'accent sur des pratiques de soins visant à satisfaire les besoins médicaux, dans lesquelles l'hygiène et la sécurité des résidents étaient un gage de qualité. Nous avons conclu que cette manière de dispenser les soins reflétait une organisation hospitalière, où les besoins psychologiques et sociaux des personnes étaient négligés. Dans l'étude de Muller et al. (2022), la « qualité des soins » et la « compétence du personnel » étaient évaluées comme les caractéristiques déterminantes des maisons ayant une orientation traditionnelle. Plus surprenant encore, l'autodétermination, qui correspond à la possibilité de prendre des décisions selon ses envies, ne fait pas partie des priorités manifestées par les participants. Cette dimension, décrite comme un élément de qualité de vie majeur (Fry, 2000), est en moyenne jugée comme moins importante que les dimensions relatives au soin.

Ces résultats ne faisaient pas partie de nos prévisions. Nous supposons que la pandémie de Covid-19 a dû jeter un froid sur l'élan de modernisation des maisons de repos. En effet, celles-ci sont apparues comme les grandes sacrifiées de cette crise (Adam, 2020) avec des taux de décès, des pénuries de matériel et de soignants inégalés. Cette période fut extrêmement stressante pour les résidents et leurs familles, qui craignaient chaque jour d'être contaminés. Cette crise n'a fait qu'exacerber la vision négative des maisons de repos qui ne sont que davantage associées à la maladie et à la mort. Les règles de distanciations et du port du masque ont mis l'accent sur les notions d'hygiène et de sécurité (Levere et al., 2021 ; Swift & Chasteen, 2021 ; Weech-Maldonado, 2019), dont nous supposons que les effets perdurent à ce jour. Ainsi, une bonne maison de repos est une maison où l'on ne risque pas de tomber malade, ou le cas échéant, où l'on pourrait être soigné convenablement.

Nous avons également relevé dans nos résultats que les items les mieux évalués portaient sur la propreté et l'aspect frais et sans odeurs des maisons, la luminosité et la décoration. Bien que l'analyse des corrélations entre chaque item n'ait pas permis de former des clusters en fonction de la nature de ceux-ci, nous pouvons néanmoins mentionner que les items les mieux évalués portent sur les aspects environnementaux des maisons de repos. Par ailleurs, les items les moins bien évalués concernaient l'envie d'y vivre, la possibilité de décider seul et le sentiment d'être chez soi. A nouveau, bien que nous n'ayons pas constitué de clusters, nous pouvons toutefois mentionner que ces items renvoient à la notion du sentiment d'appartenance développé dans l'introduction théorique. De plus, on constate que les scores d'attractivité sont d'en moyenne

55%, ce qui ne traduit pas un degré d'attractivité moyen. Cela suggère que les maisons de repos ne sont pas considérées comme des endroits où les gens ont envie d'aller vivre, où ils pourraient se sentir chez eux et avoir un libre arbitre quant aux décisions quotidiennes. En effet, comme van Dijck-Heinen et al. (2014) le mentionnent, les aspects environnementaux ne suffisent pas à développer un sentiment d'appartenance.

Ces résultats traduisent la mauvaise image persistante et le manque d'attractivité des maisons de repos dans la société. Celles-ci sont vues comme des institutions restrictives où les gens n'ont pas envie d'aller vivre. L'admission peut dès lors être vécue avec beaucoup d'appréhension et être associée à des difficultés psychologiques et émotionnelles (Böckerman et al., 2012). Cette vision se répercute également sur les professionnels dont les taux d'absentéisme et de rotation sont particulièrement élevés (Gandhi et al., 2021).

Toutefois, on observe que les maisons présentant un meilleur niveau d'implémentation du changement de culture, montrent de meilleurs scores concernant l'envie d'y vivre. Ceci donne à penser qu'introduire les principes du changement de culture dans l'organisation institutionnelle des maisons de repos pourrait atténuer la mauvaise image et le manque d'attractivité dont elles souffrent.

5.2 Limites

Cette image négative s'est révélé constituer un frein à la réalisation de cette recherche. En effet, l'une des limites de cette étude réside dans le fait que les participants avaient une représentation très négative des maisons de repos, et ne souhaitaient pas du tout se projeter dans le choix d'une telle structure d'hébergement, pour eux, ou pour leur proche. Les participants peuvent avoir été conduits à fournir des réponses plus sévères, en exagérant les aspects négatifs et en minimisant les aspects positifs lors de leurs évaluations. Par conséquent, les données collectées pourraient refléter une perception disproportionnée des aspects défavorables, ne tenant pas compte d'une éventuelle diversité de réalités au sein de ces établissements.

Parmi les limites potentielles, nous pouvons ensuite mentionner la longueur et la nature répétitive du questionnaire d'attractivité. En effet, bien que le questionnaire initial ait été divisé de manière à ce que sa réalisation n'excède pas les 20 minutes, les participants ont néanmoins dû répondre à quatre reprises aux mêmes questions. Cela a poussé certains d'entre eux à faire mention de la longueur et du caractère répétitif et lassant des questions, conduisant possiblement à un effet de fatigue plus important.

De plus, rappelons que ce questionnaire a été élaboré par l'étudiante chercheuse et qu'aucun test quant à la valeur psychométrique de celui-ci ne n'a été réalisé. Nous devons dès lors être prudents quant à l'interprétation de sa validité, ainsi que celle des résultats qu'il a fournis. La construction de ce questionnaire a néanmoins fait l'objet de recherches, ayant permis d'identifier les critères de satisfaction les plus déterminants dans le choix d'une maison de repos, selon les consommateurs eux-mêmes.

Nous avons également utilisé un questionnaire afin d'évaluer le niveau d'implémentation du changement de culture dans les maisons. Bien que celui-ci soit quant à lui largement validé, il fut complété par les directeurs-rices des structures. Cela soulève la possibilité d'un biais d'auto-présentation, où les participants pourraient être motivés à fournir des évaluations favorables afin de présenter positivement leur institution, et la rendre conforme aux critères de qualité exigés. Dès lors, les directeurs-rices ont potentiellement été amenés à émettre des évaluations biaisées, pouvant altérer la neutralité et l'objectivité des réponses recueillies et conduire à une évaluation du degré d'implémentation du changement de culture erronée.

Enfin, notons qu'il n'a pas été possible de comparer l'attractivité de toutes les maisons. En effet, le design expérimental de cette étude a exigé d'analyser les données comme elles ont été recueillies, à savoir par groupe de maisons. Ainsi, nous avons été en mesure de comparer les maisons du groupe 1 entre elles, du groupe 2 entre elles, et de même pour le groupe 3. Nous n'avons cependant pas pu comparer les maisons entre les différents groupes. Cela limite l'interprétation de nos résultats qui ne permettent pas de déterminer, lesquelles des maisons parmi les 11 évaluées, faisaient partie des plus ou moins attractives. La seule condition nous ayant autorisé ce type d'interprétation, était de considérer le score global d'attractivité, qui reste néanmoins moins spécifique qu'une mesure par item.

Nous pouvons également mentionner un échantillon peu homogène, où les personnes âgées et les hommes étaient bien moins représentés comparativement aux femmes et aux sujets plus jeunes. Aussi, les scores de consistance interne reflétant le degré d'accord entre les participants étaient plutôt moyens. Cela peut traduire un manque de consistance dans les réponses des participants.

5.3 Perspectives pour les études futures

Nos résultats ont démontré que la dimension environnementale des maisons de repos n'était pas celle jugée comme la plus importante dans le choix d'une maison de repos. Il serait dès lors, intéressant d'investiguer le rôle des autres aspects du changement de culture dans le processus d'attractivité des maisons, afin de déterminer si d'autres éléments participent davantage à une meilleure attractivité.

Bien que l'ensemble des éléments rapportés dans ce mémoire soient applicables à l'ensemble de la communauté des maisons de repos, il serait néanmoins intéressant d'étudier l'implication des facteurs environnementaux du changement de culture dans un contexte de démence.

Au vu de la difficulté de recruter et conserver le personnel soignant dans le secteur du vieillissement (Bazin & Muller, 2018), il serait également intéressant de voir quels sont les aspects qui favorisent l'attractivité des maisons en tant que lieu de travail.

Cette recherche soulève également la nécessité de construire un outil de mesure permettant d'évaluer l'attractivité des maisons de repos de manière fiable. Ainsi, les prochaines études pourraient se consacrer à l'élaboration d'un questionnaire d'attractivité valide et fiable.

Enfin, d'autres études de réplication devront être menées afin de confirmer les résultats présentés dans cette recherche. Idéalement, celles-ci devraient sonder un plus large échantillon de maisons de repos, afin d'avoir des résultats représentatifs et distincts en fonction des caractéristiques de celles-ci. Ces études pourraient également utiliser la vidéo ou la réalité virtuelle afin de fournir un support plus immersif que des photos.

6. Conclusion

Cette recherche avait pour objectif de déterminer si les maisons de retraite qui disposent d'un aménagement intérieur répondant aux critères mis en avant par le mouvement de changement de culture étaient considérées comme plus attractives par les personnes âgées et leurs aidants. Les maisons de repos sont en effet victimes d'une très mauvaise représentation associée à leur passé médicalisé, ce qui en fait une alternative d'hébergement pour personnes âgées redoutée. L'aspect institutionnel de ces établissements évoque le soin, la maladie ainsi que la mort, ne donnant à personne l'envie d'y habiter. Le développement du changement de culture semble pouvoir répondre à cette problématique en créant notamment des environnements chaleureux et familiers, faisant penser à ceux d'une maison, afin de faire

émerger un sentiment d'être chez soi. Notre recherche est née de l'idée que ces environnements plus « comme à la maison » permettraient de faire oublier quelque peu l'aspect institutionnel ces lieux, et de généreraient ainsi une meilleure attractivité des maisons de repos.

Nos résultats semblent suggérer que les aménagements environnementaux visant à créer des espaces plus chaleureux et intégrant les besoins des résidents permettent d'améliorer l'attractivité des maisons qui les appliquent. Pourtant, il semblerait que cette dimension soit celle qui est la moins mise en œuvre parmi les changements culturels opérés. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les changements environnementaux nécessitent des aménagements d'ordre architecturaux qui peuvent se révéler fort coûteux et compliquer à initier.

Par ailleurs, nous avons été surpris de constater que les préférences des consommateurs se portaient davantage sur les aspects de soins tels que la qualité des soins, l'hygiène ou la compétence et la disponibilité des soignants, plutôt que sur des aspects caractéristiques d'une maison familiale favorisant cette atmosphère « comme à la maison ». Nous supposons que cette tendance à soutenir les efforts liés à la qualité des soins est consécutive à la crise de Covid-19 qui a eu pour effet de mettre l'accent sur la nécessité de renforcer la sécurité et la santé des résidents afin d'éviter les contaminations.

Les recherches futures pourraient être consacrées au développement et à la validation d'un outil de mesure de l'attractivité des maisons de repos. Celui-ci permettrait d'une part de répliquer ces résultats et d'autre part d'explorer l'implication des autres aspects du changement de culture dans l'attractivité des maisons. Afin de mieux comprendre les attentes des consommateurs. Il serait également intéressant l'explorer ces aspects du point de vue des professionnels et des personnes atteintes de démence.

Bibliographie

- Adam,S. (2020). Psychopathologie de la personne âgée. *Cours ex-cathedra, Uliege*.
- Adam, H., & Galinsky, A. D. (2012). Enclothed cognition. *Journal of experimental social psychology*, 48(4), 918-925. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2012.02.008>
- Adiyaman, Ahmeta,b; Aksoy, Ismaila; Deinum, Jaapa; Staessen, Jan A.c; Thien, Theoa. Influence of the hospital environment and presence of the physician on the white-coat effect. *Journal of Hypertension* 33(11):p 2245-2249, November 2015. [DOI: 10.1097/HJH.0000000000000691](https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000691)
- Andrew, A. & Ritchie, L. (2017) Culture Change in Aged-Care Facilities: A Café's Contribution to Transforming the Physical and Social Environment, *Journal of Housing For the Elderly*, 31(1), 34-46, <https://doi.org/10.1080/02763893.2016.1268557>
- Angus, J., Kontos, P., Dyck, I., McKeever, P., & Poland, B. (2005). The personal significance of home: habitus and the experience of receiving long-term home care. *Sociology of Health & Illness*, 27(2), 161-187. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00438.x>
- Argoud, D. (2008), L'habitat et la gérontologie : Deux cultures en voie de rapprochement ? Université Paris-Est Créteil, Sciences de l'éducation. <http://www.urbanismepuca.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-habitat-pour-les-personnes-agees2008.pdf>
- Avorn, J., & Langer, E. (1982). Induced disability in nursing home patients: A controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 30(6), 397-400. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1982.tb02839.x>
- Backman, A., Ahnlund, P., Sjögren, K., Lövhelm, H., McGilton, K. S., & Edvardsson, D. (2020). Embodying person-centred being and doing: Leading towards person-centred care in nursing homes as narrated by managers. *Journal of clinical nursing*, 29(1-2), 172-183. <https://doi.org/10.1111/jocn.15075>
- Bazin, M., & Muller, M. (2018). Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad. *Études et Résultats*, 1067.

Berridge, C., Tyler, D. A., & Miller, S. C. (2018). Staff empowerment practices and CNA retention: Findings from a nationally representative nursing home culture change survey. *Journal of Applied Gerontology*, 37(4), 419-434. <https://doi.org/10.1177/0733464816665204>

Bland, M. (2005). The challenge of feeling at home in residential aged care in New Zealand. *Nursing Praxis in New Zealand*, 21(3).

Böckerman, P., Johansson, E., & Saarni, S. (2012). Institutionalisation and subjective wellbeing for old-age individuals: Is life really miserable in care homes? *Ageing & Society*, 32(7), 1176-1192. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1100081X>

Bollig, G., Gjengedal, E., & Rosland, J. (2016). Nothing to complain about? Residents' and relatives' views on a "good life" and ethical challenges in nursing homes. *Nursing Ethics*, 23(2), 142-153. <https://doi.org/10.1177/0969733014557719>

Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The gerontologist*, 9, 243-246. DOI: 10.1093/geront/9.4_Part_1.243

Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1-10. <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>

Brulocalis (2020). Les maisons de repos doivent-elles disparaître ? La désinstitutionalisation des aînés est-elle souhaitable ? https://www.uvcw.be/no_index/files/2944-fed.cpas-uvcw-bxl-etude-desinstitutionnalisation072020.pdf

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

Campbell, A. (2014). What are the factors that influence person centred care in public residential care settings for older people?. <http://hdl.handle.net/10379/4443>

Carson, J., Brown, S., D'Avernas, J. & Dunn, H. (2015). Working Together to Put Living First : a guidebook to change the culture of aging in long-term care. Schlegel-University of 85 Waterloo Research Institute of Aging, 1-115 <https://the-ria.ca/wp-content/uploads/2018/08/Culture-Change-Guidebook-FINAL-Accessible.pdf>

Caspar, S. & O'Rourke, N. (2008). The Influence of Care Provider Access to Structural Empowerment on Individualized Care in Long-Term-Care Facilities. *Journal of Gerontology*, 63B(4), S255-S265. [10.1093/geronb/63.4.S255](https://doi.org/10.1093/geronb/63.4.S255)

Caspar, S., O'Rourke, N., & Gutman, G. M. (2009). The differential influence of culture change models on long-term care staff empowerment and provision of individualized care. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 28(2), 165-175. [doi:10.1017/S0714980809090138](https://doi.org/10.1017/S0714980809090138)

Clarke, A., Hanson, E., & Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: Enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), 697-706. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00784.x>

Chapman, S., Keating, N., & Eales, J. (2003). Client-centred, community-based care for frail seniors. *Health & Social Care in the Community*, 11(3), 253-261. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2003.00420.x>

Charras, K., & Cérèse, F. (2017). Être « chez soi » en EHPAD : Domestiquer l'institution. *Gérontologie et société*, 1(1), 169-183. <https://doi.org/10.3917/gsl.152.0169>

Charras, K., & Gzil, F. (2013). Judging a book by its cover: Uniforms and quality of life in special care units for people with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & other Dementias*, 28(5), 450-458. <https://doi.org/10.1177/1533317513488915>

Chen, M. K., Chevalier, J. A., & Long, E. F. (2021). Nursing home staff networks and COVID-19. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(1), e2015455118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2015455118>

Chu, L. Y., Chang, T. W., Dai, T. Y., Hui, L., Ip, H. T., Kwok, S. Y., ... & Bressington, D. (2020). Mental health nurses in non-uniform: Facilitator of recovery process?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(5), 509-520. <https://doi.org/10.1111/jpm.12599>

Collier E. Harrington C. (2008). Staffing characteristics, turnover rates, and quality of resident care in nursing facilities. *Research in Gerontological Nursing*, 1, 157–170. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20091301-03>

Cooney, A. (2012). 'Finding home': a grounded theory on how older people 'find home' in long-term care settings. *International journal of older people nursing*, 7(3), 188-199. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00278.x>

Corazzini, K., Twersky, J., White, H.K., Buhr, G.T., McConnell, E.S., Weiner, M., Colón-Emeric, C.S. (2015). Implementing Culture Change in Nursing Homes: An Adaptive Leadership Framework, *The Gerontologist*, 55(4), 616 - 627. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt170>

Crutzen, C., & Adam, S. (2022). “What if It’s not Just an Item of Clothing?”—A Narrative Review and Synthesis of the White Coat in the Context of Aged Care. *Psychologica Belgica*, 62(1), 62. <https://doi.org/10.5334%2Fpb.1138>

Davidson, P. M., & Szanton, S. L. (2020). Nursing homes and COVID-19: We can and should do better. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15–16), 2758–2759. <https://doi.org/10.1111/jocn.15297>

Dispa, M. F. (2019). Des maisons où il fait bon vivre et travailler. Fondation Roi Baudouin. <https://enews.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2019/20190612avc>

Doty, M.M., Koren, M.J. & Sturla, E.L. (2008). Culture change in nursing homes : how far have we come ? Finding from the Commonwealth Fund 2007 National Survey of Nursing Homes. *The Commonwealth Fund*, 1-46. <http://resource.nlm.nih.gov/101504936>

Duyvendak, J. W. (2009). Thuisvoelen. Een korte introductie op drie artikelen [Feeling at home. A short introduction to three articles.], *Sociologie*, 5(2), 257–260.

Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *the Lancet neurology*, 7(4), 362-367. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70063-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70063-2)

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

Elliot, A. (2010). Occupancy and revenues gains from culture change in nursing homes: A win-win innovation for a new age of long-term care. *Seniors Housing & Care Journal*, 18(1), 61-76. https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_in_the_literature_2010_nov_1455_elliot_occupancy_revenue_gains_culture_change_seniors_housing_2010_itl.pdf

Ennuyer, B. (2009). Quelles marges de choix au quotidien : Quand on a choisi de rester dans son domicile ? *Gérontologie et société*, 4(4), 63-79. <https://doi.org/10.3917/gs.131.0063>

Eritz, H., Hadjistavropoulos, T., Williams, J., Krocker, K., Martin, R., Lix, L., & Hunter, P. (2016). A life history intervention for individuals with dementia: A randomised controlled trial examining nursing staff empathy, perceived patient personhood and aggressive behaviours. *Ageing & Society*, 36(10), 2061-2089. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15000902>

Ettelt, S., Williams, L., Damant, J., Perkins, M., & Wittenberg, R. (2020). What kind of home is your care home? A typology of personalised care provided in residential and nursing homes. *Ageing and Society*, 1–21. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20001142>

Falk, H., Wijk, H., Persson, L. O., & Falk, K. (2013). A sense of home in residential care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 999-1009. <https://doi.org/10.1111/scs.12011>

Fiveash, B. (1998). The experience of nursing home life. *International Journal of Nursing Practice*, 4(3), 166-174. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.1998.00062.x>

Fleming, R., Kelly, F., & Stillfried, G. (2015). ‘I want to feel at home’: establishing what aspects of environmental design are important to people with dementia nearing the end of life. *BMC Palliative Care*, 14(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0026-y>

Fondation Roi Baudouin (2019). Vers un nouveau modèle de cogestion basé sur le relationnel en maison de repos et de soins : Rapport d’évaluation - Projets pilotes du modèle Tubbe. <https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2019/20191810avc>

Fossey, J., Ballard, C., Juszczak, E., James, I., Alder, N., Jacoby, R., & Howard, R. (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *Bmj*, 332(7544), 756-761. <https://doi.org/10.1136/bmj.38782.575868.7C>

Fry, P. S. (2000). Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: Existential predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. *Aging & Mental Health*, 4(4), 375-387. <https://doi.org/10.1080/713649965>

Gandhi, A., Yu, H., & Grabowski, D. C. (2021). High Nursing Staff Turnover In Nursing Homes Offers Important Quality Information: Study examines high turnover of nursing staff at US nursing homes. *Health Affairs*, 40(3), 384-391. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00957>

Gaugler, J.E., Duval, S., Anderson, K.A. *et al.* Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatr* 7, 13 (2007). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-13>

Gillsjö, C., Schwartz-Barcott, D. & von Post, I. Home: The place the older adult can not imagine living without. *BMC Geriatr* 11, 10 (2011). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-10>

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books.

Gottesman, L.E. and Bourestrom, N.C. (1974) Why Nursing Homes Do What They Do. *The Gerontologist*, 14, 501- 506. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/14.6.501>

Grant, L. A. (2008). *Culture change in a for-profit nursing home chain: An evaluation*. New York, NY: Commonwealth Fund <https://www.commonwealthfund.org/publications/fundreports/2008/feb/culture-change-profit-nursing-home-chain-evaluation>

Gubrium, J. F. (2012). *Living and dying at Murray manor*. University of Virginia Press.
Hantikainen, V., & K" appeli, S. (2000). Using restraint with nursing home residents: A qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1196–1205. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01590.x>

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>

Hancel, M. (2022). Comme à la maison vs comme à l'hôpital: quels sont les impacts des lieux de vie en maison de repos (et de soins) sur la perception et les ressentis des personnes âgées et de leur entourage?. <http://hdl.handle.net/2268.2/15189>

Harris, Y., Poulsen, R., & Vlangas, G. (2006). *Measuring culture change: Literature review*. Colorado Foundation for Medical Care

Hauge, S. & Kristin, H. (2008). The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 460- 467. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02031.x>

Hill, N.L., Kolanowski, A.M., Milone-Nuzzo, P. & Yevchak, A. (2011). Culture Change Models and Resident Health Outcomes in Long-Term Care. *Journal of nursing scholarship*, 43(1), 30-40. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01379.x>

ING (2018). Maisons de repos : Tendances et indicateurs (2018). https://www.ing.be/Assets/nuid/documents/714429_studie_design_ouderenzorg_FR_pages.pdf

Johnson, R. A., & Bibbo, J. (2014). Relocation decisions and constructing the meaning of home: A phenomenological study of the transition into a nursing home. *Journal of aging studies*, 30, 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.03.005>

Johansson, K., Borell, L., & Rosenberg, L. (2022). Qualities of the environment that support a sense of home and belonging in nursing homes for older people. *Ageing & Society*, 42(1), 157-178. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000896>

Kane, R., Lum, T., Cutler, L., Degenholtz, H., & Yu, T.-C. (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>

Kelly, M. (1989). The omnibus budget reconciliation act of 1987: A policy analysis. *Nursing Clinics of North America*, 24(3), 791-794. [https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(22\)01539-0](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(22)01539-0)

Klaassens, M., & Meijering, L. (2015). Experiences of home and institution in a secured nursing home ward in the Netherlands: a participatory intervention study. *Journal of Aging Studies*, 34, 92-102. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.05.002>

Koren, M. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health affairs*, 29(2), 312-317. <https://doi:10.1377/hlthaff.2009.0966>

Levere, M., Rowan, P., & Wysocki, A. (2021). The Adverse Effects of the COVID-19 Pandemic on Nursing Home Resident Well-Being. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(5), 948-954 <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.03.010>.

Lewinson, T., Robinson-Dooley, V., & Grant, K. W. (2012). Exploring “home” through residents’ lenses: Assisted living facility residents identify homelike characteristics using photovoice. *Journal of Gerontological Social Work*, 55(8), 745-756. <https://doi.org/10.1080/01634372.2012.684758>

Li, J. & Porock, D. (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research. *International Journal of Nursing Studies*, 51(10), 1395-1415. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003>

Liaschenko, J. (1994). The moral geography of home care. *Advances in Nursing Science*, 17(2), 16-26.

Liu, C. C., Liu, L. F., & Chuang, S. S. (2022). The effect of ageist behaviors on home care workers’ job satisfaction and retention in long-term care. *Journal of Applied Gerontology*, 41(2), 322-331. <https://doi.org/10.1177/0733464820975598>

López-Pérez, B., Ambrona, T., Wilson, E. L., & Khalil, M. (2016). The effect of enlothed cognition on empathic responses and helping behavior. *Social Psychology*. <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000273>

Malmedal W. (2014) Norwegian nursing home – A care facility or a home? *Open Journal of Nursing* 4: 337–342. <https://doi.org/10.4236/ojn.2014.45039>

Mazerolle, M., Régner, I., Rigalleau, F., & Huguet, P. (2020). Highlighting and Reducing the Impact of Negative Aging Stereotypes During Older Adults’ Cognitive Testing. *Journal of Visualized Experiments*, 155, 59922. <https://dx.doi.org/10.3791/59922>

Miller, E.A., Tyler, D.A., Rozanova, J. & Mor, V. (2012) National Newspaper Portrayal of U.S. Nursing Homes: Periodic Treatment of Topic and Tone. *The Milbank Quarterly*, 90: 725-761. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2012.00681.x>

Miller, S.C., Schwartz, M.L., Lima, J.C., Shield, R.R., Tyler, D.A., Berridge, C.W., Gozalo, P., Lepore, M.J. & Clark, M.A. (2018). The Prevalence of Culture Change Practice in US Nursing Homes: Findings from a 2016/17 Nationwide Survey. *Med Care*, 56(12), 985-993 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6345399/>

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*

Miller, S.C., Miller, E.A., Jung, H-Y, Sterns, S., Clark, M. & Mor, V. (2010). Nursing Home Organizational Change: The “Culture Change” Movement as Viewed by Long-Term Care Specialists. *Medical Care Research and Review*, 67(4), 66S-81S
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077558710366862>

Mitchell, G., & Agnelli, J. (2015). Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nursing Standard (2014+)*, 30(7), 46. [DOI:10.7748/ns.30.7.46.s47](https://doi.org/10.7748/ns.30.7.46.s47)

Mitchell, J. M., & Kemp, B. J. (2000). Quality of life in assisted living homes: A multidimensional analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(2), P117-P127 <https://doi.org/10.1093/geronb/55.2.P117>

Molony, S. L., Evans, L. K., Jeon, S., Rabig, J., & Straka, L. A. (2011). Trajectories of at-homeness and health in usual care and small house nursing homes. *The Gerontologist*, 51(4), 504-515. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr022>

Mueller, C., Burger, S., Rader, J. & Carter, D. (2013). Nurse competencies for person directed care in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 34(2), 101-104
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457212003424>

Muller, A., Missotten, P., & Adam, S. (2021). La présence simulée comme outil de gestion des troubles du comportement pour les résidents atteints de démence en institution: recommandations. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 21(121), 19-24.
<https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.07.005>

Muller, A., Missotten, P., & Adam, S. (2022). Transforming nursing home culture: Opinions of older people. A cross-sectional study in Belgium. *Journal of Aging Studies*, 61, 101020. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2022.101020>

Nakrem, S., Vinsnes, A., Harkless, G., Paulsen, B., & Seim, A. (2012). Ambiguities: residents' experience of “nursing home as my home”.pdf. *International Journal of Older People Nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00320.x>

Nash, D. B. (2014). Keep the white coat. *American Journal of Medical Quality*, 29(6), 465-466. <https://doi.org/10.1177/1062860614550582>

O'Neil, M., Assumpta, R., Tracey, A., & Laird, L. (2019). You're at their mercy: Older peoples' experiences of moving from home to a care home. *International Journal of Older People Nursing*, 1–14. <https://doi.org/10.1111/opn.12305>

Parati, G., Ulian, L., Santucci, C., Omboni, S., & Mancia, G. (1998). Difference Between Clinic and Daytime Blood Pressure Is Not a Measure of the White Coat Effect. *Hypertension*, 31(5), 1185–1189. <https://doi.org/10.1161/01.HYP.31.5.1185>

Parker, C., Barnes, S., Mckee, K., Morgan, K., Torrington, J., & Tregenza, P. (2004). Quality of life and building design in residential and nursing homes for older people. *Ageing and Society*, 24(6), 941–962. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04002387>

Pickering, T. G., Gerin, W., & Schwartz, A. R. (2002). What is the white-coat effect and how should it be measured? *Blood Pressure Monitoring*, 7(6), 293–300. DOI: [10.1097/00126097-200212000-00001](https://doi.org/10.1097/00126097-200212000-00001)

Rahman, A. N., & Schnelle, J. F. (2008). The nursing home culture-change movement: Recent past, present, and future directions for research. *The Gerontologist*, 48(2), 142-148. <https://doi.org/10.1093/geront/48.2.142>

Richardson, M. (1999). The symbolism and myth surrounding nurses' uniform. *British Journal of Nursing*, 8(3), 169-175. <https://doi.org/10.12968/bjon.1999.8.3.6704>

Rijnaard, M.D., Janssen, B.M., Verbeek, H., Pocornie, W., Eijkelenboom, A., Beerens, H.C., Molony, S.L. & Wouters, E.J.M. (2016). The Factors Influencing the Sense of Home in Nursing Homes: A Systematic Review from the Perspective of Residents. *Journal of Aging Research*, 2016(1), 1-16 <https://doi.org/10.1155/2016/6143645>

Robinson, J. P., Lucas, J. A., Castle, N. G., Lowe, T. J., & Crystal, S. (2004). Consumer satisfaction in nursing homes: Current practices and resident priorities. *Research on Aging*, 26(4), 454-480. <https://doi.org/10.1177/0164027504264435>

Robinson, G. E., & Gallagher, A. (2008). Culture change impacts quality of life for nursing home residents. *Topics in Clinical Nutrition*, 23(2), 120-130. DOI: [10.1097/01.TIN.0000318908.08617.49](https://doi.org/10.1097/01.TIN.0000318908.08617.49)

Rosher, R.B. & Robinson, S. (2005). Impact of the Eden Alternative on Family Satisfaction. *Journal of the American Medical Directors Association*. 6(3), 189-193 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861005001945?via%3Dihub>

Rodriguez-Martin, B., Martinez-Andrés, 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 and Society*, 34(4), 547-568. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X12001146>

Rogers C (1961) *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin, Boston MA

Ryan, A. A., & Scullion, H. F. (2000). Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes. *Journal of advanced nursing*, 32(3), 626-634. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01521.x>

Sánchez-Izquierdo, M., Santacreu, M., Olmos, R., & Fernández-Ballesteros, R. (2019). A training intervention to reduce paternalistic care and promote autonomy: A preliminary study. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1515–1525. DOI: [10.2147/CIA.S213644](https://doi.org/10.2147/CIA.S213644)

Sandman, L. On the autonomy turf. Assessing the value of autonomy to patients. *Med Health Care Philos* 7, 261–268 (2005). <https://doi.org/10.1007/s11019-004-9064-6>

Scannell, L., & Gifford, R. (2010). Defining place attachment: A tripartite organizing framework. *Journal of environmental psychology*, 30(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2009.09.006>

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, 2929-2938. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0400-2>

Schlemmer, M., & Desrichard, O. (2018). Is medical environment detrimental to memory? A test of a white coat effect on older people's memory performance. *Clinical Gerontologist*, 41(1), 77-81. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1307891>

Schmitz, H., & Stroka, M. A. (2014). Do elderly choose nursing homes by quality, price or location? *Ruhr Economic Paper*, (495). <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2473952>

Scott, T., Mannion, R., Davies, H.T. & Marshall, M.N. (2003). Implementing culture change in health care: theory and practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(2), 111–118 <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg021>

Seaton, D., & Edwards, C. (2011). Culture change in long-term care: Its history and development, principles, implementation and legislation. <https://digital.library.txstate.edu/handle/10877/4133>

Shier, V., Khodyakov, D., Cohen, L., 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>

Shippee, T. P., Henning-Smith, C., Gaugler, J. E., Held, R., & Kane, R. L. (2017). Family satisfaction with nursing home care: The role of facility characteristics and resident quality-of-life scores. *Research on aging*, 39(3), 418-442. <https://doi.org/10.1177/0164027515615182>

Skudlik, S., Hirt, J., Döringer, T. et al. Challenges and care strategies associated with the admission to nursing homes in Germany: a scoping review. *BMC Nurs* 22, 5 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01139-y>

Sterns, S., Miller, S.C. & Allen, S. (2010). 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>

Stone, R.I., Reinhard, S.C., Bowers, B., Zimmerman, D., Phillips, C.D., Hawes, C., Fielding, J.A. & Jacobson, N. (2002) Evaluation of the wellspring model for improving nursing home quality. *The Commonwealth Fund*. 1-54 <http://globalag.igc.org/health/us/evaluation.pdf>

Sparrow, S. (1991). An exploration of the role of the nurses' uniform through a period of non-uniform wear on an acute medical ward. *Journal of Advanced Nursing*, 16(1), 116–122. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01505.x>

Sulmasy, D.P (2002). A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. *The Gerontologist*, 42(3), 24-33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24

Swift, H.J. & Chasteen, A.L. (2021). Ageism in the time of COVID-19. *Group Processes & Intergroup Relations*, 24(2), 246-252 <https://doi.org/10.1177/1368430220983452>

Tobin, S. S. (2003). The historical context of “humanistic” culture change in long-term care. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2(1-2), 53-64. https://doi.org/10.1300/J181v02n01_04

van den Pol-Grevelink, A., Jukema, J. S., & Smits, C. H. (2012). Person-centred care and job satisfaction of caregivers in nursing homes: a systematic review of the impact of

different forms of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(3), 219-229. <https://doi.org/10.1002/gps.2719>

Van der Linden, M., & Juillerat Van der Linden, A.-C. (2014). Penser autrement le vieillissement. *Mardaga*. DOI: [10.3917/mard.juil.2014.01](https://doi.org/10.3917/mard.juil.2014.01)

van Dijck-Heinen, C., Wouters, E., Janssen, B., & van Hoof, J. (2014). The environmental design of residential care facilities: A sense of home through the eyes of nursing home residents. *International Journal for Innovative Research in Science & Technology*, 1(4), 57-6.

https://www.academia.edu/9967570/The_environmental_design_of_residential_care_facilities_A_sense_of_home_through_the_eyes_of_nursing_home_residents

van Hoof, J., Verbeek, H., Janssen, B. M., Eijkelenboom, A., Molony, S. L., Felix, E., ... & Wouters, E. J. M. (2016). A three perspective study of the sense of home of nursing home residents: the views of residents, care professionals and relatives. *BMC geriatrics*, 16(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0344-9>

Van Hoof, J., Janssen, M. L., Heesakkers, C. M. C., Van Kersbergen, W., Severijns, L. E. J., Willems, L. A. G., ... & Nieboer, M. E. (2016). The importance of personal possessions for the development of a sense of home of nursing home residents. *Journal of Housing for the Elderly*, 30(1), 35-51. <https://doi.org/10.1080/02763893.2015.1129381>

van Leeuwen, K., van Loon, M., van Nes, F., Bosmans, J., de Vet, H., Ket, J., Widdershoven, G., & Ostelo, R. (2019). What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PloS One*, 14(3), 1-39. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213263>

Van Steenwinkel, I., Baumeers, S., & Heylighen, A. (2012). Home in later life: a framework for the architecture of home environments. *Home Cultures*, 9(2), 195-217. <https://doi.org/10.2752/175174212X13325123562304>

Verbeek, H., van Rossum, E., Zwakhalen, S.M. et al. The effects of small-scale, homelike facilities for older people with dementia on residents, family caregivers and staff: design of a longitudinal, quasi-experimental study. *BMC Geriatr* 9, 3 (2009). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-9-3>

Verbeek, H., Meyer, G., Leino-Kilpi, H., Zabalegui, A., Hallberg, I. R., Saks, K., ... & RightTimePlaceCare Consortium. (2012). A European study investigating patterns of transition

from home care towards institutional dementia care: the protocol of a RightTimePlaceCare study. *BMC public health*, 12, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-68>

Vladeck, B. C. (2003). Unloving care revisited: The persistence of culture. *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2(1-2), 1-9. https://doi.org/10.1300/J181v02n01_01

Wada, M., Canham, S. L., Battersby, L., Sixsmith, J., Woolrych, R., Fang, M. L., & Sixsmith, A. (2020). Perceptions of home in long-term care settings: Before and after institutional relocation. *Ageing & Society*, 40(6), 1267-1290. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18001721>

Wahl, H. W. (2001). Environmental influences on aging and behavior. *Handbook of the Psychology of Aging*, J. E. Birren and K. W. Schaie, Eds., pp. 215–237, Elsevier, San Diego, Calif, USA, 5th edition, 2011

Walsh, S., O'Shea, E., Pierse, T., Kennelly, B., Keogh, F., & Doherty, E. (2010). Public preferences for home care services for people with dementia: A discrete choice experiment on personhood. Bristol: Policy Press. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112675>

Weech-Maldonado, R. (2019). Foreword to “Nursing Home Performance: Organizational and Environmental Factors.” *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. <https://doi.org/10.1177/0046958019850732>

White, H. K., Corazzini, K., Twersky, J., Buhr, G., McConnell, E., Weiner, M., & Colón-Emeric, C. S. (2012). Prioritizing culture change in nursing homes: Perspectives of residents, staff, and family members. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(3), 525-531. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03840.x>

White-Chu, E. F., White-Chu, E. F., Graves, W., Godfrey, S., Bonner, A., & Sloane, P. D. (2009). Beyond the Medical Model : The Culture Change Revolution in Long Term Care. *Journal of the 100 American Medical Directors Association*, 10(3), B6. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.12.013>

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>

Zimmermann-Sloutskis, D., Moreau-Gruet, F., & Zimmermann, E. (2012, 10 octobre). Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution.

Observation suisse de la santé. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-08/obsan_54_rapport.pdf

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>

Annexe 1 : Formulaire d'informations recrutement des maisons de repos



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

Comité d'éthique

PRESIDENTE : Fabienne COLLETTE

SECRETAIRE : Annick COMBLAIN

Formulaire d'information au volontaire

TITRE DE LA RECHERCHE

Évaluer les différentes représentations des maisons de repos à travers la population générale.

CHERCHEUR / ETUDIANT RESPONSABLE

Céline VALET, mémorante ; [REDACTED] ; celine.valet@student.uliege.be

PROMOTEUR

Stéphane ADAM

Université de Liège

Psychologie de la sénescence et du vieillissement

Bât. B33 Psychologie de la sénescence et du vieillissement

Quartier Agora

Place des Orateurs 1

4000 Liège 1

Belgique

DESCRIPTION DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude est d'évaluer les perceptions de la population générale concernant les maisons de repos. Dans le cadre de cette recherche, il vous sera demandé de remplir un questionnaire de 79 questions et d'environ 1 heure qui porte sur les caractéristiques de la maison de repos dans laquelle vous travaillez. Vous pourrez compléter ce questionnaire via internet ou sur format papier, où vous le souhaitez.

Nous souhaitons ensuite prendre 5 photos des intérieurs de l'établissement (la salle à manger, les chambres, les couloirs, le salon et la salle de bain) afin que celles-ci fassent l'objet d'une évaluation par des participants tout venant.

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 1 an, 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 1 an. 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 :

Céline VALET

Téléphone : [REDACTED]

Email : celine.valet@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'informations participants



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

Évaluer les différentes représentations des maisons de repos à travers la population générale.

CHERCHEUR / ETUDIANT RESPONSABLE

Céline VALET, mémorante ; [REDACTED] ; celine.valet@student.uliege.be

PROMOTEUR

Stéphane ADAM

Université de Liège

Psychologie de la sénescence et du vieillissement

Bât. B33 Psychologie de la sénescence et du vieillissement

Quartier Agora

Place des Orateurs 1

4000 Liège 1

Belgique

DESCRIPTION DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude est d'évaluer les perceptions de la population générale concernant les maisons de repos. Dans le cadre de cette recherche, il vous sera présenté une dizaine de photos de maisons de repos, que nous vous demanderons d'évaluer via un questionnaire en ligne dont la durée n'excédera pas 20 minutes. Ce questionnaire vise à évaluer l'attractivité des photos qui vous seront présentées au moyen de questions de type « Voudriez-vous vivre dans cette maison de repos ? ». Ce questionnaire sera à remplir sur internet. Par conséquent vous pouvez le remplir de chez vous.

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 1 an, 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 1 an. 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 :

Céline VALET

Téléphone : 

Email : celine.valet@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 : Lettre de debriefing



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

Comité d'éthique

PRESIDENTE : Fabienne COLLETTE

SECRETAIRE : Annick COMBLAIN

Titre de la recherche	<i>Évaluation de la relation entre le niveau d'implémentation du Culture Change dans les maisons de repos et le degré d'attractivité de celles-ci.</i>
Chercheur responsable	Valet Céline
Promoteur	Adam Stéphane
Service et numéro de téléphone de contact	Psychologie de la sénescence +32 4 366 28 46

Le mouvement du Culture Change est en plein essor depuis les années 90. Il s'est développé à partir d'une volonté d'améliorer la qualité de vie et de soins des résidents de maisons de repos en proposant une série de réformes axées sur les pratiques de soins, les pratiques organisationnelles jusqu'à la conception de l'environnement physique (Koren, 2010).

Selon ce modèle, les maisons de repos ne seraient plus considérées comme des établissements de soins de santé, mais comme des foyers de soins centrés sur la personne offrant des services de soins de longue durée. Le but étant de transformer les institutions d'accueil trop impersonnelles et centrées sur le soin en des lieux de vie centrés sur la personne où le soin occupe une place secondaire. Les pionniers du Culture Change recommandent également que les décisions qui concernent les résidents et le personnel soient prises par ces derniers au travers du concept de décision partagée et d'organisation décentralisée (Koren, 2010).

Depuis les années 90, de nombreuses perspectives de changement ont émergé au nom du Culture Change et de multiples études ont démontré les effets bénéfiques de ces changements sur la qualité de vie des résidents, et même celle des membres du personnel. La réduction de la solitude, du sentiment d'impuissance, de la dépression et des troubles du comportement ne sont que des exemples. (Bergman-Evans, 2004 ; Grant 2008).

Afin de ne pas influencer vos réponses, le véritable objectif de cette étude n'a pas été communiqué avant votre participation. L'objectif de cette étude est en réalité d'évaluer si les changements opérés au nom du Culture Change au niveau de l'aménagement intérieur des maisons de repos pouvaient générer une meilleure représentation de celles-ci dans la conscience collective et augmenter leur attractivité. En effet, à la lumière des éléments mentionnés ci-dessus, nous avons de bonnes raisons de penser que les maisons de repos qui disposent d'un aménagement intérieur chaleureux et faisant penser à une maison pourraient optimiser le sentiment d'être chez soi et ainsi augmenter l'attractivité de ces lieux. De plus, nous avons cherché à connaître les caractéristiques environnementales déterminantes de cette attractivité.

L'enjeu d'une telle recherche est de fournir des indicateurs afin de proposer des alternatives dans la conception de l'environnement physique des maisons de repos. De tels changements permettraient d'optimiser le sentiment d'être chez soi et par conséquent la qualité de vie des résidents. De plus, vos résultats nous permettront d'identifier les caractéristiques environnementales déterminantes de cette attractivité afin de les mettre en avant dans des conceptions futures.

Bibliographie

Bergman-Evans, B. (2004). Beyond the basics: Effects of the Eden Alternative model on quality of life issues. *Journal of gerontological nursing*, 30(6), 27-34.

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.

Grant, L. A. (2008). *Culture change in a for-profit nursing home chain: An evaluation*. New York, NY: Commonwealth Fund.

Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health affairs*, 29(2), 312-317.



ENQUÊTE EN LIGNE

DANS LE CADRE DE MON MÉMOIRE EN PSYCHOLOGIE

THÈME

**EVALUATION DES REPRÉSENTATIONS DES MAISONS
DE REPOS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE.**

QUOI

**VISIONNER DES PHOTOS DE MAISONS DE REPOS ET
DONNER VOTRE AVIS SUR CELLES-CI EN
REMPLISSANT UN QUESTIONNAIRE EN LIGNE.**

QUI

**TOUTE PERSONNE AYANT UN PARENT DE 65 ANS ET
PLUS OU TOUTE PERSONNE DE 65 ANS ET PLUS,**

**Vous avez des questions ? N'hésitez pas à me contacter
par message ou via l'adresse mail
celine.valet@student.uliege.be**

Artifacts of Culture Change

Nom de l'institution : _____ Date : _____

Province : _____ Nombre de lits : _____ Secteur d'activité : _____

Artéfacts de pratiques de soins	
<p>1. Pourcentage de résidents qui se voient offrir l'un des styles de restauration suivants.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modèle de restaurant où le personnel prend les commandes des résidents • Modèle de buffet où les résidents se servent eux-mêmes ou disent au personnel ce qu'ils veulent • Modèle familiale où les plats sont déposés à table afin que les résidents se servent eux-mêmes ou avec l'aide du personnel • Modèle de restaurant ouvert où le repas est disponible durant au moins 2 heures et où les résidents viennent quand ils le souhaitent • Modèle de restaurant ouvert 24h/24 où les résidents peuvent commander à la cuisine 24h/24 	<p>81-100% (5pts)</p> <p>61-80% (4pts)</p> <p>41-60% (3pts)</p> <p>21-40% (2pts)</p> <p>1-20% (1pt)</p> <p>0% (0 pt)</p>
<p>2. Des collations/boissons sont disponibles en permanence pour tous les résidents sans frais supplémentaires, c'est-à-dire dans un garde-manger, un réfrigérateur ou un bar à snack.</p>	<p>Pour tous les résidents (5pts)</p> <p>Pour certains (3pts)</p> <p>Pour aucun (0pt)</p>
<p>3. Les pâtisseries et les produits de boulangerie sont cuits dans les lieux de vie des résidents, au moyen d'une cuisine ouverte, par exemple.</p>	<p>Tous les jours de la semaine (5pts)</p> <p>2-5 jours/semaine (3pts)</p> <p>Moins de 2 jours/semaine (0pt)</p>
<p>4. La résidence fête individuellement les anniversaires des résidents au lieu de, ou en plus de fêter les anniversaires du mois par groupe de résidents.</p>	<p>Oui (5pts)</p> <p>Non (0pt)</p>
<p>5. La résidence propose des séances d'aromathérapie réalisées par le personnel ou par des bénévoles.</p>	<p>Oui (5pts)</p> <p>Non (0pt)</p>
<p>6. La résidence propose des séances de massage réalisées par le personnel ou par des bénévoles.</p>	<p>Oui (5pts)</p> <p>Non (0pt)</p>
<p>7. La résidence a un chien ou un chat.</p>	<p>Au moins un chien/chat vit sur place (5pts)</p> <p>Les seuls animaux sur place sont ceux des membres du personnel qui les prennent avec eux durant les heures de service (4pts)</p> <p>Les seuls animaux sur place sont ceux amenés pour des activités spéciales ou par les familles (1pt)</p> <p>Aucun animal ne rentre dans l'institution (0pt)</p>

8. La résidence permet aux résidents d'amener leur propre chien/chat vivre avec eux dans l'institution.	Oui (5pts) Non (0pt)
9. Les résidents décident de l'heure à laquelle ils se couchent le soir et à laquelle il se lève le matin.	Tous les résidents (5pts) Certains (3pts) Aucun (0pt)
10. Des techniques de <i>bain sans lutte</i> ⁽¹⁾ sont utilisées lors de la toilette des résidents.	Toutes les techniques (5pts) Certaines (3pts) Aucune (0pt)
11. Les résidents peuvent prendre une douche ou un bain aussi souvent qu'ils le souhaitent.	Oui (5pts) Non (0pt)
12. La résidence veille à ce qu'un résident en fin de vie soit accompagné continuellement de sa famille, d'amis, de bénévoles ou d'un membre du personnel (à moins que le résident ne préfère rester seul).	Oui (5pts) Non (0pt)
13. Des commémorations sont organisées pour chaque résident individuellement lors de leur décès.	Oui (5pts) Non (0pt)
14. Dans les plans de soins, les résidents sont encouragés à exprimer leurs besoins et/ou leurs préoccupations en leur nom en utilisant le « JE ».	Tous les plans de soins (5pts) Certains (3pts) Aucun (0pt)

Sous-total des artéfacts de pratique de soins : 70 points

Artéfacts de l'environnement	
15. Pourcentage de résidents vivant dans un logement autonome, équipé d'une cuisine complète, d'un salon et d'une salle à manger.	81-100% (5pts) 61-80% (4pts) 41-60% (3pts) 21-40% (2pts) 1-20% (1pt) 0% (0 pt)
16. Pourcentage de résident vivant dans une chambre privée	81-100% (5pts) 61-80% (4pts) 41-60% (3pts) 21-40% (2pts) 1-20% (1pt) 0% (0 pt)
17. Pourcentage de résidents vivant dans une chambre partagée conçue pour maximiser l'intimité, où les résidents peuvent accéder à leur propre espace sans empiéter sur l'espace de l'autre résident. Cela n'inclut pas le rideau d'intimité traditionnel.	81-100% (5pts) 61-80% (4pts) 41-60% (3pts) 21-40% (2pts) 1-20% (1pt) 0% (0 pt)

(1) Bain sans lutte est la traduction de "*Bathing without a Battle*" qui est un programme de soin centré sur la personne basé sur différentes techniques conçues pour rendre les soins d'hygiène confortables pour les personnes recevant et donnant des soins. En effet, la toilette est connue pour être le moment où les troubles du comportement sont les plus fréquents chez les personnes ayant des troubles cognitifs. Nous pouvons y

observer de l'agressivité, des cris, des pleurs, de l'agitation et la réponse des soignants réside régulièrement dans la contention. La toilette sans lutte utilise des techniques de communication adaptées au niveau d'incapacité du résident, considère les symptômes comportementaux comme l'expression de besoins non satisfaits, respecte les préférences du résident et régule l'environnement physique dans le but d'optimiser son confort (Gozalo et al., 2014).

18. Absence ou suppression des locaux infirmiers traditionnels.	Absence de local infirmier (5pts) Certains locaux infirmiers ont été supprimés (3pts) Les locaux infirmiers sont toujours présents (0pt)
19. Pourcentage de résidents qui ont une vue directe sur la fenêtre et non devant le lit d'un autre résident.	51-100% (5pts) 0-50% (0pt)
20. Les miroirs des salles de bain des résidents sont réglables en hauteur afin d'être visibles par un résident assis ou debout.	Dans toutes les salles de bain (5pts) Dans certaines salles de bain (3pts) Dans aucune salle de bain (0pt)
21. Les lavabos des salles de bain des résidents ont une hauteur accessible aux fauteuils roulants avec un dégagement sous le lavabo.	Dans toutes les salles de bain (5pts) Dans certaines salles de bain (3pts) Dans aucune salle de bain (0pt)
22. Les robinets des éviers utilisés par les résidents disposent de leviers ou ont des adaptées et/ou faciles à utiliser.	Tous les éviers (5pts) Certains éviers (3pts) Aucun évier (0pt)
23. Des poignées adaptées à une utilisation plus facile sont présentes sur les portes (portes de la chambre, de la salle de bain et des espaces publics).	Toutes les portes (5pts) Certaines portes (3pts) Aucune porte (0pt)
24. Les placards ont des tringles qui peuvent être réglées sur différentes hauteurs.	Tous les placards (5pts) Certains placards (3pts) Aucun placard (0pt)
25. La résidence permet aux résidents d'aménager leur chambre comme ils le souhaitent, y compris en utilisant des clous, du ruban adhésif, des vis, etc.	Cela est permis (5pts) Cela est interdit (0pt)
26. La résidence met à disposition des éclairages supplémentaires dans la chambre des résidents tels que des lampadaires ou des lampes de lecture.	Oui (5pts) Non (0pt)
27. Les commandes de chauffage/climatisation peuvent être ajustées de manière individuelle dans la chambre des résidents.	Dans toutes les chambres (5pts) Dans certaines chambres (3pts) Dans aucune chambre (0pt)
28. La résidence fournit ou invite les résidents à avoir leur propre réfrigérateur.	Oui (5pts) Non (0pt)
29. Les chaises et les canapés dans les espaces publics ont des hauteurs d'assise qui varient pour convenir confortablement à des personnes de différentes tailles.	Leur hauteur varie de 7,6 cm ou plus (5pts) Leur hauteur varie de 7,6 à 2,54 cm (3pts) Leur hauteur ne varie pas (0pt)

30. Des chaises à bascule/rocking chair pouvant être immobilisés lorsque la personne se lève sont disponibles à l'intérieur et/ou à l'extérieur de la résidence.	Oui (5pts) Non (0pt)
31. La résidence dispose d'un magasin/boutique où les résidents et les visiteurs peuvent acheter des cadeaux, des articles de toilettes, des collations, etc.	Oui (5pts) Non (0pt)
32. Les résidents ont un accès régulier à un ordinateur/à internet des adaptations sont disponibles pour une utilisation autonome de l'ordinateur, comme un grand clavier ou un écran tactile.	Accès à internet + adaptations (5pts) Accès à internet sans adaptations (3pts) Ni l'un ni l'autre (0pt)
33. Une salle de sport est mise à disposition des résidents.	Oui (5pts) Non (0pt)
34. Les salles de bain des résidents disposent de chauffages fonctionnels ou un équivalent.	Dans toutes les salles de bain (5pts) Dans certaines salles de bain (3pts) Dans aucune salle de bain (0pt)
35. La résidence met à disposition des essuis chauds pour la toilette des résidents.	Oui (5pts) Non (0pt)
36. La résidence dispose d'un accès sûr vers le jardin/patio favorisant l'autonomie des résidents. Ceux-ci peuvent entrer et sortir de manière autonome, sans l'aide du personnel pour ouvrir les portes ou surmonter les obstacles pour se rendre au jardin, y compris ceux qui utilisent des fauteuils roulants.	Oui (5pts) Non (0pt)
37. La résidence dispose de potagers/jardins extérieurs surélevés disponibles pour les résidents.	Oui (5pts) Non (0pt)
38. La résidence dispose d'un sentier de promenade qui n'est pas un trottoir ou une route.	Oui (5pts) Non (0pt)
39. Le système de communication (téléphone, radio) utilisé par les résidents pour faire appel à un membre du personnel, est le même que celui que les membres du personnel utilisent pour communiquer entre eux.	Oui (5pts) Non (0pt)
40. Les sonnettes qui résonnent au sein du lieu de vie ont été désactivées ou ne sont utilisées qu'en cas d'urgence.	Oui (5pts) Non (0pt)
41. Les résidents/familles ont accès à une machine à laver et un séchoir pour leur propre usage, disponible au sein de leur unité de vie/chambre.	Chez tous les résidents (5pts) Chez certains (3pts) Chez aucun (0pt)

Sous-total des artéfacts de l'environnement : /320 points

Artéfacts familiaux et communautaires	
42. La résidence met en place un programme intergénérationnel régulier dans lequel les enfants interagissent avec les résidents au moins une fois par semaine.	Oui (5pts) Non (0pt)
43. La résidence met à disposition des espaces de rencontre et de réunion où des personnes extérieures à la résidence peuvent se retrouver et où les résidents sont conviés.	Oui (5pts) Non (0pt)

44. La résidence dispose de chambres privées, gratuites ou à un prix minimal, réservées aux visiteurs qui souhaitent dormir sur place.	Oui (5pts) Non (0pt)
45. Une cafétéria, cantine, café ou restaurant est disponible tous les jours pour que les résidents et familles puissent se retrouver pour manger et/ou boire un verre.	Oui (5pts) Non (0pt)
46. La résidence dispose d'une salle à manger réservée aux réunions ou repas familiaux, et ce en dehors des salles à manger habituelles.	Oui (5pts) Non (0pt)
47. Une kitchenette ou un coin cuisine avec au moins un réfrigérateur et une cuisinière est à la disposition des familles, des résidents et du personnel.	Oui (5pts) Non (0pt)

Sous-total des artéfacts familiaux et communautaires : /30 points

Artéfacts de leadership	
48. Les soignants assistent à des conférences portant sur les pratiques de soins	A toutes les conférences (5pts) A certaines conférences (3pts) A aucune conférence (0pt)
49. Les résidents ou les membres de leur famille siègent à un comité d'évaluation et d'assurance de la qualité de vie au sein de la résidence.	Oui (5pts) Non (0pt)
50. Les résidents ont un membre du personnel désigné qui sert de « référent » pour assurer son suivi et recueillir ses préoccupations, et ce en dehors des professionnels du service social tels que les assistants sociaux.	Tous les résidents (5pts) Certains (3pts) Aucun (0pt)
51. Des comités de concertations ou un équivalent sont régulièrement tenus dans les réunions du personnel et des résidents afin de donner à chacun l'occasion de partager son opinion ou ses idées.	Oui (5pts) Non (0pt)
52. Des réunions communautaires ont lieu régulièrement pour réunir le personnel, les résidents et les familles en tant que communauté.	Oui (5pts) Non (0pt)

Sous-total des artéfacts de leadership : /25 points

Artéfacts de pratiques organisationnelles	
53. Les chef(e)s infirmier(e)s travaillent toujours dans la même unité ou au même étage de façon à prendre en charge les mêmes résidents.	Tous les chefs infirmier(e)s (5pts) Certains (3pts) Aucun (0pt)
54. Les infirmier(e)s travaillent toujours dans la même unité ou au même étage de façon à prendre en charge les mêmes résidents.	Tous les infirmier(e)s (5pts) Certains (3pts) Aucun (0pt)
55. Les aides-soignants travaillent toujours dans la même unité ou au même étage de façon à prendre en charge les mêmes résidents.	Tous les aides-soignants (5pts) Certains (3pts) Aucun (0pt)
56. Auto-planification des équipes de travail : les aides-soignants se chargent indépendamment de l'établissement des horaires, de l'échange des services et du remplacement des soignants	Tous les aides-soignants (5pts) Certains (3pts) Aucun (0pt)

absents au lieu de faire appel à un coordonnateur du personnel.	
57. La résidence finance les dépenses du personnel employé pour assister à des conférences/ateliers extérieurs. Cochez « oui » si au moins un membre du personnel a participé à une conférence/ atelier extérieur financé par la résidence au cours de l'année écoulée	Oui (5pts) Non (0pt)
58. Le personnel est tenu de porter des uniformes ou des blouses	Pas obligatoire (5pts) Obligatoire (0pt)
59. Pourcentage d'autres membres du personnel formés aux pratiques de soins, en plus des soignants.	81-100% (5pts) 61-80% (4pts) 41-60% (3pts) 21-40% (2pts) 1-20% (1pt) 0% (0 pt)
60. Les activités, formelles ou informelles, sont menées par le personnel d'autres services tels que les soins infirmiers, l'entretien ménager ou tout autre service.	Oui (5pts) Non (0pt)
61. Des prix sont décernés aux membres du personnel pour reconnaître leur engagement dans les soins centrés sur la personne, par exemple « prix du Culture Change ». Cela n'inclut pas l'employé du mois.	Oui (5pts) Non (0pt)
62. Existence de grades pour les soignants (ex: Grade I, II, III, chefs d'équipe) permettant aux soignants d'occuper un poste à responsabilité supérieure.	Oui (5pts) Non (0pt)
63. Un programme de développement professionnel est instauré permettant aux membres du personnel de s'élever de grade	Oui (5pts) Non (0pt)
64. La résidence propose un service de garderie disponible pour les enfants du personnel.	Oui (5pts) Non (0pt)
65. La résidence compte parmi son personnel un coordinateur bénévole rémunéré en plus du directeur des activités.	Temps plein (30 heures /semaine ou plus) (5pts) Temps partiel (15-30 heures /semaine) (3pts) Pas de coordinateur bénévole rémunéré (0pt)
66. L'évaluation des employés comprend des mesures observables du soutien qu'ils manifestent vis-à-vis des choix des résidents, de leur contrôle et de leurs préférences quant à leurs routines dans les différents aspects de la vie quotidienne.	Toutes les évaluations (5pts) Certaines (3pts) Aucune (0pt)

Sous-total des artéfacts pratiques de travail : /70 points

Rendement	
67. Rétention ₍₁₎ moyenne des aides-soignants Additionnez le nombre d'année d'ancienneté de l'ensemble des aides-soignants et divisez ce nombre par le nombre d'aides-soignants.	Plus de 5 ans (5pts) 3-5 ans (3pts) Moins de 3 ans (0pt)
68. Rétention moyenne d' infirmier(e)s	Plus de 5 ans (5pts) 3-5 ans (3pts)

Additionnez le nombre d'année d'ancienneté de l'ensemble des infirmier(e)s et divisez ce nombre par le nombre d'infirmier(e)s.	Moins de 3 ans (0pt)
69. Rétention moyenne des chefs infirmier(e)s Additionnez le nombre d'année d'ancienneté de l'ensemble des chefs infirmier(e)s et divisez ce nombre par le nombre de chef(e)s infirmier(e)s	Plus de 5 ans (5pts) 3-5 ans (3pts) Moins de 3 ans (0pt)
70. Rétention en tant que directeur des soins Attention, il ne s'agit pas du nombre d'années engagé dans la résidence mais du nombre d'années au poste de directeur de soins.	Plus de 5 ans (5pts) 3-5 ans (3pts) Moins de 3 ans (0pt)
71. Rétention de l'administrateur Attention, il ne s'agit pas du nombre d'années engagé dans la résidence mais du nombre d'années au poste d'administrateur	Plus de 5 ans (5pts) 3-5 ans (3pts) Moins de 3 ans (0pt)
72. Taux de rotation ₍₂₎ pour le poste d'aide-soignant. Nombre de d'aides-soignants qui sont partis (volontairement ou involontairement) durant les 12 derniers mois, divisé par le nombre total d'aides-soignants = taux de rotation	0-12% (5pts) 13-25% (4pts) 26-38% (3pts) 39-51% (2pts) 52-65% (1pt) Plus de 66% (0pt)
73. Taux de rotation pour le poste d'infirmier(e). Nombre d'infirmier(e)s qui sont partis (volontairement ou involontairement) durant les 12 derniers mois, divisé par le nombre total d'infirmier(e)s = taux de rotation	0-12% (5pts) 13-25% (4pts) 26-38% (3pts) 39-51% (2pts) 52-65% (1pt) Plus de 66% (0pt)
74. Taux de rotation pour le poste de chef infirmier(e). Nombre de chef(e)s infirmier(e)s qui sont partis (volontairement ou involontairement) durant les 12 derniers mois, divisé par le nombre total de chef(e)s infirmier(e)s = taux de rotation	0-12% (5pts) 13-25% (4pts) 26-38% (3pts) 39-51% (2pts) 52-65% (1pt) Plus de 66% (0pt)
75. Taux de rotation pour le poste de directeur des soins. Nombre de directeurs des soins durant les 12 derniers mois	1 (5pts) 2 (3pts) 3 (0pt)
76. Taux de rotation pour le poste de directeur. Nombre de directeurs durant les 12 derniers mois	1 (5pts) 2 (3pts) 3 (0pt)
77. Pourcentage de postes d'aides-soignants couverts par du personnel intérimaire au cours du dernier mois. 78. Nombre total de services d'aides-soignants sur une période de 24h (sans tenir compte du nombre d'heure de travail durant un service): Nombre de jours de travail prestés lors du dernier mois écoulé: Nombre de services assurés par un(e) aide-soignant(e) intérimaire: Pourcentage = nombre de services assurés par un(e) aide-soignant(e) intérimaire/ Nombre total de services d'aides-soignants sur une période de 24h X nombre de jours X 100	0% (5pts) 1-5% (3pts) Plus de 5% (0pt)

<p>79. Pourcentage de postes d'infirmiers couverts par du personnel intérimaire au cours du dernier mois.</p> <p>Nombre total de services infirmiers sur une période de 24h (sans tenir compte du nombre d'heure de travail durant un service):</p> <p>Nombre de jours de travail prestés lors du dernier mois écoulé :</p> <p>Nombre de services assurés par un(e) infirmier(e) intérimaire :</p> <p>Pourcentage = nombre de services assurés par un(e) infirmier(e) intérimaire/ Nombre total de services infirmiers sur une période de 24h X nombre de jours X 100</p>	<p>0% (5pts)</p> <p>1-5% (3pts)</p> <p>Plus de 5% (0pt)</p>
<p>80. Taux d'occupation actuel</p>	<p>Supérieur à 86% (5pts)</p> <p>Entre 83 et 85 % (3pts)</p> <p>Inférieur à 83% (0pt)</p>

Sous-total des résultats : /65

- (1) Rétention désigne le nombre de temps ou d'années durant lequel un employé conserve son poste dans une entreprise. Cela peut être comparé au nombre d'année d'ancienneté.
- (2) La rotation au contraire désigne le renouvellement d'employés pour un poste donné.

Annexe 6 : Questionnaire d'attractivité

Questionnaire d'évaluation de l'attractivité environnementale des maisons de repos

Mesures socio-démographiques

Âge :

Genre :

Quel est votre plus haut niveau d'étude atteint ?

- Pas de diplôme/certificat
- Primaire
- Secondaire inférieur
- Secondaire supérieur
- Post-secondaire non-supérieur
- Supérieur (bachelier/master/doctorat)

De quelle population êtes-vous issus ?

- 65 ans et plus.
- J'ai un parent de 65 ans ou plus.

Avez-vous déjà été amené à devoir choisir une maison de repos pour vous ou l'un de vos proches ?

- Oui
- Non
- Je ne suis pas sûr(e)

Pensez-vous qu'un jour, vous serez amené à devoir choisir une maison de repos pour vous ou l'un de vos proches ?

- Oui
- Non
- Je ne suis pas sûr(e)

Mesures de l'attractivité par maisons (Partie 1)

Voici les photos d'une maison de repos. Sur base de celles-ci, nous vous demandons de vous faire un avis global de la maison et de répondre aux questions suivantes. Le but est d'évaluer l'attractivité de la maison uniquement à partir de son aspect visuel.

Nous vous demandons de **faire abstraction de toute considération financière**. Donc à la question "*Voudriez-vous que vous ou votre proche intègre cette maison*", vous devez donner votre avis en vous basant uniquement sur son aspect visuel et non sur son prix potentiel.

Pour les questions qui vont suivre, nous vous demandons de nous indiquer si vous êtes d'accord ou non avec les propositions présentées. Pour cela, un curseur allant de « Pas du tout » à « Tout à fait » est mis à votre disposition.

Exemple : « Trouvez-vous cette maison attractive ? ». Si vous trouvez cette maison tout à fait attirante, vous déplacerez le curseur vers « Tout à fait ». Le score indiqué sera alors de 100.

Toutefois, vous pouvez décider de nuancer vos réponses en rapprochant plus ou moins le curseur des extrémités. Celui-ci indiquera alors le score chiffré que vous choisirez d'attribuer. Plus le score choisi est bas, et moins vous êtes en accord avec la proposition.

Attention ! Le curseur est positionné au centre de la ligne par défaut. Même si vous souhaitez indiquer la valeur de 50, vous devez déplacer le curseur et le repositionner sur 50 ensuite.

« Pas du tout » = 0 ; « Moyennement » = 50 ; « Tout à fait » = 100



Si vous avez un parent de 65 ans et plus, veuillez répondre aux questions qui suivent comme si vous répondiez à la place de votre proche. Par exemple si la question est « Cette maison est-elle à votre goût ? » il s'agit de savoir si cette maison serait au goût de votre parent et non au votre. Le but est de savoir si vous auriez choisi cette maison pour qu'il y vive.

1. Pensez-vous que l'environnement de cette maison est propre et sans odeurs désagréables ?
2. Cette maison vous semble-t-elle suffisamment lumineuse ?
3. La décoration est-elle chaleureuse ? Vous fait-elle penser à la décoration d'une maison familiale ?
4. Le mobilier vous semble-t-il suffisant et de qualité (literie, fauteuils, tables, chaises) ?
5. Pensez-vous que la maison favorise l'intimité et la sécurité de ses résidents (au moyen d'une porte se fermant à clé par exemple) ?
6. Pensez-vous que cette maison offre des repas variés et appétissant avec de la bonne nourriture ?
7. Pensez-vous que cette maison propose suffisamment d'activités variées et plaisantes (activités de loisir, sorties, activités religieuses, etc.) ?
8. Pensez-vous que cette maison permet aux résidents de décider seuls des aspects de leur vie (heure du lever/coucher, repas, activités, etc.) ?
9. Pensez-vous que cette maison est un endroit idéal pour recevoir la visite de votre famille ou de vos amis pour partager un repas par exemple ?
10. Pourriez-vous vous sentir chez vous au sein de cette maison de repos en l'aménageant avec vos meubles par exemple ?
11. Pensez-vous pouvoir passer des nuits de qualité dans cette maison (qualité de la literie, niveau de nuisance sonores, dérangements nocturnes) ?
12. Pensez-vous qu'il fait bon vivre et calme au sein de cette maison ?
13. Voudriez-vous que vous ou l'un de vos proches intègre cette maison de repos ?
14. Estimez le niveau de qualité de vie au sein de cette maison de repos
15. Estimez la qualité des soins prodigués au sein de cette maison de repos (cela comprend également les soins de fin de vie).

A combien évalueriez-vous le coût mensuel pour un hébergement dans cette maison de repos ?

- Moins de 1000 €/mois
- Entre 1000 et 1500 €/mois
- Entre 1500 et 2000 €/mois
- Entre 2000 et 2500 €/mois
- Plus de 2500 €/mois

Mesures de l'attractivité par maisons (Partie 2)

Voici 7 photos de chambres issues de maisons de repos différentes. Nous vous demandons de classer ces chambres par ordre de préférence.

Maison 1 (Ci-après)



Maison 2 (Ci-après)



Maison 3 (Ci-après)



Maison 4 (Ci-après)



Maison 5 (Ci-après)



Maison 6 (Ci-après)



Veuillez classer les différentes chambres par ordre de préférence (1# = celle que vous préférez)

1#

2#

3#

4#

5#

5#

6#

Pour finir, nous allons vous présenter une série de critères. Nous vous demandons d'évaluer l'importance de ces critères dans le choix d'une maison de repos.

Par exemple, si le calme est un critère très important dans le choix d'une maison de repos, cochez « Très important ». Si c'est un critère moyennement important alors vous cocherez « Moyennement important ».

1=Pas important

2=Un peu important

3=Moyennement important

4=Assez important

5=Très important

	1	2	3	4	5
<input type="radio"/> * Hygiène (propreté et odeurs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> * Luminosité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> * Grande chambre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> * Soins de qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> * Intimité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> * Chambre individuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> * Chambre avec salle de bain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> * Chambre avec cuisine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> * Chambre avec salon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> * Chambre avec salle à manger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*	Décoration et ambiance familiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*	Personnel qualifié, respectueux, disponible et à l'écoute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*	Sécurité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*	Confort et qualité des équipements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*	Pouvoir aménager sa chambre comme on le souhaite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*	Avoir l'espace et le mobilier nécessaire pour recevoir des amis ou de la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*	Pouvoir être libre de prendre des décisions seul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*	Qualité des repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*	Pouvoir se sentir chez soi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*	Activités variées et plaisantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*	Pouvoir passer des nuits de qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annexe 7a : Analyses descriptives des données démographiques

	N (%)	Moyenne d'âge (écart-type)	Âge min	Âge max
TOTAL	150 (100%)	56.6 (12.6)	21	83
Genre				
- Femme	125 (83.3%)	56.2 (13.0)	21	83
- Homme	44 (29.3%)	58.3 (10.6)	42	76
Groupes d'âge				
- Familles	106 (70.7%)	50.5 (9.39)	21	64
- PA	8 (16%)	71.4 (4.54)	65	83
Groupes de maison				
- Groupe A	50 (33.3%)	54.5 (9.62)	35	76
- Groupe B	50 (33.3%)	60.2 (14.9)	23	83
- Groupe C	50 (33.3%)	55.1 (13.2)	21	76
Niveau scolaire				
- Pas de diplôme/certificat	1 (0.7%)	21	21	21
- Primaire	1 (0.7%)	74	74	74
- Secondaire inférieur	15 (10%)	61.6 (10.3)	42	81
- Secondaire supérieur	34 (22.7%)	54 (10.4)	28	75
- Post-secondaire non-supérieur	15 (10%)	60.9 (12.0)	45	83
- Supérieur (bachelier/master/doctorat)	84 (56%)	56 (13.1)	22	79
Expérience passée				
- Oui	67 (44.7%)	61.1 (12.0)	23	81
- Non	79 (52.7%)	53.1 (11.6)	22	83
- Je ne suis pas sûr(e)	4 (2.7)	48.8 (19.8)	21	66
Expérience future potentielle				
- Oui	94 (62.6%)	55.8 (12.8)	21	77
- Non	17 (11.3%)	57.5 (13.3)	33	83
- Je ne suis pas sûr(e)	39 (26%)	58 (12.1)	22	81

Annexe 7b : Analyses descriptives des données démographiques par groupes de maison

	Groupe 1				Groupe 2				Groupe 3			
	N (%)	Moyenne d'âge (écart-type)	Âge min	Âge max	N (%)	Moyenne d'âge (écart-type)	Âge min	Âge max	N (%)	Moyenne d'âge (écart-type)	Âge min	Âge max
TOTAL	50 (100%)	54.4 (9.62)	35	76	50 (100%)	60.2 (14.1)	23	83	50 (100%)	55.1 (13.2)	21	76
Genre												
- Femme	45 (90%)	54.6 (10.0)	35	76	36 (72.0 %)	60.8	23	83	44 (88%)	54.2 (13.3)	21	76
- Homme	5 (10%)	53.4 (5.59)	47	61	14 (28%)	58.4	42	74	6 (12%)	62. (10.6)	48	76
Groupe d'âge												
- Familles	42 (84%)	51.5 (6.95)	35	63	26 (52%)	49.3 (10.5)	23	64	38 (79%)	50.2 (11.0)	21	64
- Personnes âgées	8 (16%)	70.5 (4.00)	66	76	24 (48%)	72 (4.97)	65	83	12 (24%)	70.8 (4.11)	65	76
Niveau scolaire												
- Pas de diplôme/certificat	0	-	-	-	-	-	-	-	1 (2%)	21	21	21
- Primaire	1 (2%)	74	74	74	-	-	-	-	-	-	-	-
- Secondaire inférieur	5 (10%)	62.6 (7.20)	54	74	7 (14%)	61.1 (14.2)	42	81	3 (6%)	61 (6.08)	54	65
- Secondaire supérieur	12 (24%)	53.8 (7.51)	44	66	9 (18%)	53.2 (12.6)	33	72	13 (26%)	54.7 (11.7)	28	75
- Post-secondaire non-supérieur	5 (10%)	53 (7.91)	45	66	7 (14%)	67.4 (12.0)	50	83	3 (6%)	59 (11.5)	48	71
- Supérieur (bachelier/master/doctorat)	27 (54%)	52.9 (10.1)	35	76	27 (54%)	60.3 (14.7)	23	79	30 (60%)	55.4 (13.4)	22	76
Expérience passée												
- Oui	17 (34%)	59.4 (9.62)	44	76	25 (50%)	64.2 (13.6)	23	81	25 (50%)	59.3 (11.5)	23	76
- Non	31 (62%)	51.9 (8.92)	35	74	25 (50%)	56.2 (13.7)	33	83	23 (46%)	51.5 (12.3)	22	75
- Je ne suis pas sûr(e)	2 (4%)	54 (7.07)	49	59	-	-	-	-	2 (4%)	43.5 (31.8)	21	66
Expérience future potentielle												
- Oui	28 (56%)	53.8 (7.99)	40	76	32 (64%)	58.6 (14.8)	23	77	34 (68%)	54.9 (13.9)	21	76
- Non	7 (14%)	52.4 (12.4)	40	72	7 (14%)	61.7 (15.9)	33	83	3 (6%)	59.7 (5.69)	55	66
- Je ne suis pas sûr(e)	15 (30)	56.7 (11.2)	35	74	11 (22%)	63.6 (11.1)	50	81	13 (26%)	54.6 (13.0)	22	72

Annexe 7b : Analyses descriptives des données démographiques par groupes d'âge

	Familles	Personnes âgées
	N (%)	N (%)
TOTAL	106 (100%)	44
Genre		
- Femme	91(85.85%)	34 (77.27%)
- Homme	15(14.15%)	10 (22.73%)
Niveau scolaire		
- Pas de diplôme/certificat	1 (0.9%)	-
- Primaire	-	1(2.27%)
- Secondaire inférieur	10 (9.43%)	5 (11.36%)
- Secondaire supérieur	29 (27.36%)	5 (11.36%)
- Post-secondaire non-supérieur	8 (7.55%)	7 (15.91%)
- Supérieur (bachelier/master/doctorat)	58 (54.72%)	26 (59.09%)
Expérience passée		
- Oui	38 (35.85%)	29 (65.91%)
- Non	65 (61.32%)	14 (31.82%)
- Je ne suis pas sûr(e)	3 (2.83%)	1 (2.27%)
Expérience future potentielle		
- Oui	69 (65.09%)	25 (56.82%)
- Non	10 (9.43%)	7 (15.91%)
- Je ne suis pas sûr(e)	27 (25.47%)	12 (27.27%)

Annexe 8 : Caractéristiques des maisons de repos

Maison	Province	Capacité	Secteur d'activité	Prix moyen d'une chambre individuelle/mois	Pratiques de soins	Environ.	Famille/ Communauté	Leadership	Pratiques organisation	Rendement	Score total
Maison H	Namur	59	Communal	1770.54 €	36 (51%)	81 (25%)	15 (50%)	18 (72%)	18 (26%)	59 (90%)	227 (39%)
Maison B	Namur	100	Public	1368.2 3€	42 (60%)	81 (25%)	20 (67%)	8 (32%)	16 (23%)	38 (58%)	205 (35%)
Maison K	Liège	113	Public	1372.50 €	50 (71%)	81 (25%)	10 (33%)	20 (80%)	20 (29%)	47 (72%)	227 (39%)
Maison J	Liège	105	Communal	1080 €	27 (39%)	52 (16%)	5 (16%)	8 (32%)	5 (7%)	63 (97%)	160 (28%)
Maison C	Namur	122	Associatif	1172.4 €	19 (27%)	52 (16%)	5 (16%)	8 (32%)	34 (49%)	54 (83%)	172 (30%)
Maison F	Namur	83	Communal	1444.48 €	47 (67%)	77 (24%)	20 (67%)	8 (32%)	21 (30%)	52 (80%)	225 (39%)
Maison G	Liège	113	Associatif	1810 €	31 (44%)	69 (22%)	15 (50%)	16 (64%)	19 (27%)	57 (87%)	207 (36%)
Maison E	Namur	140	Communal	2079 €	29 (41%)	59 (18%)	0	13 (52%)	21 (30%)	65 (100%)	187 (32%)
Maison D	Namur	53	Associatif	1674 €	42 (60%)	70 (22%)	20 (67%)	13 (52%)	17 (24%)	56 (86%)	218 (38%)
Maison I	Liège	26	Associatif	1559 €	16 (23%)	65 (20%)	0	13 (52%)	18 (26%)	63 (97%)	175 (30%)
Maison A	Liège	111	Communal	1764 €	31 (44%)	59 (18%)	30 (100%)	13 (52%)	30 (43%)	45 (69%)	208 (36%)
					/70	/320	/30	/25	/70	/65	/580

Annexe 9 : Analyses descriptives et test de Shapiro-Wilk pour la variable « Score d'attractivité total » par maisons et par groupes d'âges

								Shapiro-Wilk	
	Groupe d'âge	Maison	N	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	W	p
Attractivité totale	Jeune	A	42	62.9	21.26	14.67	95.0	0.954	0.088
		B	26	59.8	18.81	24.33	96.3	0.976	0.778
		C	38	37.2	15.66	4.67	69.3	0.985	0.887
		D	26	55.6	18.30	11.67	93.7	0.980	0.871
		E	26	57.7	17.63	24.33	98.7	0.940	0.135
		F	38	65.4	19.63	7.33	99.7	0.943	0.054
		G	42	62.9	16.81	19.67	97.0	0.987	0.910
		H	38	56.7	18.57	4.67	88.7	0.929	0.019
		I	42	55.6	19.86	18.00	99.7	0.977	0.537
		J	26	46.9	21.30	9.67	99.0	0.980	0.880
	Âgé	K	38	55.1	19.92	11.00	99.7	0.977	0.615
		A	8	54.6	20.17	21.00	94.3	0.879	0.186
		B	24	57.6	23.65	19.00	99.7	0.959	0.422
		C	12	36.7	20.91	0.00	63.7	0.930	0.379
		D	24	46.7	19.89	7.00	86.3	0.964	0.533
		E	24	53.0	18.34	6.67	82.7	0.964	0.515
		F	12	65.0	21.26	19.00	89.7	0.848	0.035
		G	8	56.0	6.18	47.67	63.3	0.896	0.266
		H	12	64.9	15.00	33.33	84.7	0.905	0.186
		I	8	44.1	12.00	23.00	62.0	0.949	0.699
		J	24	43.6	21.42	3.33	83.0	0.963	0.501
		K	12	66.6	17.94	39.00	100.0	0.966	0.868

Annexe 10 : Analyses descriptives des items par groupes d'âge

Statistiques descriptives

	Groupe d'âge	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Propreté/odeur	Jeune	64.0	24.0	0	100
	Âgé	61.3	24.4	0	100
Luminosité	Jeune	62.2	25.3	0	100
	Âgé	60.1	24.0	0	100
Décoration	Jeune	52.6	28.9	0	100
	Âgé	49.8	26.7	0	100
Mobilier	Jeune	59.0	25.9	0	100
	Âgé	57.4	23.1	0	100
Intimité/sécurité	Jeune	56.9	24.8	0	100
	Âgé	52.4	25.0	0	100
Qualité des repas	Jeune	58.4	21.6	0	100
	Âgé	55.6	22.3	0	100
Activités	Jeune	57.8	22.3	0	100
	Âgé	55.4	22.8	0	100
Décider seul	Jeune	48.4	25.3	0	100
	Âgé	46.5	24.7	0	100
Recevoir	Jeune	53.2	27.5	0	100
	Âgé	49.9	26.2	0	100
Sentim chez soi	Jeune	51.0	30.3	0	100
	Âgé	46.9	28.5	0	100
Qualité nuits	Jeune	56.2	25.6	0	100
	Âgé	54.6	23.4	0	100
Bon vivre/calme	Jeune	56.3	25.1	0	100
	Âgé	50.7	24.8	0	100
Y vivre	Jeune	47.8	30.9	0	100
	Âgé	42.6	28.0	0	100
Qualité de vie	Jeune	61.9	19.6	0	100
	Âgé	54.3	22.2	0	100
Qualité des soins	Jeune	58.1	21.8	0	100
	Âgé	53.1	23.8	0	100
Attractivité totale	Jeune	56.2	20.3	4.67	99.7
	Âgé	52.7	21.0	0.00	100.0

Annexe 11 : Analyses descriptives des items par maisons

Statistiques descriptives

	Maison	Propreté/odeur	Luminosité	Décoration	Mobilier	Intimité/sécurité	Qualité des repas	Activités	Décider seul	Recevoir	Sentim chez soi	Qualité nuits	Bon vivre/calme	Y vivre	Qualité de vie	Qualité des soins	Attractivité totale
Moyenne	A	77.3	77.7	52.4	71.1	60.2	61.8	62.4	48.9	56.8	55.9	62.7	58.3	51.0	64.1	62.8	61.6
	B	69.1	73.4	48.9	64.9	57.2	59.7	57.3	47.0	54.3	54.9	64.0	58.3	52.4	59.1	60.9	58.8
	C	42.7	41.6	25.2	38.1	44.2	43.1	43.8	31.8	31.5	29.3	33.0	35.0	24.2	51.9	40.9	37.1
	D	55.2	51.7	51.2	54.8	49.6	53.2	52.3	44.6	49.7	50.4	54.3	54.1	42.7	52.4	53.5	51.3
	E	60.1	58.4	54.8	59.0	54.3	56.1	59.0	51.2	52.3	50.4	56.9	56.0	47.7	56.6	58.9	55.4
	F	71.6	67.8	63.9	68.4	64.2	66.9	67.1	55.2	65.5	61.8	63.8	66.7	61.3	68.1	67.6	65.3
	G	68.3	63.3	69.3	62.7	67.2	63.9	65.1	54.4	58.5	56.7	61.6	59.7	50.0	64.7	62.0	61.8
	H	60.8	65.0	59.0	61.2	58.3	58.0	57.4	53.5	60.0	57.8	55.9	59.1	54.0	62.7	57.7	58.7
	I	61.8	54.1	56.5	54.5	54.5	60.7	53.6	49.0	51.5	49.4	56.7	50.4	43.3	56.9	53.0	53.7
	J	56.2	54.6	39.1	49.4	41.1	49.7	49.1	41.5	39.5	35.5	45.2	45.7	33.6	51.9	47.0	45.3
	K	71.9	69.9	48.6	59.8	60.2	59.8	60.5	49.2	54.3	45.1	59.1	57.3	47.7	66.9	57.8	57.9
Ecart-type	A	25.0	20.6	32.6	25.7	27.4	23.3	22.9	26.1	30.9	33.7	27.8	28.2	33.9	19.1	22.0	21.1
	B	22.7	22.5	31.8	27.2	26.9	25.9	24.5	29.3	29.7	31.0	21.8	25.6	31.8	23.4	23.3	21.1
	C	27.1	26.9	22.4	26.2	25.7	21.5	21.7	24.5	25.1	26.8	22.4	22.0	26.1	22.2	23.3	16.8
	D	25.1	24.7	24.3	24.5	23.7	21.7	21.7	21.4	25.4	28.6	22.8	25.0	28.2	21.5	21.3	19.4
	E	23.9	20.8	21.9	21.5	22.2	19.9	21.0	22.7	23.1	24.1	22.4	21.7	25.7	19.3	19.5	18.0
	F	19.0	20.6	24.1	19.6	22.6	20.9	19.1	24.2	27.0	27.1	24.9	23.0	27.6	19.7	17.7	19.8
	G	18.0	20.1	22.0	20.0	19.9	17.2	19.7	23.6	22.8	25.1	19.8	20.0	28.2	16.9	19.2	15.8
	H	19.7	19.7	24.1	20.0	21.6	16.4	18.4	23.9	20.8	27.2	22.9	19.1	27.0	19.7	21.3	18.0
	I	20.8	25.9	25.6	22.4	23.5	23.0	22.7	23.3	24.7	27.3	24.6	25.6	27.2	18.4	21.7	19.2
	J	25.3	28.0	26.2	25.8	25.1	21.6	24.3	24.5	26.9	27.9	26.0	25.2	27.0	21.8	24.2	21.2
	K	17.2	20.3	29.3	25.7	23.7	18.2	21.4	25.1	25.4	33.3	22.4	26.8	32.7	17.9	22.7	19.9

Annexe 12 : Valeurs tarifaires estimées pour chaque maison

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Moins de 1000 €/mois	1 (2%)	3 (6%)	4 (8%)	7 (14%)	3 (6%)	0	4 (8%)	0	7 (1.3%)	10 (20%)	2 (4%)
Entre 1000 et 1500 €/mois	12 (24%)	11 (22%)	26 (52%)	18 (36%)	13 (26%)	5 (10%)	18 (36%)	14 (28%)	17 (34%)	13 (26%)	2 (4%)
Entre 1500 et 2000 €/mois	26 (52%)	20 (40%)	17 (34%)	14 (28%)	20 (40%)	30 (60%)	23 (46%)	24 (48%)	24 (48%)	19 (38%)	20 (40%)
Entre 2000 et 2500 €/mois	7 (14%)	14 (28%)	2 (4%)	11 (22%)	11 (22%)	9 (18%)	5 (10%)	10 (20%)	2 (4%)	6 (12%)	16 (32%)
Plus de 2500 €/mois	4 (8%)	2 (4%)	1 (2%)	0	3 (6%)	6 (12%)	0	2 (4%)	0	2 (4%)	10 (20%)
PRIX VERITABLE	1.764 €	1368.23€	1172.4 €	1.674 €	2.079 €	1444.48 €	1.810 €	1770.54 €	1.559 €	1.080 €	1372.50 €

Annexe 13 : Matrice de corrélation de Spearman – variable : items

Corrélation - rho de Spearman

	Propreté/odeur	Luminosité	Décoration	Mobilier	Intimité/sécurité	Qualité des repas	Activités	Décider seul	Recevoir	Sentim chez soi	Qualité nuits	Bon vivre/calme	Y vivre	Qualité de vie	Qualité des soins	Attractivité totale
Propreté/odeur	—															
Luminosité	0.720 ***	—														
Décoration	0.503 ***	0.556 ***	—													
Mobilier	0.607 ***	0.661 ***	0.693 ***	—												
Intimité/sécurité	0.573 ***	0.566 ***	0.623 ***	0.632 ***	—											
Qualité des repas	0.570 ***	0.575 ***	0.590 ***	0.588 ***	0.673 ***	—										
Activités	0.518 ***	0.550 ***	0.641 ***	0.643 ***	0.644 ***	0.769 ***	—									
Décider seul	0.458 ***	0.452 ***	0.605 ***	0.557 ***	0.608 ***	0.639 ***	0.647 ***	—								
Recevoir	0.539 ***	0.556 ***	0.710 ***	0.666 ***	0.653 ***	0.645 ***	0.668 ***	0.717 ***	—							
Sentim chez soi	0.484 ***	0.554 ***	0.718 ***	0.608 ***	0.604 ***	0.620 ***	0.656 ***	0.626 ***	0.745 ***	—						
Qualité nuits	0.599 ***	0.607 ***	0.642 ***	0.657 ***	0.666 ***	0.731 ***	0.678 ***	0.643 ***	0.721 ***	0.718 ***	—					
Bon vivre/calme	0.615 ***	0.605 ***	0.671 ***	0.668 ***	0.659 ***	0.706 ***	0.718 ***	0.662 ***	0.726 ***	0.756 ***	0.776 ***	—				
Y vivre	0.527 ***	0.576 ***	0.729 ***	0.658 ***	0.610 ***	0.631 ***	0.689 ***	0.632 ***	0.731 ***	0.804 ***	0.707 ***	0.767 ***	—			
Qualité de vie	0.511 ***	0.545 ***	0.486 ***	0.532 ***	0.554 ***	0.638 ***	0.638 ***	0.517 ***	0.572 ***	0.550 ***	0.625 ***	0.628 ***	0.590 ***	—		
Qualité des soins	0.612 ***	0.601 ***	0.677 ***	0.691 ***	0.672 ***	0.702 ***	0.738 ***	0.666 ***	0.732 ***	0.710 ***	0.773 ***	0.802 ***	0.790 ***	0.681 ***	—	
Attractivité totale	0.693 ***	0.723 ***	0.820 ***	0.797 ***	0.783 ***	0.803 ***	0.823 ***	0.768 ***	0.855 ***	0.847 ***	0.854 ***	0.874 ***	0.867 ***	0.709 ***	0.883 ***	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Annexe 14a : ANOVA a mesures répétées – Groupe 1

Test de normalité de Shapiro-Wilk

	Moyenne	Ecart-type	Shapiro-Wilk	
			W	p
A	61.6	20.9	0.967	0.170
G	61.8	15.6	0.991	0.970
I	53.7	19.0	0.976	0.390

Tests de sphéricité de Mauchly

	W de Mauchly	p	ϵ de Greenhouse-Geisser	ϵ de Huynh-Feldt
Maison	0.873	0.041	0.887	0.919

ANOVA à mesures répétées

	Correction de la spécificité	Somme des carrés	ddl	Carrés moyens	F	p	η^2
Maison	Huynh-Feldt	1547.0	1.84	841.6	5.630	0.006	0.029
Maison * Groupe âge	Huynh-Feldt	71.7	1.84	39.0	0.261	0.752	0.001
Résidu	Huynh-Feldt	13188.7	88.23	149.5			

	Somme des carrés	ddl	Carrés moyens	F	p	η^2
Groupe âge	1588	1	1588	2.05	0.159	0.030
Résidu	37230	48	776			

Note. Somme des carrés de type 3

Test post hoc HDS de Tukey

Comparaison						
Maison	Maison	Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	p _{Tukey}
Maison A	- Maison G	-0.715	3.02	48.0	-0.237	0.970
	- Maison I	8.913	3.71	48.0	2.401	0.052
Maison G	- Maison I	9.628	2.79	48.0	3.454	0.003

Annexe 14a : ANOVA a mesures répétées – Groupe 2

Test de normalité Shapiro-Wilk

					Shapiro-Wilk	
	N	Moyenne	Ecart-type	Maximum	W	p
B	50	58.8	21.1	99.7	0.978	0.471
D	50	51.3	19.4	93.7	0.974	0.320
E	50	55.4	18.0	98.7	0.970	0.231
J	50	45.3	21.2	99.0	0.988	0.896

Tests de sphéricité de Mauchly

	W de Mauchly	p	ε de Greenhouse-Geisser	ε de Huynh-Feldt
Maison	0.791	0.052	0.868	0.923

ANOVA à mesures répétées

	Somme des carrés	ddl	Carrés moyens	F	p
Maison	5081	3	1694	10.750	< .001
Maison * Groupe d'âge	323	3	108	0.684	0.563
Résidu	22686	144	158		

	Somme des carrés	ddl	Carrés moyens	F	p
Groupe d'âge	1138	1	1138	1.01	0.319
Résidu	53897	48	1123		

Note. Somme des carrés de type 3

Test post hoc HDS de Tukey

Comparaison							
Maison	Maison	Différence moyenne	Erreur standard	ddl	t	p _{Tukey}	
B	- D	7.58	2.54	48.0	2.98	0.023	
	- E	3.37	2.83	48.0	1.19	0.638	
	- J	13.51	1.91	48.0	7.07	< .001	
D	- E	-4.22	2.44	48.0	-1.73	0.321	
	- J	5.93	2.54	48.0	2.33	0.105	
E	- J	10.14	2.70	48.0	3.75	0.003	

Annexe 14a : ANOVA a mesures répétées – Groupe 3

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	Shapiro-Wilk	
			W	p
C	37.1	16.8	0.984	0.712
F	65.3	19.8	0.933	0.007
H	58.7	18.0	0.933	0.007
K	57.9	19.9	0.988	0.881

ANOVA à mesures répétées
Non-paramétrique de Friedman

χ^2	ddl	p
54.4	3	< .001

Comparaison pair-à-pair (Durbin-Conover)

	Statistique			p
C	-	F	8.417	< .001
C	-	H	6.966	< .001
C	-	K	6.482	< .001
F	-	H	1.451	0.149
F	-	K	1.935	0.055
H	-	K	0.484	0.629

ANOVA à mesures répétées de
Friedman dans le groupe Famille

χ^2	ddl	p
41.2	3	< .001

ANOVA à mesures répétées de
Friedman dans le groupe Famille

χ^2	ddl	p
18,9	3	< .001

Comparaison pair-à-pair (Durbin-Conover)

	Statistique			p
C	-	F	7.58	< .001
C	-	H	5.81	< .001
C	-	K	4.53	< .001
F	-	H	1.77	0.080
F	-	K	3.04	0.003
H	-	K	1.27	0.206

Comparaison pair-à-pair (Durbin-Conover)

	Statistique			p
C	-	F	4.078	< .001
C	-	H	4.299	< .001
C	-	K	5.732	< .001
F	-	H	0.220	0.827
F	-	K	1.653	0.108
H	-	K	1.433	0.161

Annexe 15 : Analyses descriptives et test de normalité Shapiro-Wilk par groupe de maisons

Annexe 15a : Moyennes, écart-types et test Shapiro-Wilk par item (Groupe 1)

	Moyenne	Ecart-type	Shapiro-Wilk	
			W	p
Propreté/odeur	69.1	22.3	0.949	< .001
Luminosité	65.0	24.2	0.948	< .001
Décoration	59.4	27.9	0.954	< .001
Mobilier	62.8	23.6	0.964	< .001
Intimité/sécurité	60.6	24.2	0.968	0.001
Qualité des repas	62.1	21.3	0.974	0.007
Activités	60.4	22.2	0.975	0.008
Décider seul	50.8	24.3	0.980	0.031
Recevoir	55.6	26.4	0.969	0.002
Sentim chez soi	54.0	28.9	0.958	< .001
Qualité nuits	60.3	24.2	0.972	0.004
Bon vivre/calme	56.1	25.0	0.970	0.002
Y vivre	48.1	29.9	0.954	< .001
Qualité de vie	61.9	18.4	0.980	0.026
Qualité des soins	59.3	21.3	0.972	0.004

Annexe 15b : Moyennes, écart-types et test Shapiro-Wilk par item (Groupe 2)

	N	Moyenne	Ecart-type	Shapiro-Wilk	
				W	p
Propreté/odeur	200	60.1	24.7	0.972	< .001
Luminosité	200	59.5	25.4	0.970	< .001
Décoration	200	48.5	26.8	0.973	< .001
Mobilier	200	57.0	25.3	0.975	0.001
Intimité/sécurité	200	50.5	25.1	0.979	0.004
Qualité des repas	200	54.7	22.5	0.983	0.015
Activités	200	54.4	23.1	0.981	0.009
Décider seul	200	46.1	24.7	0.973	< .001
Recevoir	200	49.0	26.8	0.972	< .001
Sentim. chez soi	200	47.8	28.7	0.961	< .001
Qualité nuits	200	55.1	24.1	0.974	< .001
Bon vivre/calme	200	53.5	24.7	0.974	0.001
Y vivre	200	44.1	28.9	0.951	< .001
Qualité de vie	200	55.0	21.6	0.973	< .001
Qualité des soins	200	55.1	22.7	0.982	0.013

Annexe 15c : Moyennes, écart-types et test Shapiro-Wilk par item (Groupe 3)

	N	Moyenne	Ecart-type	Shapiro-Wilk	
				W	p
Propreté/odeur	200	61.8	24.1	0.942	< .001
Luminosité	200	61.1	24.7	0.943	< .001
Décoration	200	49.2	29.0	0.953	< .001
Mobilier	200	56.9	25.6	0.955	< .001
Intimité/sécurité	200	56.7	24.5	0.964	< .001
Qualité des repas	200	57.0	21.1	0.975	0.001
Activités	200	57.2	21.8	0.975	0.001
Décider seul	200	47.4	26.0	0.963	< .001
Récevoir	200	52.8	27.7	0.962	< .001
Sentim chez soi	200	48.5	31.2	0.928	< .001
Qualité nuits	200	53.0	25.9	0.948	< .001
Bon vivre/calme	200	54.5	25.6	0.953	< .001
Y vivre	200	46.8	31.5	0.927	< .001
Qualité de vie	200	62.4	20.8	0.956	< .001
Qualité des soins	200	56.0	23.3	0.962	< .001

Annexe 16a : ANOVA à mesures répétées de Friedman- Groupe 1

	χ^2	<i>p</i>	A-G		A-I		G-I	
			χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
Propreté/odeurs	25.3	<.001***	4.16	<.001***	5.53	<.001**	1.37	.18
Luminosité	33.4	<.001***	5.22	<.001***	6.67	<.001***	1.45	.15
Décoration	15.8	<.001***	3.60	<.001***	0.23	.82	3.83	<.001***
Mobilier	22.5	<.001***	2.67	.009**	5.33	<.001***	2.76	.009**
Intimité/sécurité	5.31	.07	0.75	.46	1.55	.12	2.30	.02*
Qualité des repas	0.048	.98	0.11	.91	0.11	.91	0.22	.83
Activités	7.24	.03*	0.95	.35	1.78	.08	2.72	.008**
Décider seul	2.16	.34	0.90	.37	0.56	.58	1.46	.15
Recevoir	1.98	.37	2.67	.79	1.06	.29	1.33	.19
Sentim. chez soi	4.03	.13	0.76	.45	1.25	.21	2.01	.05*
Qualité des nuits	3.94	.14	0.92	.36	2.00	.05*	1.08	.28
Bon vivre/calme	4.26	.12	0.11	.91	1.86	.07	1.75	.08
Envie d'y vivre	5.54	.06	1.11	.27	1.28	.20	2.40	.02*
Qualité de vie	13.6	.001***	0.63	.53	3.04	.003**	3.68	<.001***
Qualité des soins	11.2	.004**	0.77	.44	2.59	.01**	3.36	.001***

Annexe 16b: ANOVA à mesures répétées de Friedman- Groupe 2

	χ^2	<i>p</i>	B-D		B-E		B-J		D-E		D-J		E-J	
			χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
Propreté/odeurs	13.9	.003**	3.45	<.001***	2.05	.04*	3.23	.002**	1.40	.16	0.22	.83	1.18	.24
Luminosité	27.9	<.001***	4.84	<.001***	4.84	<.001***	4.49	<.001***	0.00	1	0.36	.72	0.36	.72
Décoration	11.4	.01**	0.78	.44	0.78	.44	2.22	.03*	0.00	1	3.00	.003**	3.00	.003**
Mobilier	20.4	<.001***	2.74	.007**	1.91	.06	4.73	<.001***	0.83	.41	2.00	.05*	2.82	.005**
Intimité/sécurité	20.8	<.001***	2.05	.04*	0.87	.39	4.57	<.001***	1.18	.24	2.53	.01**	3.70	<.001***
Qualité des repas	18.0	<.001***	1.78	.08	1.83	.07	4.44	<.001***	0.05	.96	2.65	.009**	2.61	.01**
Activités	9.53	.02*	1.07	.29	0.34	.73	2.52	.01**	1.41	.16	1.45	.15	2.87	.005**
Décider seul	17.3	<.001***	1.16	.25	1.34	.18	2.87	.005**	2.51	.01**	1.70	.09	4.21	<.001***
Recevoir	18.3	<.001***	2.43	.02*	1.67	.10	4.44	<.001***	0.77	.44	2.01	.05*	2.78	.006**
Sentim. chez soi	22.0	<.001***	0.26	.80	1.10	.27	4.45	<.001***	0.84	.40	4.18	<.001***	3.35	.001***
Qualité des nuits	31.2	<.001***	3.03	.003	2.38	.02*	6.16	<.001***	0.65	.51	3.13	.002**	3.78	<.001***
Bon vivre/calme	19.8	<.001***	1.90	.06	1.45	.15	4.63	<.001***	0.45	.65	2.72	.007	3.17	.002**
Envie d'y vivre	20.2	<.001***	1.95	.05*	0.95	.34	4.53	<.001***	1.00	.32	2.59	.01**	3.58	<.001***
Qualité de vie	9.54	.02*	1.68	.10	1.06	.30	3.09	.002**	0.62	.54	1.41	.16	2.03	.04*
Qualité des soins	23.0	<.001***	2.61	.01**	0.80	.43	4.74	<.001***	1.82	.07	2.13	.04*	3.94	<.001***

Annexe 16c : ANOVA à mesures répétées de Friedman- Groupe 3

	χ^2	p	C-F		C-H		C-K		F-H		F-K		H-K	
			χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Propreté/odeurs	48.9	<.001***	7.12	<.001***	3.92	<.001***	7.36	<.001***	3.20	.002**	0.24	.81	3.44	<.001***
Luminosité	32.3	<.001***	4.98	<.001***	4.53	<.001***	5.75	<.001***	0.45	.65	0.76	.45	1.21	.23
Décoration	55.2	<.001***	8.26	<.001***	7.72	<.001***	5.13	<.001***	0.55	.59	3.14	.002**	2.59	.01**
Mobilier	48.8	<.001***	7.93	<.001***	5.74	<.001***	6.18	<.001***	2.19	.03*	1.75	.08	0.44	.66
Intimité/sécurité	31.8	<.001***	5.96	<.001***	4.08	<.001***	4.63	<.001***	1.88	.06	1.33	.19	0.55	.58
Qualité des repas	39.8	<.001***	6.83	<.001***	4.79	<.001***	5.49	<.001***	2.05	.04*	1.35	.18	0.70	.49
Activités	35.1	<.001***	6.28	<.001***	3.62	<.001***	5.14	<.001***	2.66	.009**	1.15	.25	1.51	.13
Décider seul	32.7	<.001***	5.46	<.001***	5.41	<.001***	4.65	<.001***	0.05	.97	0.81	.42	0.77	.44
Recevoir	52.0	<.001***	8.37	<.001***	6.59	<.001***	5.25	<.001***	1.78	.07	3.12	.002**	1.34	.18
Sentim. chez soi	44.5	<.001***	7.04	<.001***	6.51	<.001***	5.10	<.001***	0.53	.60	1.94	.05*	1.41	.16
Qualité des nuits	62.3	<.001***	9.15	<.001***	7.25	<.001***	8.20	<.001***	1.90	.06	0.95	.35	0.95	.35
Bon vivre/calme	56.2	<.001***	8.64	<.001***	6.98	<.001***	6.82	<.001***	1.67	.10	1.82	.07	0.15	.89
Envie d'y vivre	46.5	<.001***	27.50	<.001***	20.93	<.001***	22.22	<.001***	6.57	<.001***	5.28	<.001***	1.28	.20
Qualité de vie	31.4	<.001***	5.74	<.001***	3.70	<.001***	4.98	<.001***	2.04	.04*	0.76	.50	1.28	.20
Qualité des soins	50.7	<.001***	8.40	<.001***	4.93	<.001***	6.01	<.001***	3.47	<.001***	2.39	.02*	1.07	.28

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Annexe 17 : Matrice de corrélation de Pearson pour les variables « Score d'implémentation du changement de culture » et « Score d'attractivité »

		Score CC	Score Attrac	Capacité	Tarifs	Soins	Environ.	Fam/Com	Leadership	Organisation.	Rendement
Score CC	r de Pearson	—									
	valeur p	—									
Score Attra	r de Pearson	0.721 *	—								
	valeur p	0.012	—								
Capacité	r de Pearson	-0.154	-0.098	—							
	valeur p	0.651	0.774	—							
Tarifs	r de Pearson	0.731	0.602	-0.949 *	—						
	valeur p	0.160	0.282	0.014	—						
Soins	r de Pearson	0.830 **	0.568	0.053	0.320	—					
	valeur p	0.002	0.068	0.878	0.599	—					
Environ.	r de Pearson	0.830 **	0.667 *	-0.340	0.672	0.759 **	—				
	valeur p	0.002	0.025	0.307	0.214	0.007	—				
Fam/Com	r de Pearson	0.655 *	0.550	-0.046	0.459	0.549	0.390	—			
	valeur p	0.029	0.080	0.893	0.437	0.080	0.235	—			
Leadership	r de Pearson	0.531	0.369	-0.109	0.532	0.250	0.422	0.009	—		
	valeur p	0.092	0.264	0.749	0.356	0.459	0.196	0.979	—		
Organisation.	r de Pearson	0.121	-0.072	0.281	-0.646	-0.182	-0.184	0.200	0.021	—	
	valeur p	0.723	0.833	0.403	0.239	0.593	0.589	0.556	0.952	—	
Rendement	r de Pearson	-0.463	-0.326	-0.195	0.429	-0.543	-0.452	-0.693 *	0.090	-0.300	—
	valeur p	0.151	0.328	0.565	0.471	0.084	0.163	0.018	0.792	0.370	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Annexe 18 : ANOVA à mesures répétées de Friedman pour la variable « Classement »

ANOVA à mesures répétées
De Friedman

χ^2	ddl	p
196	5	< .001

Comparaison pair-à-pair (Durbin-Conover)

Statistique			p
A	-	K	8.21 < .001
A	-	H	6.09 < .001
A	-	C	3.91 < .001
A	-	F	1.27 0.204
A	-	E	3.35 < .001
K	-	H	14.30 < .001
K	-	C	4.30 < .001
K	-	F	9.48 < .001
K	-	E	11.56 < .001
H	-	C	10.00 < .001
H	-	F	4.82 < .001
H	-	E	2.74 0.006
C	-	F	5.18 < .001
C	-	E	7.26 < .001
F	-	E	2.08 0.038

Annexe 19 : évaluation des critères d'attractivité selon les consommateurs

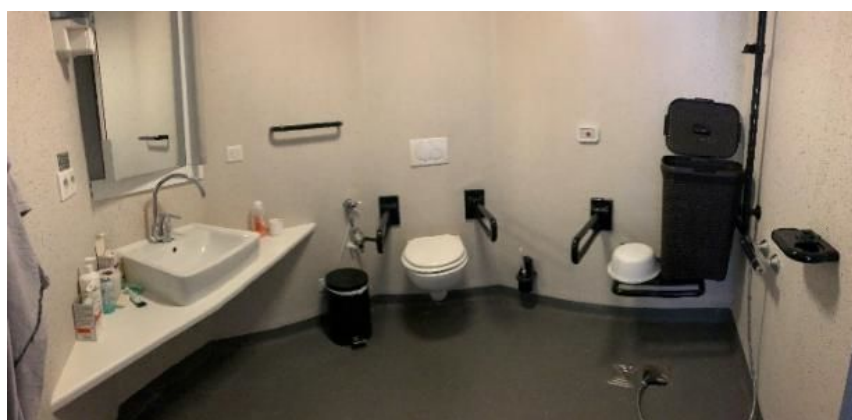
Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	Shapiro-Wilk	
			W	p
Hygiène	4.89	0.318	0.367	< .001
Luminosité	4.57	0.560	0.677	< .001
Grande chambre	4.24	0.692	0.795	< .001
Soins de qualité	4.95	0.212	0.215	< .001
Intimité	4.67	0.525	0.614	< .001
Ch.individuelle	4.73	0.590	0.519	< .001
Ch.SDB	4.86	0.418	0.371	< .001
Ch.cuisine	3.23	0.993	0.894	< .001
Ch.salon	3.71	0.924	0.879	< .001
Ch.salle à manger	3.05	1.006	0.897	< .001
Décoration	4.46	0.692	0.716	< .001
Personnel	4.98	0.140	0.121	< .001
Sécurité	4.81	0.444	0.474	< .001
Confort	4.70	0.474	0.591	< .001
Aménager sa ch.	4.67	0.608	0.584	< .001
Espace	4.41	0.724	0.747	< .001
Autodétermination	4.53	0.652	0.687	< .001
Qualité repas	4.76	0.444	0.540	< .001
Sent.chez soi	4.83	0.408	0.444	< .001
Activités	4.35	0.714	0.763	< .001
Qualité nuits	4.85	0.362	0.431	< .001

Friedman

χ^2	ddl	p
1326	20	< .001

Photos maison A





Photos maison B





Photos maison C



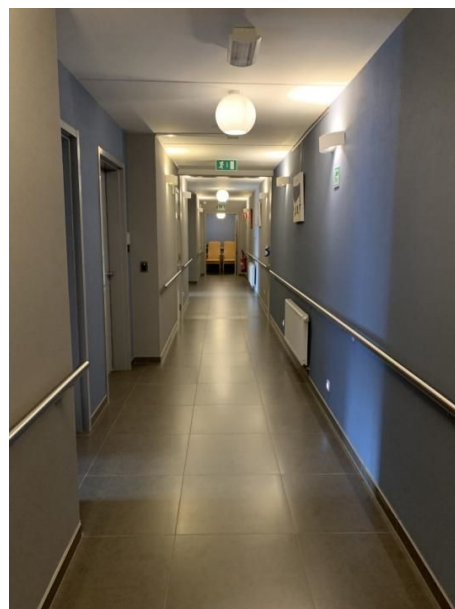


Photos maison D





Photos maison E





Photos maison F





Photos maison G





Photos maison H





Photos maison I



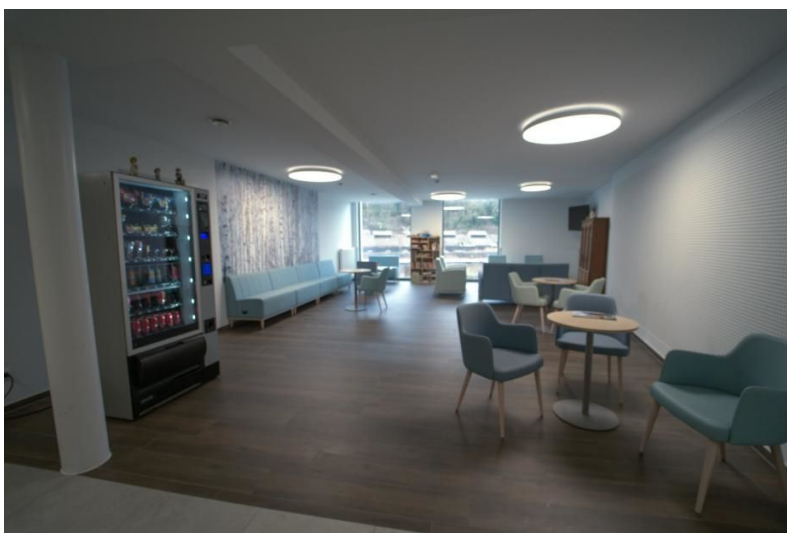


Photos maison J





Photos maison K





Résumé

La perspective d'une admission en maison de repos est vécue avec beaucoup d'appréhension chez certaines personnes âgées en perte d'autonomie, pouvant parfois mener à des difficultés psychologiques et émotionnelles importantes. Certaines iront jusqu'à dire préférer mourir plutôt que d'intégrer ce type d'établissement. Le manque d'attractivité flagrant de ces hébergements présente des conséquences sur la qualité de vie des résidents ainsi que sur la satisfaction au travail des professionnels dont les taux de burnout et de roulement génèrent des difficultés de recrutement et de rétention. Les sous-effectifs et la surcharge de travail qui en résulte altère la qualité des soins prodigués. Ce manque d'attractivité est également lié à l'image très négative des maisons de repos dans la société. Celle-ci semble être associée à leur passé médicalisé, ce qui en fait une alternative d'hébergement pour personnes âgées redoutée. L'aspect institutionnel de ces établissements évoquent le soin, la maladie ainsi que la mort, ne donnant à personne l'envie d'y habiter. Le développement du changement de culture semble pouvoir répondre à cette problématique en créant notamment des environnements chaleureux et familiers, faisant penser à ceux d'une maison, afin de faire émerger un sentiment d'être chez soi.

Notre recherche est née de l'idée que ces environnements plus « comme à la maison » permettraient de faire oublier quelque peu l'aspect institutionnel de ces lieux, et généreraient ainsi une meilleure attractivité des maisons de repos. Son objectif visait à déterminer si les maisons de retraites qui disposent d'un aménagement intérieur répondant aux critères mis en avant par le mouvement de changement de culture étaient considérées comme plus attractives par les personnes âgées et leurs aidants proches. A cette fin, nous avons recruté 150 participants afin de recueillir leur évaluation de l'attractivité de 11 maisons de repos dont le niveau d'implémentation du changement de culture avait été préalablement évalué à partir du questionnaire *Artifacts of Culture Change*. Nos résultats semblent démontrer que les aménagements environnementaux visant à créer des espaces plus chaleureux et intégrant les besoins des résidents permettent d'améliorer l'attractivité des maisons qui les appliquent. Ces effets suggèrent que le mouvement de changement de culture peut constituer une alternative prometteuse aux maisons de repos traditionnelles. Cependant, l'initiation des changements environnementaux semblent difficiles à mettre en place dans les structures. Ce constat peut être lié aux coûts financiers associés aux aménagements architecturaux. Dès lors, il peut être intéressant d'explorer l'implication des autres aspects du changement de culture dans l'attractivité des maisons de repos.