

ÉTATS DE LA RECHERCHE

Modèles de logement pour les soins de longue durée en petit foyer



AGEWELL



**APPTA
POPRAVIT**

NATIONAL INNOVATION HUB • CENTRE NATIONAL D'INNOVATION

Introduction

Au Centre POPRAVIT, nous nous employons à trouver des recherches opportunes et pertinentes qui ont le potentiel d'influer sur la prise de décisions politiques pour la population vieillissante. La série sur l'état de la recherche fait partie des moyens d'y parvenir. Notre équipe consacre du temps à lire et à prioriser des documents scientifiques et des articles de recherche, et analyse des programmes qui favorisent l'innovation liée à notre façon de prendre soin des personnes âgées. Nous résumons ensuite cette information pour en faire un produit prêt à être utilisé. Ces documents périodiques contiendront un résumé de données probantes fondées sur des thèmes politiques pertinents discutés dans le cadre de notre collaboration continue avec les intervenants.

Si certains thèmes vous intéressent particulièrement, n'hésitez pas à nous le faire savoir en envoyant un courriel à Daniel Smiley, spécialiste de la logistique et de la recherche, à : daniel.smiley@dal.ca.

Pour cet état de la recherche, nous examinons **les modèles de logement pour les soins de longue durée en petit foyer**.

Examen documentaire

Modèle du petit foyer visant à aider les personnes âgées ayant besoin de soins de longue durée

Longstaff, W.; Filkowski, J.; & Severn, M.

2022, Canada

[Lien vers l'article](#)

Produit par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMT), cet examen documentaire de contenu publié entre 2016 et 2021 sert à analyser les modèles de petit foyer de soins de longue durée (SLD). Bien qu'il existe certaines différences entre les caractéristiques de ces modèles (par ex., nombre de résidents, degré de liberté des résidents, conception de l'établissement), on y trouve trois composantes communes : des unités fonctionnelles avec un petit groupe de résidents, la réplication de routines familiales domestiques ainsi qu'une certaine forme de décentralisation du personnel. La principale différence philosophique entre le modèle du petit foyer et le modèle du foyer de SDL traditionnel est la priorité accordée aux soins axés sur la personne. Cette approche des soins prodigués en petit foyer est fermement ancrée dans la liberté de choix et l'autonomie des résidents.

Les modèles de petit foyer permettent d'éliminer la délimitation stricte des rôles : les membres du personnel de tous les niveaux sont inclus au processus de prise de décisions. Les équipes de travail universelles et autogérées sont des caractéristiques prédominantes du modèle du petit foyer. Pour réussir la mise en œuvre d'un tel foyer, il est essentiel d'avoir un personnel de première ligne aux excellentes capacités relationnelles.

Suite à l'examen documentaire, on n'a remarqué aucune tendance marquée concernant les effets du modèle du petit foyer sur les résultats obtenus par les résidents par rapport aux modèles de foyer de SDL plus traditionnels. Cette constatation s'explique probablement par le manque d'uniformité des résultats mesurés et la variabilité entre les différents modèles de petit foyer. La documentation canadienne sur le sujet est restreinte. Comme la majorité des études concernées étaient fondées sur des données d'administrations américaines ou européennes, l'application de ces données au contexte canadien est limitée.

Examen documentaire (suite)

Les soins internes regroupés en résidence pour personnes âgées en Australie : moins d'hospitalisations et une meilleure qualité de vie

Dyer SML, E.; Gnanamanickam, E.S.; Milte, R.; Easton, T.; Harrison, S.L.; Bradley, C.E.; Ratcliffe, J.; & Crotty, M

2018, Australie

[Lien vers l'article](#)

Les auteurs de cet article comparent la qualité de vie (mesurée à l'aide du questionnaire de santé EQ-5D-5L), l'utilisation des services médicaux, et les coûts des soins de santé en résidence des modèles australiens de soins internes regroupés et réguliers prodigués en résidence aux personnes âgées de 17 établissements. Par établissement, on entend une installation dans laquelle on prodigue un modèle de soins internes regroupés qui remplit cinq des six critères suivants : des unités résidentielles de petites tailles, une allocation régulière de personnel aux unités résidentielles, l'accessibilité aux espaces extérieurs, des repas cuisinés à l'intérieur de l'unité résidentielle, la possibilité d'obtenir des repas libre service ou l'occasion donnée aux résidents de participer à la préparation des repas. Il y avait 541 participants, dont certains avaient des troubles cognitifs et d'autres pas, qui résidaient depuis au moins 12 mois dans un établissement de soins en résidence pour personnes âgées, n'étaient pas aux soins palliatifs et dont un membre de la famille était disposé à participer en leur nom, si nécessaire.

Suite à l'ajustement des facteurs liés aux patients et à l'établissement, on a constaté que les personnes bénéficiant d'un modèle de soins regroupés affichaient une meilleure qualité de vie, des taux d'hospitalisation inférieurs et des taux de fréquentation du service des urgences plus faibles. On a aussi estimé une économie de 12 962 \$ par personne et par année dans les foyers de soins en résidence.

Modèles de type familial dans les établissements de soins de longue durée : examen de l'efficacité clinique, de la rentabilité et des directives

Gray, C. & Farrah, K.

2019, Canada

[Lien vers l'article](#)

Produit par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMT), cet examen documentaire porte sur les « modèles de soins de type familial » qui couvrent en partie les SDL prodigués dans les petits foyers, mais peuvent aussi s'appliquer à de plus grands établissements de SDL. Les auteurs du rapport ont résumé des données probantes recueillies entre 2014 et 2018 concernant l'efficacité clinique, la rentabilité et les directives des modèles de type familial de soins pour les résidents des établissements de soins de longue durée.

Les résultats de cette étude n'étaient pas uniformes et sa qualité était limitée. Dans l'ensemble, elle laisse penser qu'il y avait peu de différence entre les modèles de soins traditionnels et de type familial concernant la dépression ou l'état affectif, et les conclusions n'étaient pas uniformes au niveau du fonctionnement cognitif, de la qualité de vie, des résultats neuropsychiatriques, de la participation sociale et du statut fonctionnel. On n'a relevé aucune donnée probante concernant la rentabilité ou la pertinence des directives fondées sur des données probantes.

Examen documentaire (suite)

L'environnement physique des foyers de soins infirmiers pour personnes atteintes de troubles neurocognitifs : Les foyers de soins infirmiers traditionnels, les établissements de vie de petite envergure et les fermes de soins vertes

de Boer, B.; Beerens, H.C.; Katterbach, M.A.; Viduka, M.; Willemse, B.M.; & Verbeek, H.

2019, Pays-Bas

[Lien vers l'article](#)

Les auteurs de cet article analysent les effets de l'environnement physique sur les résidents atteints de troubles neurocognitifs des foyers de SDL. Les innovations apportées au concept des foyers de soins infirmiers sont souvent axées sur des milieux de soins de petite envergure similaires à un environnement de type familial. Cette étude porte sur : (1) l'environnement physique de différents types de foyers de soins infirmiers, par la comparaison entre les foyers de soins infirmiers traditionnels et les établissements de vie de petite envergure et les fermes de soins vertes (2) la façon dont l'environnement physique a été utilisé dans la pratique en termes d'emplacement, de participation et d'interaction sociale entre les résidents. Deux études observationnelles ont été réalisées à cet égard.

Au vu des résultats, on constate que l'environnement physique des établissements de vie de petite envergure destinés aux personnes atteintes de troubles neurocognitifs était potentiellement bénéfique pour la vie de tous les jours des résidents. Cependant, un environnement physique potentiellement bénéfique ne donnait pas automatiquement lieu à une utilisation optimale de cet environnement, car certaines aires d'un foyer de soins infirmiers (par ex., les aires extérieures) n'étaient pas utilisées. Cette étude met en lumière le fait qu'il est nécessaire que le personnel infirmier offre des activités utiles et incite les résidents à être actifs pour leur permettre de tirer pleinement parti de l'environnement physique.

Dans l'État de New York, les cas de COVID-19 et les taux de mortalité liés à la COVID-19 sont inférieurs dans les maisons vertes par rapport aux foyers de soins infirmiers traditionnels

Young, Y.; Shayya, A.; O'Grady, T.; & Chen, Y.-M.

2020, É.-U.

[Lien vers l'article](#)

Les auteurs de cet article ont procédé à une analyse secondaire de données recueillies dans l'État de NY afin de comparer les cas de COVID-19 et les taux de mortalité liés à la COVID-19 survenant dans les petites installations de SDL de foyers verts par rapport à ceux relevés dans les foyers de soins infirmiers traditionnels. Les maisons vertes sont de petits foyers qui hébergent entre 10 et 12 résidents, dont chacun a une chambre et une salle de bains privées, mais partage une cuisine, une salle à manger et un salon communs. Bien que les résidents des foyers verts soient plus âgés et plus malades que ceux des foyers de soins infirmiers traditionnels, les auteurs ont découvert que les taux de cas de COVID-19 des foyers verts étaient deux fois inférieurs à ceux des foyers traditionnels, et que les taux de mortalité dus à la COVID-19 enregistrés dans les foyers verts étaient plus de deux fois inférieurs à ceux des petits foyers de soins.

Ils attribuent ces résultats au fait que les résidents des foyers verts sont protégés de l'exposition à la COVID-19 en raison de la taille de l'établissement (10 à 12 lits). Le modèle de soins et la communication efficace propres aux foyers verts pourraient aussi avoir contribué à ce résultat positif.

Examen de programme

Modèle de soins papillon

[Meaningful Care Matters](#)

Créé en 1995

R.-U.

Le modèle de soins papillon est fondé sur une philosophie de soins de longue durée qui souligne la création d'environnements de type familial de petite envergure pour les aînés. Il héberge généralement entre 8 et 10 résidents. Ce modèle est bâti sur l'idée selon laquelle un milieu intime de petite envergure peut aider les résidents à se sentir plus chez eux et encourager des relations porteuses avec les aidants et les autres résidents. Ce modèle met aussi en évidence l'importance des activités sociales et récréatives en mettant l'accent sur l'offre aux résidents de possibilités de participer à des activités utiles et porteuses qui favorisent le bien-être et la qualité de vie. Dans l'ensemble, le modèle de soins papillon tente de créer un environnement chaleureux et convivial qui favorise la dignité, l'autonomie et le bien-être des aînés qui ont besoin de soins de longue durée.

Modèle des villages Schlegel

[Les villages Schlegel](#)

Créé en 2004

Ontario

Les villages Schlegel sont une organisation de soins de longue durée et de maison de retraite familiale située en Ontario, au Canada. Leur mission est d'offrir, dans un environnement familial, des soins de compassion axés sur la personne aux personnes âgées. Les Villages Schlegel ont été fondés en 2004 par Ron Schlegel, dont la vision était de créer un nouveau modèle pour les aînés en fonction des principes des soins axés sur les relations. Ce modèle est, en effet, axé sur l'établissement de relations entre les résidents, les membres de l'équipe et les familles et l'habilitation des résidents à vivre pleinement leur vie. Aujourd'hui, les Villages Schlegel exploitent de nombreuses maisons de retraite et de soins de longue durée dans l'ensemble de l'Ontario, où ils offrent une série de soins et de services d'aide, y compris des soins de la mémoire, des soins de réadaptation et des soins palliatifs, entre autres. En sus de leur mission d'offrir des soins de grande qualité, les Villages Schlegel s'engagent aussi envers l'innovation et la recherche dans le domaine du vieillissement. Ils ont conclu des partenariats avec un certain nombre d'universités et d'établissements de recherche pour étudier et améliorer leurs pratiques de soins et sont reconnus comme des chefs de file de cette industrie.

Le modèle alternatif Eden

[L'alternative Eden](#)

Créé en 1994

États-Unis

Le modèle alternatif Eden a pour objectif de créer un environnement de vie plus dynamique et plus mobilisateur pour les aînés en intégrant des plantes, des animaux et des enfants à la communauté. Ce modèle comprend souvent des milieux de petite envergure de type familial qui encouragent l'interaction sociale et les activités porteuses. L'alternative Eden est un modèle de soins pour les aînés qui a été développé aux États-Unis en 1994 par Dr William Thomas. Il est fondé sur une philosophie qui accorde la priorité à l'importance de créer un environnement de vie qui favorise le bien-être des aînés par des connexions sociales utiles, le compagnonnage et la participation à des activités de la vie quotidienne.

Examen de programme (suite)

The Hogeweyk

Be Advice

Créé en 2009

Pays-Bas

The Hogeweyk est le premier « village de la démence » du monde, un type de communauté résidentielle conçu spécifiquement pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs. Le village est un quartier autonome qui offre un environnement sécuritaire aux personnes atteintes d'un trouble neurocognitif tout en favorisant leur indépendance et leur autonomie. The Hogeweyk et d'autres villages du même type comprennent généralement une série d'installations et de commodités comme des boutiques, des restaurants, des jardins et des espaces communaux, tous conçus pour ressembler à une petite ville ou à un village traditionnel. Le village peut aussi comprendre des installations de soins spécialisés, comme des unités de soins de la mémoire ou des appartements supervisés ainsi que des services médicaux et des activités sociales. L'objectif d'un village de la démence est de créer un environnement de soutien convivial pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs tout en leur offrant des possibilités de socialisation, un milieu de vie stimulant et une raison d'être. Ces dernières années, le modèle du village a gagné en popularité pour remplacer les milieux de soins en établissement traditionnels, qui risquent d'isoler et de désorienter les personnes atteintes d'un trouble neurocognitif.

Le projet de la maison verte (Green House Project)

Center for Innovation, Inc.

Créé en 2001

États-Unis

Développé au début des années 2000 par le gériatre Bill Thomas, le modèle de la maison verte a pour objectif d'offrir des soins individualisés de type familial aux résidents des établissements de soins de longue durée. Ces foyers hébergent généralement entre 10 et 12 résidents, et comprennent des chambres à coucher et des salles de bain privées, des espaces de vie commune ainsi que des soins prodigués 24 heures sur 24, 7 jours 7, à des aides infirmières certifiées et à d'autres professionnels des soins de santé. On a constaté que le modèle de la maison verte améliorait la qualité de vie des résidents et réduisait le taux de roulement du personnel.

Le projet Green HouseMD a vu le jour en 2001 et a pris son essor en 2005 grâce à une subvention de la Robert Wood Johnson Foundation visant à développer 50 projets dans tous les États-Unis. En 2015, le Center for Innovation Inc. (CFI) a repris le projet de la maison verte, puis en 2019, a déployé Green House 2.0, une initiative visant à élargir le rayonnement et à intensifier les retombées de l'organisation en étendant ses services au-delà du modèle traditionnel de la maison verte. Le projet de la maison verte a réussi à atténuer très efficacement les retombées de la COVID-19 sur les aînés, comme en témoigne la [recherche](#) sur ce projet.