

Faculté de santé publique

« Quelle est la perception du maintien
à domicile des personnes âgées
fréquentant un centre d'accueil de jour
gériatrique ? »

Mémoire réalisé par
Maude Huart

Promoteur·rice(s)
Cécile Piron

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

« Quelle est la perception du maintien
à domicile des personnes âgées
fréquentant un centre d'accueil de jour
gériatrique ? »

Mémoire réalisé par
Maude Huart

Promoteur·rice(s)
Cécile Piron

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements :

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude envers toutes les personnes qui m'ont soutenu tout au long de ce parcours académique.

En premier lieu, je tiens à remercier ma Cheffe de service, Elise Grosjean, pour son dévouement constant à ajuster mes horaires en fonction de mes cours et de mes examens, facilitant ainsi la réalisation de ce master. De plus, ses encouragements réguliers, sa bienveillance et sa confiance en mes capacités ont été des moteurs pour poursuivre ce cursus jusqu'au bout.

Ma famille a, également, été un pilier solide de soutien et je tiens à souligner l'aide inestimable apportée par mon grand-père et ma grand-mère, Michel Huart et Françoise Denolin, ainsi que par mes parents, Myra Sandor et Alain Huart. Ma sœur qui a été ma force dans les moments de doute et qui a été présente à chaque étape de cette recherche. Mon compagnon, qui a suivi avec bienveillance mes hauts et mes bas pendant ces 5 années et s'est occupé de notre fils, m'offrant ainsi du temps pour me concentrer sur mon travail. Ma belle-famille a également été d'un grand soutien en assurant de nombreux babysitting pour me permettre de me consacrer pleinement à mes études.

Et enfin, mon fils, Henry. Il a grandi dans mon ventre lorsque j'écrivais les premières lignes de ce mémoire. Lorsqu'il est né, il n'était plus question d'abandonner tant il était important pour moi de lui inculquer la persévérance et le fait de donner le meilleur de soi-même. Il aura été une source infinie de motivation pour terminer ce travail.

Je souhaite, également, exprimer ma reconnaissance envers mes amis dont le soutien inconditionnel et l'encouragement ont été à la fois touchants et déterminants dans la réussite de ce projet. Merci Amanda, Sophie, Pauline, Jérôme, Yannick et Virginia.

Je remercie spécialement Damaris pour ses précieux conseils ainsi que ses relectures attentives.

Pour terminer, je remercie ma promotrice, Cécile Piron, pour son aide, son expertise et sa disponibilité.

L'ensemble de ces personnes a été un véritable appui tout au long de ce parcours académique, et je suis profondément reconnaissante de leur présence et de leur soutien sans faille.

Le plagiat :

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

I) Introduction :	1
II) Cadre théorique :	3
1) Problématique du vieillissement :	3
2) Le maintien/soutien à domicile :	6
2.1) Les aides informelles / les aidants proches :	7
2.2) Les aides formelles :	8
2.3) Les structures alternatives permettant le maintien à domicile :	13
3) La résidence permanente :	15
3.1) Maison de repos (MR) et maison de repos et de soins (MRS) :	15
3.2) Structures alternatives à la MR/MRS :	16
III) Problématisation :	17
1) Problématique :	17
2) Question de recherche :	17
3) Hypothèses :	18
4) Objectifs :	18
IV) Cadre pratique :	19
1) Choix de la méthode et type d'étude :	19
2) Matériels et méthode :	19
2.1) Stratégies d'échantillonnage :	19
2.2) Élaboration du guide d'entretien :	22
2.3) Aspects éthiques :	23
2.4) Analyse et traitement des données :	23
3) Résultats :	24
3.1) Thème 1 : Provenance de l'information reçue sur les centres d'accueil de jour :	24
3.2) Thème 2 : Aide :	27
3.3) Thème 3 : Avantages et inconvénients du centre d'accueil de jour gériatrique :	28
3.4) Thème 4 : Alternative pour soulager les aidants proches :	30
3.5) Thème 5 : Création ou maintien du lien social :	32
3.6) Thème 6 : Maintenir, voire développer les capacités résiduelles :	33
3.7) Thème 7 : Influence sur le maintien à domicile :	34
4) Discussion :	36
4.1) Analyse des résultats :	36
4.2) Limites, biais et perspectives de l'étude :	43
V) Conclusion :	45
VI) Bibliographie :	47
VII) Annexes :	51
Annexe 1 : Grille d'entretien (patient) :	51
Annexe 2 : Formulaire de soumission simplifiée :	53
Annexe 3 : Information – Consentement participant :	62
Annexe 4 : Amendement du comité d'éthique :	67

I) **Introduction :**

Le vieillissement de la population est un défi majeur auquel font face de nombreux pays. Selon Statbel, en Belgique, les 67 ans et + passeront de 16% de la population totale belge en 2018 à 23% en 2070 (STABEL, 2019). Avec l'augmentation de l'espérance de vie, il semble essentiel de prendre en considération les besoins et les préférences des personnes âgées dans leur prise en charge et le maintien de leur autonomie. Dans ce contexte, le maintien à domicile constitue une option privilégiée pour de nombreux seniors. D'autant plus que « *lorsqu'une personne doit quitter sa maison pour entrer en institution gériatrique, c'est souvent un pan entier de son histoire qui disparaît avec la perte de son « chez-soi », ainsi qu'une part de son identité* » (Trachman, B. 2016). Il est donc important de comprendre comment les personnes âgées perçoivent cette forme de prise en charge et quels facteurs influencent leur décision de rester à domicile ou non.

La présente recherche se focalise sur la perception des personnes âgées fréquentant un centre d'accueil de jour gériatrique concernant le maintien à domicile. En effet, nous jugeons pertinent de nous focaliser principalement sur le point de vue des personnes âgées puisqu'ils sont les acteurs principaux de cette thématique du maintien à domicile. Un autre acteur clé concerne les centres d'accueil de jour qui peuvent jouer un rôle crucial dans la vie des personnes âgées souhaitant rester à domicile car cette institution offre un soutien, des services et un encadrement professionnel. Cependant, la manière dont les personnes âgées perçoivent cette forme d'assistance et comment elle influence leur expérience du maintien à domicile reste un domaine relativement peu exploré dans la littérature scientifique. Cette recherche va donc se focaliser sur la perception du maintien à domicile des personnes âgées fréquentant un centre d'accueil de jour gériatrique, et plus particulièrement comment ces individus appréhendent leur autonomie, leur qualité de vie et leur bien-être au sein de leur environnement domestique. Pour ce faire, nous recueillerons des données qualitatives par le biais d'entretiens semi-structurés auprès de personnes âgées concernées par notre sujet de recherche.

Ce mémoire se déroulera en plusieurs étapes. Tout d'abord, nous réaliserons une exploration de la littérature scientifique relative au maintien à domicile des personnes âgées et aux centres d'accueil de jour gériatriques. Cette première partie nous permettra de comprendre les enjeux, les avantages/inconvénients et les défis associés à ces deux aspects.

Ensuite, nous expliquerons la méthodologie adoptée pour notre recherche. Nous détaillerons l'échantillonnage choisi, l'élaboration du guide d'entretien ainsi que la méthode d'analyse des données. Cette section sera cruciale pour appréhender la rigueur de notre démarche et la validité de nos résultats.

Les résultats de notre recherche seront ensuite présentés et analysés. Nous mettrons en lumière les perceptions des personnes âgées fréquentant un centre d'accueil de jour et demeurant à leur domicile. Nous chercherons à comprendre comment ces centres contribuent à leur bien-être, à leur autonomie et à leur qualité de vie.

Dans une perspective critique, nous discuterons les résultats obtenus en les replaçant dans le contexte plus large des politiques publiques et des enjeux sociaux entourant le maintien à domicile des personnes âgées. Nous interrogerons également les limites de notre étude et les éventuelles perspectives d'amélioration.

Enfin, nous conclurons ce mémoire en synthétisant nos découvertes et en mettant en évidence les implications pratiques et théoriques de nos résultats.

II) Cadre théorique :

Pour ce corpus théorique, une revue de littérature minutieuse a été réalisée afin d'avoir une solide base d'informations pour comprendre et analyser notre étude qualitative. La recherche documentaire (francophone et anglophone) a été orientée selon différents thèmes en lien avec la problématique de départ. Les bases de données utilisées ont été Pubmed, Scopus, Cairn, Cochrane, Sciencedirect, Cinahl et Google Scholar. Quant aux mots clés utilisés, ce fut les suivants : « Structure de répit », « Respite care », « Short term care », « Centre de jour gériatrique », « Day care centers », « Care givers help », « Elderly pateint », « Aged patient », « Maintien à domicile », « Maintening home living », « Geriatric care », « Elderly », « Aged people ».

1) Problématique du vieillissement :

L'Organisation mondiale de la santé, dans son rapport mondial sur le vieillissement et la santé, définit le vieillissement comme suit : *« Sur un plan biologique, le vieillissement est associé à l'accumulation d'une importante variété de lésions moléculaires et cellulaires. Au fil du temps, ces lésions conduisent à une réduction progressive des ressources physiologiques, à un risque accru de diverses maladies, et à une diminution générale des capacités de l'individu. Ce processus aboutit finalement à la mort. »* (OMS, 2015, p.29). L'OMS précise, cependant, que ces altérations ne suivent pas une dynamique linéaire. En effet, elles ne sont pas systématiques et évoluent selon un schéma propre à chacun qui est « vaguement associé à l'âge » (OMS, 2015). Ainsi, le vieillissement n'est pas le même pour tous. Il s'exprime et est vécu de manière différente chez chaque être humain. Il est possible de vieillir tout en continuant à gérer son quotidien comme il est possible de présenter une ou plusieurs incapacités empêchant la réalisation de certaines activités de la vie journalière. Par conséquent, pour pallier les effets indésirables du vieillissement, la prise en charge de chaque personne âgée devra être individualisée et personnalisée de sorte que celle-ci bénéficie des aides les plus en adéquation avec son état. Puisque l'état de santé de la personne peut évoluer, il serait également judicieux de réévaluer cette prise en charge régulièrement au fur et à mesure des changements.

Depuis quelques décennies, l'augmentation de l'espérance de vie suscite de nombreux questionnements auprès des différents acteurs de santé publique. En effet, si nous vivons plus longtemps, qu'en est-il de l'évolution de notre santé : « *gagne-t-on des années de bonne santé ou vit-on plus longtemps avec des maladies ?* » (E. Cambois et J-M. Robine, 2017, pp. 41-67). L'espérance de vie augmentant et le risque qu'elle soit accompagnée de maladies et/ou d'incapacités dont la létalité diminue, la question mérite d'être approfondie. L'espérance de vie ne correspond pas uniquement à la quantité d'années vécues, mais elle prend également en compte la qualité de vie. Autrement dit, ce qui compte n'est pas seulement le fait de vivre longtemps mais aussi de vivre bien. À ce propos, depuis 2008, l'Union européenne a décidé d'ajouter cette dimension « qualité de vie » à la liste des indicateurs structurels d'espérance de vie en santé. Les recherches menées sur ce sujet permettent de mettre en lumière les disparités entre pays et de suivre l'évolution de l'espérance de vie dans le temps (E. Cambois et J-M. Robine, 2017).

Au fur et à mesure que la biologie se dégrade comme résultante du vieillissement, la dépendance de la personne âgée à des aides externes peut augmenter en raison de la survenue d'incapacités. Du point de vue de la santé publique, Emmanuelle Cambois et Jean-Marie Robine définissent l'incapacité comme « un processus à double détente : le premier niveau est celui des risques de survenue de limitations fonctionnelles et le second, celui des chances de « faire avec » ces limitations. » (E. Cambois et J-M. Robine, 2014). Le premier niveau relève donc de la prévention des maladies et accidents et de leur prise en charge pour réduire une éventuelle dégradation des fonctions. Le second niveau assure, quant à lui, que chacun dispose des moyens nécessaires pour faire face à cette dégradation en éliminant ou en contournant les barrières à l'activité. L'objectif du second niveau est donc « de faciliter le maintien des activités et de l'autonomie, notamment en améliorant l'accessibilité des infrastructures (y compris au domicile) et la diffusion de moyens de compensation des limitations fonctionnelles (qui représentent un des enjeux majeurs des nouvelles technologies). » (E. Cambois et J-M. Robine, 2017).

Notons que les notions d'autonomie et de dépendance, très importantes dans le milieu de la gériatrie, sont souvent source de confusion. Un éclaircissement s'impose alors. Le sociologue Albert Menni définit la dépendance comme une « *relation contraignante plus ou moins acceptée par le sujet avec un être, objet, groupe réel ou irréel, et qui relève de la satisfaction d'un besoin* »

(Regnier, C., 2009, p.29). Cette définition, contrairement à la définition classique¹, identifie la personne à ce qu'elle est et non pas seulement à ce qu'elle fait (Regnier, C., 2009). L'autonomie ne doit, quant à elle, pas être considérée comme le simple contraire de la dépendance. En effet, celle-ci devrait être envisagée comme « *la capacité à se gouverner soi-même, à aménager sa propre dépendance.* » (Regnier, C., 2009, p.32).

Dès l'instant où l'état fonctionnel de l'individu ne lui permet plus d'assurer toutes les activités de sa vie quotidienne, une prise en charge devra être envisagée. Celle-ci comprendra l'organisation d'une assistance pour la réalisation des activités mais aussi des rôles sociaux (E. Cambois et J-M. Robine, 2017). Selon l'OMS, « *au-delà des altérations biologiques, l'âge avancé implique souvent d'autres changements significatifs. Ces changements entraînent une modification des rôles et des positions sociales, et exigent de faire face à la perte de proches.* » (OMS, 2015, p.29). En effet, les personnes âgées ont souvent occupé divers rôles tout au long de leur vie, tels que celui de parent, de professionnel, de membre actif de la communauté, et ils ont besoin de maintenir ces rôles même à un âge avancé. Ces rôles sociaux peuvent prendre différentes formes pour les personnes âgées : elles peuvent par exemple continuer à être des parents ou des grands-parents engagés, apportant soutien, conseils et amour à leur famille. Elles peuvent également s'impliquer dans des activités communautaires, des bénévolats, des associations contribuant ainsi à leur environnement de proximité. Cependant, divers problèmes liés au vieillissement peuvent limiter leur capacité à s'investir dans l'avenir, ce qui peut entraîner un retrait social. Ces problèmes peuvent prendre différentes formes. En plus de la perte d'autonomie qui peut engendrer un sentiment d'inutilité, certaines personnes peuvent se sentir exclues et perdre tout intérêt pour la société. Des expériences passées douloureuses, marquées par la souffrance, les deuils ou l'épuisement, peuvent également conduire à l'abandon de leurs rôles sociaux. Par ailleurs, l'incertitude de l'avenir et la conscience du temps qui leur reste peuvent freiner voire bloquer certaines personnes âgées pour se lancer dans des projets futurs (Tavier, P., 2003).

C'est ainsi que chaque intervention de santé publique qui concerne le vieillissement devra être envisagée sous deux angles : prendre en charge la diminution des capacités fonctionnelles liée à l'âge, mais également favoriser la récupération, la résilience et le développement psychosocial qui

¹ « L'impossibilité partielle ou totale de faire une activité physique, psychologique, sociale ou spirituelle » (C. Regnier, 2009)

sont des concepts essentiels au bien-être et à l'épanouissement d'une personne ; ceci dans le but « *d'aider les gens à s'orienter dans les systèmes, et à mobiliser les ressources qui leur permettront de faire face aux problèmes de santé qui surviennent souvent à un âge avancé* » (OMS, 2015, p.30).

2) Le maintien/soutien à domicile :

À un âge avancé, il est probable de présenter des incapacités qui peuvent être à l'origine de restrictions pour la réalisation, de manière totalement autonome, de certaines activités de la vie journalière. Certains se poseront alors la question de la capacité de la personne à continuer à demeurer à son domicile. Certains chercheurs estiment que le vieillissement rapide de la population, le désir accru de rester à la maison et les changements de politique de santé qui favorisent le transfert des soins de santé des lieux formels (comme les hôpitaux et les institutions) vers le cadre plus informel du domicile rendent nécessaire la réalisation de recherches supplémentaires permettant de comprendre l'expérience du domicile chez les personnes âgées (Gillsjö, C., Schwartz-Barcott, D. et von Post, I., 2011). En effet, le domicile est devenu une partie intégrante de la vie et de l'intimité de la personne âgée ; donc lorsqu'elles perdent leur domicile, elles perdent également l'endroit le plus proche de leur cœur, c'est-à-dire l'endroit où elles peuvent conserver leur identité, leur intégrité et leur mode de vie (Gillsjö, C., Schwartz-Barcott, D. et von Post, I., 2011). Cela expliquerait pourquoi certaines personnes âgées, malgré des incapacités reconnues, désirent continuer à vivre à leur domicile. Dans ce contexte, la question de l'aide et du soutien va devoir être abordée.

Bernard Ennuyer (2014), fervent défenseur du maintien à domicile, propose une définition de ce terme centrée sur les personnes âgées concernées. Selon lui, il correspond à « *l'expression du désir de nombreuses personnes [...] de demeurer dans leur domicile jusqu'au bout de leur âge et de leur vie* » (Ennuyer, B., 2014, p.29). Le soutien à domicile renvoie à toutes les aides mises en place permettant à la personne âgée de rester le plus longtemps possible à son domicile. Ces aides peuvent prendre différentes formes et interviennent généralement dans un certain nombre d'actes essentiels de la vie quotidienne, tels que le fait de manger, faire sa toilette, s'habiller, se lever ou encore prendre ses médicaments, gérer son budget, tenir sa maison, etc. La mobilisation de ce type d'aide peut s'expliquer par diverses raisons : une maladie ou un accident de santé, un retour à l'hôpital, le fait de souffrir de déficience (mentale ou physique) plus ou moins sévère, etc. (Ennuyer, B., 2018).

Le soutien à domicile peut être d'application sur une durée plus ou moins longue, et il peut nécessiter l'intervention de professionnel et/ou de la famille des personnes concernées (Ennuyer, B., 2018). Ainsi, il existe deux types d'aide : l'aide prodiguée par des professionnels que l'on nomme « aide formelle » et l'aide prodiguée par des proches, appelée l'« aide informelle ».

2.1) Les aides informelles / les aidants proches :

L'aide informelle concerne, majoritairement, les familles ou amis de la personne en besoin. Dans le jargon scientifique ou même législatif, la personne fournissant de l'aide informelle est communément appelée « l'aidant proche ». Comme son nom l'indique, étant proche, c'est très probablement la première aide sollicitée. Selon Eurocarers, une ONG européenne qui représente les intérêts des aidants proches, « *le nombre d'aidants varie entre 8 % et 16 % de la population en fonction des pays* » (Gougnaud-Delaunay, 2018, p.15). Notons que tous les pays n'ont pas la même définition de la notion d'aidant, ce qui peut biaiser les chiffres. Concernant la Belgique, 12,1 % de la population belge serait des aidants proches, ce qui constituerait l'un des chiffres les plus élevés en Europe (*Idem*).

Le rôle des aidants proches est majeur car c'est eux qui soutiennent une personne âgée vivant à domicile. Malheureusement, même si celui-ci est de plus en plus étudié, il n'est pas suffisamment mis en évidence et valorisé (Cès, S ; Flusin, et al, 2017). Or, ces personnes dispensent une quantité de soins non négligeable et occupent, donc, une position cruciale dans notre système de santé (KCE, 2014). Leurs tâches sont variées, elles peuvent aller des soins personnels, tels que se laver et s'habiller, à la préparation des médicaments, à la surveillance ainsi qu'à la coordination des services de soins informels (KCE, 2014).

Une étude systémique sur la relation entre la charge des aidants familiaux et la fragilité physique chez les personnes âgées non atteintes de démences suggère, d'ailleurs, que les aidants de personnes âgées fragiles sont confrontés à un fardeau et que le degré de ce fardeau peut être différent de celui des autres populations d'aidants (Ringer, T., Hazzan, A. A., Agarwal, A., Mutsaers, A. et Papaioannou, A., 2017). En effet, les aidants proches peuvent être amenés à devoir gérer beaucoup de choses, et ce, parfois, tout en continuant à faire face aux aléas de leur propre vie de famille et/ou professionnelle.

En 2014, le KCE a réalisé une étude exploratoire sur les mesures de soutien aux aidants proches. Il en ressort que les compensations financières des pouvoirs publics pour exercer ce rôle sont peu nombreuses. Par ailleurs, il existe une possibilité de bénéficier de congés sociaux pour dispenser des soins à un proche. Ceux-ci semblaient perçus comme un point très positif. En outre, « *Les services de répit devraient par contre être accessibles à moindre coût, mieux adaptés aux besoins et proposés de façon proactive* » (KCE, 2014, para.1). Il conviendrait donc de continuer à débattre de la place des aidants proches dans notre système de soins et de la mise en place d'aides adéquates afin que ces personnes puissent exercer ce rôle dans les meilleures conditions qu'ils soient.

2.2) Les aides formelles :

Il peut arriver que l'aide informelle ne soit plus suffisante à elle seule. Les aides formelles, c'est-à-dire professionnelles, peuvent alors être utiles. Pour renforcer le réseau familial de soutien, des services d'aide sont mis à disposition des familles et personnes en difficulté (personnes âgées et/ou avec handicap) pour les soutenir et les encadrer dans leur vie quotidienne (AVIQ, s.d). Ceux-ci peuvent être nombreux et de divers types. Ils sont sollicités en fonction des activités de la vie quotidienne qu'une perte d'autonomie ne permet plus de réaliser. Il arrive que certaines personnes nécessitent de plusieurs services d'aide différents. Il conviendra donc de les coordonner afin qu'il n'y ait pas de conflit horaire ou de double emploi. Cette tâche est parfois, également, assurée par l'aidant proche.

Par ailleurs, des chercheurs ayant étudié l'influence des services de soins à domicile sur la charge et la satisfaction des aidants soutiennent que des stratégies pratiques pour la fourniture de services de soins à domicile devraient être développées par une évaluation concrète de la dynamique familiale et des besoins des aidants familiaux. Les professionnels de la santé devraient jouer un rôle central dans la réalisation de cette évaluation et dans l'élaboration d'interventions visant à renforcer le fonctionnement familial de soutien (Kim, E. Y. et Yeom, H. E., 2016).

2.2.1) Aides médicales ambulatoires² :

- Le médecin traitant :

En cas de problème, le professionnel de la santé qui est consulté en première intention est très majoritairement le médecin généraliste. Le médecin généraliste « *joue un rôle important en centralisant, analysant et coordonnant les diverses informations du patient* » (Schoevaerds, D., Dumont, C. et al., 2019, p.418). Celui-ci peut donc jouer un rôle primordial dans le maintien à domicile de la personne âgée. En effet, assurant leur suivi médical depuis plusieurs années, le médecin généraliste connaît généralement très bien ses patients âgés. Il connaît aussi bien leurs pathologies que leurs habitudes de vie et leur environnement social. De plus, pour la génération actuelle des personnes âgées, le généraliste et sa parole sont très importants, cette dernière est même parfois considérée comme parole d'Évangile. C'est la raison pour laquelle la collaboration entre le médecin généraliste et les équipes des services d'aide à domicile et les familles est fondamentale « *pour discuter des questions autour du maintien à domicile, quand celui-ci devient problématique* » (Ennuyer, 2014, p.176).

- L'hôpital de jour gériatrique (HJG) :

« *L'HJG se définit comme une unité qui propose une évaluation gériatrique globale, des programmes de revalidation et des soins spécialisés, de manière ambulatoire, à l'aide d'une approche multi- et interdisciplinaire. Il constitue ainsi une interface innovante entre le domicile et l'hôpital dans le but de promouvoir l'autonomie et le maintien à domicile des personnes âgées de plus de 75 ans.* » (Schoevaerds, D., Dumont, C. et al., 2019, p.418). Cette structure est rattachée à un centre hospitalier. Les pathologies liées au vieillissement peuvent y être abordées selon différentes approches : préventive, diagnostique et curative. Le but étant d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées au sein de leur environnement familial (Unipso, s.d).

En collaboration avec le médecin généraliste qui y adresse le patient, l'hôpital de jour gériatrique permet d'évaluer des situations parfois complexes et de déterminer, en amont, l'ensemble les objectifs de la prise en charge.

² Les aides médicales ambulatoires concernent un examen ou un traitement pour lequel le patient ne reste que quelques heures dans l'établissement de santé sans y passer la nuit (Institut nationale du cancer).

Le bénéficiaire est pris en charge et accueilli de manière personnalisée par l'équipe pluridisciplinaire qui est généralement composée de gériatres, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, psychologues, neuropsychologues, diététiciens et assistants sociaux. *« L'équipe multidisciplinaire aide aussi à résoudre des situations de crises subaiguës et permet d'éviter des séjours hospitaliers voire de raccourcir le cas échéant les futurs séjours en les préparant mieux. »* (Schoevaerds, D., Dumont, C. et al., 2019, p.418).

Notons que l'HJG travaille en association avec l'ensemble du réseau de soin existant puisqu'il a une bonne connaissance de l'offre de soin globale et peut contacter différents intervenants en fonction des besoins de la personne concernée et de sa famille (Schoevaerds, D., Dumont, C. et al., 2019).

2.2.2) Les aides à domicile :

- Les soignants à domicile :

Les aides à domicile peuvent être de différents types et sont choisies en fonction des besoins de la personne qui en bénéficie. Par exemple, une **infirmière** peut aider à se lever/se coucher, à s'habiller/se déshabiller, à faire la toilette, à la préparation et à la prise des médicaments, à la réalisation de soins de plaie, etc. Outre les soins de base, l'infirmière peut évaluer et surveiller l'état de santé du bénéficiaire. Ainsi, elle peut réfléchir à la meilleure aide possible en fonction des besoins et détecter d'éventuels complications ou changements. Elle peut, également, fournir des conseils avisés, éduquer le patient et sa famille sur les bonnes pratiques de santé et offrir un soutien émotionnel en cas de besoin.

L'aide familiale peut, quant à elle, accomplir de nombreux gestes essentiels dans le but d'assurer le confort de la personne, tels que le nettoyage du logement, la préparation de repas (si ceux-ci ne sont pas livrés par un autre service) et/ou la réalisation de démarches administratives.

Les personnes âgées connaissent également des problèmes liés au déclin fonctionnel de leur système musculosquelettique, en raison de la fragilité liée à l'âge et des chutes/fractures. L'augmentation de l'activité physique contribue non seulement à prévenir l'apparition de maladies liées au mode de vie, mais peut également prévenir le déclin des fonctions motrices lié à l'âge. Le

kinésithérapeute à domicile peut, alors, contribuer à promouvoir la santé de ces personnes à travers des exercices spécialement adaptés à eux. (Mori, K. et Akezaki, Y., 2016).

De plus, avec l'âge, il est possible que l'environnement du domicile ne soit plus adapté à la personne qui y vit. En ce cas, un **aménagement du domicile** avec un choix de matériels et d'aides techniques adaptés est parfois nécessaire (Service publique fédéral, 2016).

Ensuite, la sécurité étant un sentiment primordial autant pour la personne âgée que pour sa famille, il existe aussi des **services de télévigilance**³ ou des gardes à domicile (Bien vivre chez soi, s.d.).

Pour les personnes isolées ou ne désirant pas « déranger » un proche, il existe également un **système de gardiennage**. La garde à domicile, quant à elle, accompagne les personnes âgées qui ont besoin de la présence permanente d'une personne à leurs côtés et qui ne se déplacent pas seule en dehors de leur domicile. Elle assure de jour comme de nuit en fonction des besoins du bénéficiaire et de sa famille. Son objectif est de garantir une présence active et de favoriser le bien-être mental, physique et social (Bien vivre chez soi, s.d.).

Notons, par ailleurs, qu'avoir besoin d'aide pour la réalisation d'activités de la vie quotidienne ne signifie pas que la personne âgée est totalement dépourvue de ressources, c'est-à-dire de moyens propres pour faire face à des situations problématiques. Afin que ces ressources existantes se maintiennent, voire s'améliorent, il est important qu'elles soient soutenues et stimulées par la famille comme par les professionnels de la santé. Concernant les professionnels, une étude sur les ressources des personnes âgées (et leur perception des facteurs qui améliorent et limitent leur capacité à vivre de façon autonome à la maison) a identifié les conditions de vie imposées par des étrangers (professionnels) comme un des facteurs qui sapent leurs ressources personnelles (Eloranta, S., Routasalo, P. and Arve, S., 2008). En effet, les personnes interrogées ont déclaré qu'elles recevaient la visite de plusieurs professionnels différents au cours d'une semaine donnée, et qu'elles ne savaient jamais à quelle heure de la journée. Cela limitait la vie des personnes interrogées à un point tel qu'elles n'osaient pas toujours prendre d'autres dispositions pour ce jour-là. Il ressort également des descriptions des personnes interrogées que les professionnels prenaient des décisions et effectuaient des actions liées aux soins à la place des personnes interrogées. Pour

³ La télévigilance est un système d'alarme que la personne âgée peut activer en cas de problème. Une pression sur un bouton (généralement autour du cou) et elle est directement mise en contact avec un opérateur qui contactera l'aidant proche désigné ou les secours en cas d'urgence vitale (Bien vivre chez soi, s.d.).

les soins de base, tels que l'habillage et les soins d'hygiène, les professionnels étaient connus pour effectuer des tâches au nom des personnes interrogées, même s'ils avaient pu s'en sortir, au moins dans une certaine mesure, par eux-mêmes. En outre, le personnel de soins à domicile a parfois complètement ignoré les attentes et les opinions des personnes interrogées. Les résultats de cette étude montrent donc que les professionnels des soins à domicile n'ont pas encore les compétences et les capacités suffisantes pour identifier et soutenir les ressources existantes des personnes âgées (Eloranta, S., Routasalo, P. and Arve, S., 2008). Cette compétence étant probablement très importante, il serait intéressant que des experts étudient ce manque afin de trouver des solutions. Comme, par exemple, une formation spécifique pour les professionnels exerçant au domicile des bénéficiaires.

- Les centres de coordination de soins :

Comme nous l'avons vu, les professionnels de la santé et les services/aides à domicile existants sont nombreux. En raison de problème de santé, certaines personnes âgées nécessitent l'utilisation de plusieurs d'entre eux. Ce qui, pour le patient et/ou sa famille, n'est pas toujours aisé à **coordonner**. En effet, dans un premier temps, il faut choisir les aides adéquates en fonction des besoins de la personne et pour ce faire, il faut avoir connaissance du panel de l'offre de soins. Dans un second temps, il convient d'organiser les aides sélectionnées (jours, horaire, condition...) ainsi que de gérer l'aspect administratif. Pour de multiples raisons, cette gestion peut s'avérer laborieuse.

Conscients de cette potentielle problématique, des centres de coordination d'aide et de soins à domicile ont vu le jour. Ces derniers ont « *pour mission de coordonner les aides et les soins au domicile d'un bénéficiaire afin de permettre à toute personne en perte d'autonomie de rester le plus longtemps à domicile en respectant ses choix dans un souci de pluralisme.* » (Association des Centres de Coordination de Soins et de Services à Domicile, para.1). Cette mission sera menée à bien en collaboration étroite et réciproque avec le médecin traitant du bénéficiaire, et en fonction des libres choix de ce dernier. L'état de santé de la personne pouvant être fluctuant et ainsi faire évoluer la situation globale au domicile, un suivi régulier sera réalisé par la coordinatrice afin d'adapter les aides si cela s'avère nécessaire. En cas de services ou de prestataires déjà mis en place, une coopération sera organisée afin de les intégrer dans le processus et de détecter les

éléments qui pourraient compliquer le maintien à domicile (Association des Centres de Coordination de Soins et de Services à Domicile, s.d.).

2.3) Les structures alternatives permettant le maintien à domicile :

- Les centres communautaires et les maisons d'accueil communautaires (MAC) :

Il s'agit de lieux de vie où se rencontrent, en journée et de manière régulière, des personnes d'une même génération. En groupe, ils participent à des activités participatives, ils échangent et partagent des moments qui se veulent chaleureux. *« Il s'agit de structures alternatives entre le domicile et l'offre résidentielle, soutenant le maintien à domicile. Ils rassemblent entre 10 et 45 personnes, généralement deux à trois fois par semaine. Aujourd'hui on compte une vingtaine de MAC ou de centres communautaires. »* (Unipso, p.22).

- Les centres de jours gériatriques

En Belgique, on distingue deux types de centre de jour gériatriques : les centres d'accueil de jour et les centres de soins de jour. Il convient donc d'éclaircir ce qui les différencie.

Le centre d'accueil de jour est une structure située au sein ou en liaison avec une maison de repos ou une maison de repos et de soins. Elle accueille, en journée, des personnes âgées *« qui y bénéficient de soins familiaux et ménagers et, au besoin, d'une prise en charge thérapeutique et sociale. »* (Wallonie familles santé handicap, AVIQ, para 1.). Lorsqu'une personne intègre le centre de jour, une convention est établie entre l'institution et cette dernière. Un règlement d'ordre intérieur lui sera également communiqué et devra être respecté. *« Le contenu de ces deux documents doit répondre à des normes légales »* (Wallonie familles santé handicap, AVIQ, para.1). Le centre est ouvert au minimum 5 jours par semaine et 6 heures par jour. Cependant, le nombre de jours de fréquentation par semaine est variable selon les envies et les besoins de la personne âgée. Ce type d'infrastructure est destiné à des personnes en perte d'autonomie limitée qui ne peuvent pas rester seules toute une journée à leur domicile mais qui ne nécessitent pas pour autant un hébergement à temps plein en maison de repos. Sur place, des activités sont quotidiennement organisées. Elles peuvent être de type récréatives et socioculturelles ou centrées sur les activités de la vie quotidienne. Le but étant de favoriser le maintien en forme et l'autonomie du bénéficiaire

(Iriscare. Centre d'accueil de jour pour personnes âgées). En outre, certains services utiles sont également proposés (repas, coiffeur, pédicure, etc.). En ce qui concerne la gestion de l'établissement, les bénéficiaires sont invités à y prendre part via le conseil participatif. Ainsi, le centre de jour est un lieu qui favorise aussi la socialisation au travers de contact avec les autres résidents et le personnel soignant (Unipso, s.d.).

Le centre de soins de jour, quant à lui, offre une structure de soins en plus. Il est destiné à des personnes fortement dépendantes nécessitant de soins. Une série de professionnels y exercent et leur apporte le soutien nécessaire pour qu'elles puissent continuer à demeurer à leur domicile. Le but de ces centres est donc, via un soutien et un cadre permanent, de retarder un maximum possible le placement en maison de repos. Il permet également, à certains patients, d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation. « *Il constitue donc le relais entre le maintien complet à domicile et l'hospitalisation ou le placement.* » (Unipso, s.d., p.19). Notons que les dispositifs relatifs aux centres de jours sont, également, d'application pour les centres de soins de jours (Wallonie familles santé handicap, AVIQ).

En 2017, des chercheurs anglais ont réalisé une revue de littérature (britannique et non britannique) sur les centres de jours pour personnes âgées sans démence. Malgré la mise en évidence de lacunes et un manque de données probantes car peu d'études sur le sujet ont été réalisées, il a été constaté que les centres de jour jouent différents rôles pour les individus et dans les systèmes de soins. Le plus grand nombre de preuves concerne les résultats sociaux et préventifs. La fréquentation des centres et la participation aux interventions qui y sont menées ont un impact positif sur la santé mentale, les contacts sociaux, le fonctionnement physique et la qualité de vie des personnes âgées (Savard, J., Leduc, N., Lebel, P., Béland, F. et Bergman, H., 2009). Une autre étude réalisée en 2020 souligne également que les centres sont des communautés qui « permettent » et compensent la perte ou l'isolement, soutenant ainsi le vieillissement par le bien-être et apportant une contribution unique à la vie de ceux qui les fréquentent. En surveillant la santé et le bien-être des personnes qui les fréquentent, en leur apportant un soutien pratique et des informations et en facilitant l'accès à d'autres services, les centres de jour ont apporté une valeur ajoutée (Orellana, K., Manthorpe, J. et Tinker, A., 2020).

3) La résidence permanente :

3.1) Maison de repos (MR) et maison de repos et de soins (MRS) :

Les **maisons de repos** sont des établissements, publics ou privés, agréés par les régions (wallonne, flamande et Bruxelles-Capitale). Elles accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans qui y vivent de façon permanente. En plus du logement, des services collectifs, des aides à la vie journalières ou encore des soins y sont fournis. En Wallonie, la programmation du nombre de lits est régie par un décret wallon qui définit la capacité maximale de places par structure et le nombre d'établissements par arrondissement en fonction du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans qui y résident (Unipso, s.d.).

Les **maisons de repos et de soins** accueillent, quant à elles, des personnes avec une autonomie beaucoup plus réduite résultante d'une maladie de longue durée. Par conséquent, celles-ci nécessitent des soins de longue durée et/ou une assistance dans la réalisation de différentes activités de la vie journalière. Ainsi, les ressources en matériels et personnel médical sont plus étendues afin de faire face à des résidents avec des pathologies plus lourdes. *« Contrairement aux MR, l'agrément MRS nécessite la mise en place d'une fonction palliative assurée par le médecin coordinateur et conseiller ou l'infirmier (ère) responsable. Un lien fonctionnel avec un service de soins palliatifs hospitalier et une collaboration avec la plate-forme de soins palliatifs du territoire géographique concerné sont également requis. »* (Unipso, s.d., p.16).

En 2011, le service fédéral santé publique a demandé au KCE (centre fédéral d'expertise) une estimation scientifique du nombre de lits nécessaires dans les maisons de repos au cours des 15 prochaines suivantes. L'estimation réalisée indique que *« le nombre total de lits nécessaires à l'horizon 2025 est compris dans une fourchette allant de 149.000 à 177.000 lits, soit une augmentation annuelle de 1.600 à 3.500 lits supplémentaires selon les scénarios »* (KCE, 2011, para.1). Cette étude précise également que *« la limite inférieure de 149.000 lits n'est toutefois suffisante que si l'offre de soins à domicile augmentait de 50% au-delà du développement requis par le vieillissement »* (KCE, 2011, para. 1). Étudier les alternatives à l'institutionnalisation ou le maintien à domicile n'est, donc, pas dépourvu de sens.

3.2) Structures alternatives à la MR/MRS :

Une structure alternative à la maison de repos est un environnement de vie qui offre une option différente à la personne âgée ne souhaitant pas résider dans une maison de repos traditionnelle. Il en existe de divers types, mais nous allons en présenter 3 ici.

L'accueil familiale est un dispositif encore au stade de projet-pilote (le gouvernement wallon a reporté son entrée en vigueur car il nécessite encore d'être évalué). Le principe est l'hébergement, temporaire ou définitif, de maximum 3 personnes en vieillissement par une famille ne faisant pas partie de la famille jusqu'au 3^{ème} degré inclus. La famille accueillante offre le logement, mais également de l'aide dans l'organisation des soins et pour la réalisation d'activités de la vie quotidienne. De ce fait, une contrepartie financière leur est octroyée. Certains points de ce projet doivent encore être réfléchis, notamment la domiciliation du résident sans impact sur les droits sociaux de chacun et l'exonération fiscale du défraiement accordée à la famille d'accueil (Unipso, s.d.).

Il existe aussi **l'habitat kangourou**. Il s'agit de la cohabitation d'un couple/d'une famille et d'une personne âgée sous le même toit. Chacun dispose, néanmoins, d'un espace indépendant. Un contrat de bail légal est établi entre le propriétaire, qui est le plus souvent la personne âgée, et le (ou les) locataire(s). Ils doivent également se mettre d'accord sur un contrat moral d'assistance réciproque. Par exemple, la personne âgée s'occupe des enfants et la famille cohabitante lui fait ses courses. L'habitat kangourou est une configuration intéressante car elle résout deux problèmes à la fois : *« d'une part, celui des personnes vieillissantes qui disposent d'une maison trop grande pour elles, difficile et coûteuse à entretenir ; d'autre part, celui de jeunes couples qui éprouvent des difficultés à acquérir un logement. »* (Unipso, s.d., p.21).

Un autre exemple d'alternative est celui des **maisons Abbeyfield**, c'est-à-dire des habitats groupés participatifs et cogérés. Plusieurs personnes âgées de 60 ans et plus vivent ensemble sous le même toit et assument la gestion de leur maison en collectivité. Dans cet habitat : *« les habitants allient vie privée, vie en groupe et ouverture vers le monde extérieur. Chaque maison locale est indépendante mais est soutenue par l'association Abbeyfield dont elle est membre. »* (Centre de Documentation Aidants Proches, para.1). Notons que ce type de maison convient à des personnes âgées indépendantes et autonomes et qu'actuellement, il en existe 5 en Belgique.

III) Problématisation :

1) Problématique :

Dans le domaine de la santé publique, le vieillissement de la population est un sujet régulièrement analysé, d'autant plus que l'augmentation de l'espérance de vie suscite de nombreux questionnements. Car si la vie de nos aînés s'allonge de plus en plus, qu'en est-il de leurs besoins ? Ceux-ci ont-ils évolué ? Qu'en est-il, également, de la qualité de cette vie avec des années supplémentaires ? Pour une bonne prise en charge des personnes âgées de notre société, il est nécessaire de connaître les besoins et les services à disposition de cette catégorie d'individus.

Comme dit précédemment, en Belgique, le KCE (2011) prédit que le nombre annuel de lits nécessaires en maison de repos et maison de repos et de soins augmentera de 1600 à 3500 d'ici 2025 puisque la proportion de personnes âgées passera de 17% en 2010 à 21% en 2025. Comment les décideurs politiques vont-ils pouvoir faire face à une telle augmentation ? Dans ce contexte de risque de surpopulation dans les maisons de repos, il est intéressant de réfléchir à des alternatives telles que le maintien à domicile. Il faut, donc, considérer tous les tenants et aboutissants, avantages et inconvénients, d'un tel projet afin d'en évaluer la faisabilité. C'est pourquoi ce mémoire examinera, via une étude qualitative, si la fréquentation d'un centre d'accueil de jour peut jouer un rôle sur le maintien à domicile des personnes âgées.

2) Question de recherche :

« Quelle est la perception du maintien à domicile des personnes âgées fréquentant un centre d'accueil de jour gériatrique ? »

Dans ce travail qui traite du maintien à domicile, un focus sur les centres d'accueil de jour gériatriques sera réalisé. Il convient de déterminer si ceux-ci sont un moyen formel permettant aux personnes âgées de poursuivre leur vie au sein de leur demeure. Bien sûr, ce service n'est pas le seul élément à prendre en compte : il ne faut pas sous-estimer l'importance de l'aide des proches, des ressources personnelles de la personne âgée ainsi que de tous les services d'aide à domicile existants (précédemment cités).

3) Hypothèses :

Les centres d'accueil de jour gériatriques permettent le soutien et le maintien des personnes âgées à domicile :

- Car ils soulagent (en termes de charge de travail) le(s) aidant(s) proche(s) de la personne
- Car ils permettent à la personne âgée de maintenir, voire développer, ses capacités résiduelles.
- Car ils offrent un espace permettant la création ou le maintien du lien social sans pour autant passer par une résidence permanente.

4) Objectifs :

L'objectif de la recherche est donc de déterminer si pour les personnes âgées, la fréquentation d'un centre d'accueil de jour a été un élément décisif dans leur maintien à domicile. Une étude qualitative sera réalisée auprès d'individus, fréquentant un de ces centres, qui répondront à des questions posées lors d'un entretien semi-directif.

IV) Cadre pratique :

1) Choix de la méthode et type d'étude :

Le but étant de récolter des données qui concernent un ressenti et une expérience humaine, l'analyse qualitative a été préconisée pour cette étude car elle utilise des données issues du langage plutôt que des données numériques. En effet, « *La recherche qualitative aide les chercheurs à comprendre des processus. Elle permet d'explorer comment s'articulent des attitudes, des comportements, des expériences.* » (Aujoulat, 2017-2018). Notre choix de méthode s'est orienté vers des entretiens individuels semi-structurés car c'est celle qui nous permettra de répondre le plus adéquatement possible à notre question de recherche. En effet, cette méthode permet de se focaliser sur les perspectives, expériences et idées des participants en donnant une « *liberté de parole relative au sein d'un cadre défini par le chercheur* » (Aujoulat, 2017-2018).

2) Matériels et méthode :

2.1) Stratégies d'échantillonnage :

2.1.1) Sélection des institutions :

Afin d'obtenir des résultats analysables, les institutions retenues sont des centres d'accueil de jour gériatriques et non des centres de soins de jour car dans ces derniers, les bénéficiaires souffrent majoritairement de troubles cognitifs (c'est un critère d'exclusion dans notre échantillon). Dans un premier temps, les 4 centres d'accueil de jour de l'association « Accueil et solidarité » de la province de Namur ont été contactés par téléphone afin de solliciter leur participation à l'étude. Finalement, seulement 2 de ces 4 établissements – à savoir Bouges et Longchamps – ont été retenus puisque les 2 autres centres avaient obtenu le statut de centres de soins de jour (bien qu'ils soient toujours répertoriés comme centres d'accueil de jour). Afin de formaliser leur participation, un courriel a été envoyé à la directrice de l'association. Celui-ci reprenait le protocole de recherche, le résumé de l'étude, le guide d'entretien et l'approbation du comité d'éthique. La réponse fut rapide et positive, confirmant ainsi leur accord de participation. Ensuite, Atoll, une ABSL qui gère des centres d'accueil de jour gériatrique à Bruxelles (Atoll Est à Etterbeek et Atoll Levant à Woluwe-

Saint-Lambert), a été invitée à prendre part à la recherche. Le processus de collaboration avec Atoll a suivi la même démarche que celui avec les institutions de Namur.

2.1.2) Sélection des participants :

Afin de cibler une population qui soit en accord avec la recherche, des critères ont été établis.

Critère d'inclusion :

- Personne âgée de plus de 75 ans (car la gériatrie est une discipline qui prend en charge les personnes âgées de 75 ans et plus) fréquentant un centre d'accueil de jour gériatrique de la Région de Bruxelles-Capitale ou de la Région wallonne.
- Personne s'exprimant en français.
- Personne ayant signé le formulaire de consentement.

Critère d'exclusion :

- Personne atteinte de troubles neurologiques
- Personne atteinte de troubles psychiatriques
- Personne atteinte de troubles cognitifs

Ces critères ont été communiqués au personnel des différentes institutions concernées. Ces derniers ont présélectionné des participants auxquels ils ont, ensuite, demandé leur accord pour répondre aux questions de l'entretien. Il faut savoir que tous n'ont pas accepté. Au total, 14 personnes ont adhéré à l'étude, mais seulement 11 interviews ont été retenues. En effet, 2 personnes avaient moins de 75 ans et une autre ne semblait pas cognitivement apte à répondre correctement aux questions.

Afin d'avoir une description plus précise de l'échantillon d'analyse, le tableau récapitulatif ci-dessous reprend les caractéristiques socio-démographiques des répondants issus de ce dernier.

Répondants	Statut conjugal	Enfants	Vit seul ou non	Autres aides	Nombre de jours/ sem au CAJ
I1	Veuve	2	Vit seule	Non	3x/sem
I3	Veuve	3	Vit chez fils et petite-fille	Infirmière, enfants préparent repas	Non mentionné
I4	Marié	2	Vit avec son épouse	Époux	5x/sem
I5	Veuf	3	Vit seul	Infirmière et kinésithérapeute	2x/sem
I7	Divorcé	3	Vit seul	Infirmière, kinésithérapeute, aide-ménagère, repas du CPAS	2x/sem
I8	Veuve	oui	Vit seule	Traiteur pour repas et télévigilance	1x/sem
I9	????????	1	Vit seule	Aide familiale	3x/sem
I10	Veuve	3	Vit seule	Infirmière, repas, fille	3x/sem
I12	Veuf	2	Vit seul	Fille	2x/sem
I13	Mariée	8	Vit avec son époux malade	Infirmière, kinésithérapeute, podologue, aide-ménagère	1x/sem
I14	Veuve	4	Vit Seule	Aide-ménagère, aide familiale	4x/sem

2.2) Élaboration du guide d'entretien :

L'entretien semi-dirigé demande au chercheur de « *recueillir un récit en s'appuyant sur un guide préalablement testé et construit à l'issue de travaux de recherche exploratoire.* » (Imbert, G, 2010, p.19). Le guide d'entretien est composé de questions ouvertes ou des sujets à aborder lors de l'entretien et permet de structurer la discussion, de la guider. Selon Kohn & Christiaens (2014, p.18), « *L'utilisation d'un tel procédé dans le contexte de la recherche en soins de santé est justifiée lorsque l'objectif est d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expérience de patients, praticiens, divers intervenants, etc.* ». Ce qui est le cas dans cette étude qui tente de comprendre l'influence des centres d'accueil de jour gériatrique sur le maintien à domicile de la personne âgée.

Ce guide d'entretien (Annexe 1) a été élaboré sur base de la revue de littérature réalisée pour le cadre théorique ainsi que des hypothèses élaborées en aval. Ce guide a donc été conçu pour explorer en profondeur le rôle des aidants proches, les conditions d'admission en centre de jour, le soutien apporté par les centres d'accueil de jour, l'impact de ces structures sur la création de lien social pour les personnes âgées ainsi que le recours (ou non) à d'autres types d'aide complémentaires. Au total, 13 questions ont été construites. Dans l'hypothèse où le répondant ne serait pas trop bavard ou qu'il s'éloignerait trop de la question posée, des questions de relance ont également été intégrées au guide d'entretien. Sachant que les personnes interrogées seraient âgées, il paraissait important de limiter les questions afin que l'entretien ne dure pas trop longtemps : un maximum de 30 minutes était souhaité.

L'analyse qualitative étant une approche naturaliste, c'est-à-dire qui étudie les phénomènes sociaux tels qu'ils se produisent dans leur contexte réel, la première question a été pensée dans le but de connaître la situation de vie du répondant. Les questions suivantes ont, quant à elles, été orientées pour obtenir des informations sur les centres d'accueil de jour gériatriques, leurs avantages et inconvénients, le ressenti des répondants qui les fréquentent et de leurs familles, l'organisation que cela demande, etc.

2.3) Aspects éthiques :

2.3.1) Comité d'éthique hospitalo-universitaire Saint-Luc :

Ce type d'étude qui interroge des « patients » au sein de différentes institutions doit, selon le règlement, être validée par le comité d'éthique en vigueur. Les institutions retenues pour cette étude n'ayant pas de comité d'éthique défini, le comité d'éthique rattaché à l'université catholique de Louvain-La-Neuve s'est imposé comme responsable de cette recherche. Afin que celle-ci soit validée, un dossier strict et bien fourni a été exigé. Ce dossier reprenait : le formulaire de soumission simplifiée du CEHF (Annexe 2), la feuille d'information aux participants (Annexe3), le formulaire de consentement (Annexe 3), la grille d'entretien (Annexe 1), le protocole de recherche et le CV du promoteur et de l'étudiant. Ce dossier a été remis et a reçu un accord favorable dans le courant de l'année 2019-2020. La réalisation des interviews ayant dû être reportée à l'année 2023, une demande de prolongation a été souscrite et acceptée (Annexe 4).

2.3.2) Pseudo-anonymisation :

Avant chaque entretien, tous les participants auront signé un formulaire de consentement. Celui-ci fait mention de la conservation de l'anonymat avant, pendant et après l'étude. Ainsi, aucun nom ne sera mentionné, les entretiens seront numérotés. De plus, les enregistrements audios des entretiens seront supprimés au terme de la recherche.

2.4) Analyse et traitement des données :

Pour rappel, cette recherche a été menée sous forme d'une recherche qualitative par entretien semi-dirigé. Chaque entretien a été enregistré sous format audio à l'aide d'un dictaphone. Ils ont ensuite été retranscrits un par un dans leur intégralité. Pour garantir l'anonymat des personnes interrogées, une pseudonymisation a été réalisée : les entretiens ont été numérotés de 1 à 14.

La méthode d'analyse préconisée a été l'analyse thématique. Il s'agit d'un procédé de réduction des données puisqu'on résume et traite son corpus de données « à des dénominations que l'on appelle les « thèmes » (Paillé, P. & Mucchielli, A. 2012). Ainsi, dans un premier temps, les entretiens ont été lus attentivement à plusieurs reprises afin de faire émerger des thématiques en relation avec les objectifs de la recherche. La démarche n'était donc pas uniquement inductive. Les

thèmes définis en amont étaient : « avantages et inconvénients du centre d'accueil de jour », « influence de ce dernier sur le maintien à domicile de la personne qui le fréquente » et « alternative pour soulager les aidants proches ». Les thèmes qui ont, ensuite, émergé au fur et à mesure de la lecture des entretiens ont été : « situation de vie », « provenance de l'information sur les centres d'accueil de jour » (sous-thèmes : « a priori et raisons d'acceptation »), « aide », « création ou maintien du lien social et maintenir voire développer les capacités résiduelles du bénéficiaire ».

Dans un second temps, chaque entretien a été relu afin de mettre en évidence les différents verbatim (dires du répondant) correspondants aux diverses unités d'analyse. Chaque verbatim a été surligné dans la couleur du thème avec lequel il coïncide. Pour chaque unité d'analyse, les réponses recueillies lors des entretiens seront alors comparées entre elles ainsi qu'avec la récolte des données du cadre théorique qui précède. Si nécessaire, une recherche plus approfondie dans la littérature sera réalisée afin de confronter les résultats.

3) Résultats :

De manière générale, les participants ont réservé un accueil positif à cette étude. Ils se sont montrés ouverts et ont partagé leurs expériences de manière fluide, ce qui a permis de recueillir une quantité considérable d'informations à analyser. Leur volonté de s'engager pleinement a contribué à une richesse de données, offrant ainsi une perspective approfondie sur la thématique étudiée.

La restitution des résultats se fera par thème / unité d'analyse.

3.1) Thème 1 : Provenance de l'information reçue sur les centres d'accueil de jour :

L'objectif de ce point est d'explorer plus en profondeur les circonstances / facteurs qui ont conduit les participants à fréquenter un centre d'accueil de jour gériatrique. Nous nous intéressons particulièrement à la manière dont ils ont découvert l'existence de ces établissements, à leurs premières impressions et à ce qui les a incités à accepter de les fréquenter.

Il peut être intéressant d'explorer les différents canaux et moyens par lesquels les participants ont appris l'existence des centres d'accueil de jour gériatriques. Certains pourraient avoir entendu parler de ces centres par le biais de professionnels de la santé, de leurs familles, d'amis ou d'autres

personnes de confiance. D'autres pourraient l'avoir découvert par le biais de publicités, de brochures ou de ressources en ligne. Comprendre ces voies d'information permettra d'appréhender les différentes sources d'influence conduisant aux centres d'accueil de jour gériatriques. En explorant ces aspects, nous visons à produire des recommandations plus ciblées pour améliorer la visibilité des centres d'accueil de jour gériatriques.

Deux des répondants se sont vu proposer l'entrée au centre par l'un de leurs enfants. Malheureusement, nous ne connaissons pas la provenance de l'information de ceux-ci. Deux autres personnes ont été convaincues par l'une de leurs aides à domicile (kinésithérapeute et aide-ménagère). Deux médecins (un médecin généraliste et un gériatre) ont également orienté leurs patients vers un centre. Une personne a, quant à elle, découvert l'existence des centres de jour lors de son inscription en maison de repos et de soins. Concernant le reste des répondants, un a été influencé par une amie et l'autre par sa petite-fille ayant fait un stage chez Atoll. En résumé, 4 personnes ont été informées par de l'aide formelle, 4 par des aidants proches et une lors de son inscription en maison de repos.

3.1.1) A priori sur le centre d'accueil de jour :

Nous explorons également les premières impressions des participants lorsqu'ils ont découvert l'existence de ces centres. Quelles étaient leurs attentes originelles ? Quels étaient leurs a priori ou leurs appréhensions ? Prendre connaissance de leurs premières réactions nous aidera à comprendre leurs perspectives et leurs préoccupations initiales, et à identifier les éléments qui ont pu jouer un rôle dans leur décision de rejoindre ces centres.

Les opinions des personnes interrogées ont reflété un éventail de points de vue différents vis-à-vis des centres d'accueil de jour gériatrique. Certains ont exprimé une réticence initiale, en se demandant pourquoi ils devraient fréquenter un tel établissement : « *Avant d'essayer, bah j'étais un peu pessimiste quoi. J'étais un peu hésitante parce que je ne savais pas ce que c'était. J'ai dit : faut que j'ai un jour pour voir ce que c'est quoi.* » (I14).

Un répondant était sceptique quant à l'idée d'être pris en charge et ne voyait pas l'utilité d'y aller. « *...Moi je voulais pas venir ici. J'ai dit : qu'est-ce que je vais foutre là-bas ? ... Je voulais pas qu'on s'occupe de moi quoi.* » (I4).

Une autre a exprimé, également, des préoccupations pratiques, comme la difficulté à se déplacer ou à utiliser les transports en commun pour s'y rendre : « *Olala mais comment je vais y aller là, moi je ne rentre plus dans un tram.* » (I8).

Cependant, d'autres participants ont adopté une approche plus ouverte et curieuse. Ils ont décidé d'essayer les centres d'accueil de jour gériatrique et en reconnaissent désormais les bénéfices potentiels : « *Bah c'était pas mal hein... On est ensemble, on fait des choses ensemble, on s'instruit aussi. C'est pas mal du tout hein...* » (I10).

Pour certains, c'était une opportunité de décharger sa famille de certaines responsabilités tout en ayant la possibilité de rencontrer de nouvelles personnes : « *C'était une bonne idée, comme ça, eux ils allaient être déchargés un petit peu et moi, je vois d'autres personnes...* » (I3). Ils ont souligné l'importance de la socialisation et des activités collectives, qui leur permettaient de s'épanouir et d'apprendre de nouvelles choses.

Certains participants étaient favorables et dès le départ, enthousiastes à l'idée de fréquenter un de ces centres. Ils étaient ouverts à l'expérience et prêts à s'impliquer : « *J'étais pour. Je suis toujours partant moi.* » (I12). D'autres étaient plus hésitants au début et ont, ainsi, exigé de pouvoir aller voir sur place afin d'avoir une opinion concrète et de prendre une décision : « *J'ai dit que j'allais essayer d'abord.* » (I13) ; « *J'ai dit : faut que j'ai un jour pour voir ce que c'est quoi.* » (I14).

3.1.2) Raisons d'acceptation de fréquentation du centre d'accueil de jour :

Voyons maintenant les raisons qui ont poussé les répondants à rejoindre un centre d'accueil de jour. Une personne a déclaré qu'elle avait été encouragée par une amie qui y venait déjà : « *Ah ben parce que j'ai parlé avec une amie qui venait. Alors je me suis dit "Bah j'irai bien"* » (I1). Une autre raison évoquée par cette personne était le besoin de sortir de chez soi et de rompre la routine quotidienne. Le fait d'être à la retraite, de ne plus sortir quotidiennement et donc de ne plus avoir d'interactions régulières, a joué un rôle dans sa décision de fréquenter un centre d'accueil de jour.

Rencontrer de nouvelles personnes était également un motif important pour certains. Une personne a souligné que fréquenter le centre de jour lui permettait de se sentir moins isolée et lui épargnait de dépendre trop de ses enfants : « *C'est d'ailleurs pour ça que je suis venue, pour que mes enfants soient moins pris par moi quoi.* » (I3). Malgré certaines réticences, des personnes ont accepté d'y

aller, peut-être sous l'influence de leur entourage : « *J'ai accepté mais je ne voulais pas.* » (I4) ; « *Je me suis sentie obligée, ma fille m'a poussée aussi.* » (I8).

Certains ont également mentionné les avantages pratiques offerts par les centres d'accueil de jour, tels que des repas fournis et un programme structuré : « *Ah et on a un repas complet et un potage à 11h30. C'est impeccable.* » (I5) ; « *On m'a dit que c'était un centre dans lequel je pouvais me nourrir...* » (I9). Pour d'autres, des problèmes de santé mentale ou de dépression les ont convaincus de sortir de chez eux et de se distraire. Dans ce cas, la recommandation d'un professionnel de la santé a joué un rôle déterminant dans la décision de rejoindre un centre d'accueil de jour : « *La gériatre m'a dit : Il faut essayer de meubler votre semaine et de vous distraire entre-temps.* » (I8).

Enfin, une personne a déclaré qu'elle a décidé de venir après avoir fait une journée d'essai et apprécié les possibilités de socialisation et d'activités : « *J'ai été faire un jour d'essai et ça m'a décidé de venir parce qu'il y avait des gens. On pouvait bavarder, on pouvait jouer et c'est ça qui m'a décidé.* » (I14).

3.2) Thème 2 : Aide :

Dans quelle mesure les centres d'accueil de jour offrent un soutien aux personnes qui les fréquentent ? Nous allons à présent tenter de comprendre et d'évaluer le rôle des centres d'accueil de jour en tant que ressources pour les individus concernés.

Distraction et bien-être : Pour certains participants, fréquenter ces centres leur procure distraction, relaxation et un changement d'idées : « *C'est une distraction.* » (I7). Une participante exprime que la perspective de rester chez elle serait ennuyeuse, et elle préfère la compagnie et l'**encadrement** offerts par les centres d'accueil de jour : « *On a des gens qui sont bien pour nous encadrer.* » (I10). Pour elle, fréquenter ces centres lui permet de remplir ses journées et apporte un **bien-être moral** : « *Bah c'est déjà des journées qui sont... que je suis occupé.* » (I10) ; « *Moralement, ça fait du bien quand même.* » (I10). Une autre personne exprime qu'elle pensait ne pas avoir besoin des centres d'accueil de jour pour son bien-être, mais reconnaît tout de même qu'en fin de compte elle en avait besoin (I4). Une autre répondante affirme que le centre d'accueil de jour lui permet d'espacer ses périodes de dépression : « *Parce que, à la maison, je broie vite du noir.* » (I8). De plus, les professionnels présents sur place sont également mentionnés : « *L'aide, donc si on a besoin de quelqu'un à qui on peut se confier, c'est très bien.* » (I9).

Aides aux activités instrumentales de la vie quotidienne : Une participante reconnaît qu'elle est capable de se débrouiller pour son petit-déjeuner, mais qu'elle a besoin d'**aide pour le repas** du midi. Pour certains participants, le fait de ne pas avoir à préparer le repas constitue une aide significative : « *Aaah et on a un repas complet.* » (I5) ; « *Déjà le repas, je ne dois pas le faire.* » (I14).

Soutien dans la santé : Une participante remarque qu'elle a développé une **meilleure compréhension de la maladie** de son conjoint en côtoyant d'autres personnes atteintes de troubles similaires : « *Mais, j'avais pas réalisé qu'il y avait des personnes perdues. Mais ça ne me dérange pas, au contraire, je trouve que je peux leur parler et je comprends mieux la maladie de mon mari.* » (I13). Elle partage aussi que depuis qu'elle a reçu un diagnostic de cancer, elle se sent **soutenue et encouragée** dans le centre d'accueil de jour : « *Maintenant depuis 3 semaines que je sais que j'ai de nouveau un cancer, et bien je me sens très fort soutenue ici.* » (I13). Elle tire également des forces de cette expérience pour soutenir son mari : « *Moi, je tire mon mari mais pour savoir tirer mon mari, je viens une journée ici. Je reçois beaucoup et je donne après.* » (I13).

3.3) Thème 3 : Avantages et inconvénients du centre d'accueil de jour gériatrique :

Le thème que nous abordons ici est celui des avantages et des inconvénients des centres de jour gériatriques tels que perçus par les personnes interrogées.

3.3.1) Avantages :

Les personnes interrogées ont exprimé diverses opinions sur les avantages des centres de jour gériatriques. Pour beaucoup d'entre elles, l'un des principaux avantages réside dans le fait de sortir de chez soi et de **voir du monde** plutôt que de rester seul enfermé(e) chez soi : « *Les avantages, c'est qu'on se sent pas tout seul. On se sent pas tout seul, on est avec d'autres personnes qui ont, sans doute, les mêmes besoins que moi.* » (I14). La possibilité de discuter avec d'autres personnes et de faire de nouvelles connaissances est également soulignée : « *Si il y a un avantage, c'est que tu es tout le monde ensemble et que tu fais connaissance.* » (I7) ; « *Bah le fait qu'on rencontre pas mal de personnes qui deviennent des amis après.* » (I9) ; « *Je me plais bien parce qu'on fait des connaissances et voilà.* » (I12). Les participants apprécient la distraction et le **changement d'idées**

que leur procurent ces centres : « *On vient, on se distrait, on fait des petites activités, c'est gai quoi.* » (I1) ; « *Bah c'est-à-dire que je viens pour distraire.* » (I9).

Le sentiment d'être bien **considéré et soutenu par le personnel** du centre est également un aspect apprécié : « *Je prends un peu plus d'assurance au fur et à mesure que je viens.* » (I8) ; « *On a des gens qui sont bien pour nous encadrer.* » (I10). Les participants ont souligné l'importance de la compagnie et de l'amitié qu'ils trouvent au sein du centre de jour : « *Bah je vois du monde.* » (I8) ; « *Bah le fait qu'on rencontre pas mal de personnes qui deviennent des amis après.* » (I9). Ils ont également mentionné que ces centres leur offrent un but, **une occupation** et une assurance au fur et à mesure de leur fréquentation : « *Ça me donne un but quand même et je retrouve beaucoup d'amitié.* » (I8) ; « *Bah c'est déjà des journées qui sont... que je suis bien occupé.* » (I12). Certains ont souligné l'aspect éducatif des activités proposées, permettant d'apprendre de nouvelles choses : « *On apprend des tas de choses. On est ensemble...* » (I10). La dimension familiale et chaleureuse des centres de jour a également été mentionnée : « *C'est très familial.* » (I13).

3.3.2) Inconvénients :

Les opinions exprimées par les personnes interrogées révèlent certains inconvénients ou préoccupations liés à la fréquentation des centres de jour gériatriques.

Certains participants, bien qu'ils reconnaissent les aspects positifs, expriment la **dimension fatigante** du centre de jour avec une préférence pour intégrer un environnement qui ne nécessite pas d'aller-retour, comme une maison de repos : « *Bah écoutez, avant, ça me plaisait bien mais je préférerais venir au Home puisque je trouverai ça moins fatigant...* » (I3). La contrainte de devoir se lever tôt, se débrouiller pour le petit-déjeuner et s'adapter à un **emploi du temps plus rigide** sont des éléments qui peuvent être perçus comme des inconvénients : « *Je dois me lever à 6h du matin parce que le transit se fait très très difficilement.* » (I8). Cependant, les préoccupations des membres de la famille peuvent également influencer la fréquentation des centres de jour, une répondante a été encouragée à réduire sa participation en raison des inquiétudes concernant la fatigue ou la surcharge : « *Mais ma fille me dit que je vais trop souvent. Parce que je dis souvent que je suis fatiguée. Alors elle me dit : tu vas trop souvent, c'est trop fatigant.* » (I14).

Certains regrettent également le **manque d'autonomie** dans les centres de jour : « *Moi, j'aime bien la liberté. Mais, ici, on a pas de liberté. Tu peux sortir à l'extérieur là, tu te mets dans le rond là.*

Mais moi, je préfère aller me promener... » (I4). Une personne souligne également l'atmosphère trop luxueuse des installations peut-être trop intimidante ou peu familière : « Mais je ne serai pas m'habituer ici. C'est trop luxueux. » (I5). Malheureusement, nous n'avons pas pu récolter plus d'informations à ce sujet.

La **gestion des besoins individuels** peut également poser des défis. Certains participants mentionnent des problèmes de santé, comme des difficultés de transit ou le besoin de faire une sieste à midi, qui ne sont pas toujours faciles à gérer dans le cadre du centre de jour : « *Je dois me lever à 6h du matin parce que le transit se fait très très difficilement.* » (I8) ; « *J'aurais aimé faire une sieste à midi. J'ai l'habitude à la maison et, ça, ici je n'ose pas.* » (I8). De plus, la timidité et l'appréhension sociale peuvent rendre l'expérience un peu malaisante pour certains individus se sentant exposés ou vulnérables en présence d'autres personnes : « *Cette timidité est collée à ma peau. Quand je rentre et que je vois tout le monde, je me sens déshabillée. C'est compliqué d'être comme ça.* » (I8).

3.4) Thème 4 : Alternative pour soulager les aidants proches :

L'objectif de ce thème est d'évaluer, à travers le ressenti des répondants, dans quelle mesure le centre de jour gériatrique offre un certain répit aux aidants proches des personnes qui les fréquentent. Il est important de noter que cette évaluation ne repose pas sur des entretiens directs avec les aidants proches, mais plutôt sur les opinions exprimées par les participants concernant l'impact du centre de jour sur leurs proches aidants.

Certains répondants estiment que le centre de jour peut **alléger la charge** pour la famille : « *J'ai dit que maintenant j'aimerais bien me libérer un peu et être moins dépendante d'eux.* » (I3). Cette personne a, d'ailleurs, pris trois jours pour son confort, car la coiffeuse est présente au centre. Ainsi, son fils ne doit pas la conduire chez la coiffeuse ou chez la pédicure à chaque fois qu'elle en a besoin. La belle-fille de cette même répondante, qui vit chez son fils, exprime sa crainte qu'il lui arrive quelque chose lorsque cette dernière est seule à la maison. La proposition d'aller au centre de jour était alors perçue comme une bonne idée, car cela déchargerait un peu la famille. D'autant plus, que la belle-fille n'aimerait pas que des étrangers (professionnels de la santé) entrent dans sa maison pour des soins éventuels : « *C'était une bonne idée, comme ça, eux ils allaient être*

déchargés un petit peu. » (I3) ; « C'est d'ailleurs pour ça que je suis venue ici, pour que mes enfants soient moins pris par moi quoi. » (I3) ; « Ça pèse pour tout le monde. » (I3).

Les personnes qui fréquentent le centre peuvent être plus dépendantes, et cela peut soulager les proches qui prennent soin d'elles. Soigner quelqu'un, comme cela a été le cas avec le mari d'une répondante atteint de la maladie de Korsakoff, nécessite un travail constant, jour et nuit. Ainsi, ils apprécient l'existence du centre de jour : *« Bah je crois que ça décharge un peu la famille. Les personnes qui sont ici sont plus handicapées, ça peut soulager la personne qui soigne car soigner quelqu'un [...] c'est pas [facile] jour et nuit... Donc c'est ça que je trouve que c'est très bien de faire ça. » (I3).*

Les enfants d'une autre répondante se montrent très heureux de sa présence au centre et l'encouragent à continuer. Son fils lui a même dit de rester le plus longtemps possible : *« Mes deux enfants ils sont même très heureux et ils me disent : tu dois continuer hein ! » (I8) ; « Mon fils m'a dit : reste ici le plus longtemps que tu peux. » (I8).*

Cependant, une répondante ne pense pas que le centre de jour soit un repos pour sa fille sans donner plus d'explications : *« Je ne crois pas, non. Ce n'est pas un repos pour ma fille. » (I9).*

Une autre souligne qu'elle n'est pas une source d'ennui et qu'elle a quelqu'un qui vient s'occuper d'elle. Elle ne considère pas être une charge pour sa famille. (I10)

Une autre répondante explique qu'elle ne sort pas beaucoup, et bien que cela ne soit pas un problème d'aller au centre de jour en soi, il faut la conduire et la rechercher, ce qui représenterait une charge pour ses enfants : *« Moi je ne donne pas d'ennui et j'ai quelqu'un qui vient... J'ai quelqu'un, alors je ne suis pas une charge hein. » (I10).*

Une personne précise que si le centre de jour n'existait pas, elle serait obligée d'aller vivre chez l'un de ses enfants. Elle estime que les centres de jour constituent un répit pour les familles. (I12)

Une participante trouve le centre de jour formidable, tant pour sa famille que pour elle-même : *« Parce que c'est vrai, moi je vois que c'est lourd d'avoir quelqu'un qui est malade. Et nous, on est tous les deux malades. Donc on doit se tirer tous les deux. » (I13).* Elle aimerait même que son mari puisse aller à Woluwé un autre jour, mais il ne veut pas. (I13). Elle aimerait, également, venir plus souvent mais ne veut pas laisser son mari seul : *« Mes enfants sont très heureux que je vienne. Et bon, moi je ne viens pas plus parce que je ne veux pas laisser mon mari seul et, donc, je devrais*

prendre quelqu'un pour lui. » (I13). Ce couple ayant plusieurs enfants a décidé de répartir les tâches qui concernent leur prise en charge afin que ce ne soit pas trop lourd pour l'un ou pour l'autre : « Voilà, avec plusieurs enfants on a réparti les tâches... Alors mon fils et ma fille aînée s'occupent des finances. Celle qui est infirmière vient me préparer les médicaments. Une autre fait autre chose et, comme ça, ce n'est pas trop lourd pour elle. » (I13).

3.5) Thème 5 : Création ou maintien du lien social :

L'objectif de ce point est d'analyser dans quelle mesure les centres d'accueil de jour favorisent la création et le maintien d'un lien social pour les personnes qui les fréquentent. Cette dimension revêt d'une importance cruciale dans le contexte du vieillissement de la population et où de nombreux individus peuvent se retrouver isolés ou en manque d'interactions sociales significatives.

Les témoignages des personnes interrogées reflètent une vision positive et enrichissante des centres d'accueil de jour. Pour eux, ces structures offrent l'opportunité de sortir de chez soi et de **rompre avec l'isolement** en côtoyant d'autres individus. L'idée de voir du monde plutôt que de rester enfermé chez soi est largement appréciée : « *S'il y a un avantage, c'est que tout le monde est ensemble et que tu fais connaissance* » (I7).

L'expérience au sein de ces centres est généralement agréable et les relations avec les autres participants se déroulent harmonieusement. Une personne interrogée affirme se sentir bien intégrée au sein de la communauté : « *Je m'entends avec tout le monde, ça se passe bien* » (I1). Une répondante considère, également, la possibilité de **partager des souvenirs de vie** avec d'autres individus comme une expérience gratifiante : « *Pour moi, c'est agréable de me retrouver comme ça avec des personnes, parler des souvenirs de notre vie, je trouve ça agréable* » (I3).

Sur le plan de l'organisation, un participant souligne que sa famille se relaie pour assurer sa présence au centre d'accueil de jour. Cette situation constitue pour lui une véritable joie de vivre, car il a ainsi **l'occasion de voir ses enfants**, petits-enfants et de profiter de moments privilégiés avec eux : « *L'organisation n'est pas compliquée. Toute la famille se relai, les enfants, petits-enfants et tout le bazar. C'est ça que c'est... pour moi, c'est une joie de vivre. C'est l'occasion de voir mes petits-enfants et tout ça* » (I4).

La dimension sociale des centres d'accueil de jour est également mise en avant. Les participants apprécient le fait de pouvoir **rencontrer et faire connaissance** avec de nouvelles personnes. Ils trouvent beaucoup d'amitié au sein de ces structures et ressentent une joie particulière à pouvoir partager des conversations avec des personnes de leur âge : « *Je trouve beaucoup d'amitié* » (I8) ; « *Je me rends compte, quand même, que j'ai une joie de pouvoir parler, parler avec d'autres personnes de mon âge.* » (I8) ; « *Bah le fait qu'on rencontre quand même pas mal de personnes qui deviennent des amis par après.* » (I9).

Il est intéressant de noter qu'une participante souligne que les relations sociales se concentrent principalement au sein des centres d'accueil de jour, plutôt qu'à l'extérieur : « *C'est ici les relations et pas tellement à l'extérieur quoi.* » (I9) ; « *Bah le fait qu'on rencontre quand même pas mal de personnes qui deviennent des amis par après.* » (I9).

Enfin, il convient de mentionner qu'une personne interrogée indique que les participants sont parfois avares de partager et de parler d'eux-mêmes. Elle témoigne d'un manque d'ouverture et d'investissement dans les échanges et les conversations : « *Les gens ne s'investissent pas, ne parlent pas trop d'eux hein, ça non non non, ce n'est pas vrai du tout.* » (I10). Pour cette personne, il n'est donc pas toujours facile de créer du lien.

3.6) Thème 6 : Maintenir, voire développer les capacités résiduelles :

Comme expliqué précédemment dans la partie théorique, le vieillissement n'est pas synonyme d'inactivité complète. Nous allons maintenant examiner si le centre d'accueil de jour permet de conserver et/ou même de développer les capacités restantes des aînés, malgré le fait que, lorsqu'ils vieillissent, certaines choses leur deviennent plus difficiles ou sont totalement impossibles à accomplir.

Les différentes personnes interrogées soulignent la **diversité des activités** proposées, qui contribuent à stimuler et à exercer leurs facultés mentales et physiques. Selon les témoignages, les activités sont ludiques : « *On fait des jeux ou de la gymnastique, soit des jeux, des lotos ou tous des jeux de mémoire, de la musique, enfin c'est très varié.* » (I3)

La **gymnastique** est également mentionnée, avec des séances encadrées par des professionnels pour maintenir leur forme physique : « ... *On a quelqu'un qui nous fait la gymnastique le matin.* » (I8)

Les moments de détente et de loisirs sont également pris en compte. Les participants soulignent qu'il n'y a pas d'inactivité mais que des pauses et des temps de récréation sont prévus. Ainsi, ils ne restent pas sans rien faire et bénéficient d'un emploi du temps structuré et enrichissant : « ... *Il y a des récréations. C'est-à-dire, on ne reste pas à rien faire.* » (I5)

Certains intervenants mentionnent la présence d'artistes ou de musiciens qui viennent animer les journées. Ces moments artistiques apportent une dimension culturelle et divertissante aux activités proposées.

Les participants insistent sur le fait qu'ils **apprennent de nouvelles choses** au sein des centres d'accueil de jour. Ils soulignent que ces établissements les considèrent et mettent en place des activités qui favorisent l'apprentissage et le développement des capacités cognitives : « *On apprend quand même pas mal de choses hein. Ce n'est pas un bétail qu'on case. Ha non, ce n'est pas le genre du tout de la maison.* » (I10). Ils apprécient cette approche qui les aide à maintenir leurs compétences et à continuer à apprendre, malgré les difficultés liées à leur état de santé.

Certains participants évoquent même des **activités pratiques**, comme la préparation de la soupe le matin. Ils décrivent comment chacun reçoit une tâche spécifique (comme éplucher les légumes), ce qui contribue à l'exercice et au maintien de la dextérité des mains. Ces activités pratiques sont considérées comme bénéfiques et participent au maintien des capacités résiduelles : « *On fait la soupe le matin en principe, on a les légumes à 9h et chacune épluche ce qu'on lui donne, 2 poireaux, 3... C'est pour un petit peu, pour le maniement des mains, c'est pas mal hein.* » (I10).

3.7) Thème 7 : Influence sur le maintien à domicile :

L'objectif de ce point est de déterminer dans quelle mesure la fréquentation de ces centres peut influencer la capacité des personnes âgées à rester vivre chez elles.

Les personnes interrogées expriment des opinions diverses sur leur préférence quant à leur lieu de résidence. Une répondante raconte son **expérience négative en maisons de repos** : « *Figurez-vous*

que quand j'étais en pleine dépression, mon fils m'a dit : Je vais t'emmener aux (...). C'est un centre, enfin un home si vous voulez. Et tu vas faire connaissance là, tu vas voir ce que c'est une maison de repos. Au bout d'un mois. J'étais contente de rentrer. » (I8). Elle exprime combien elle fût soulagée de rentrer chez elle : « Mon dieu, mon dieu, mon dieu, quand il est venu me chercher et qu'il a fait ma valise... Oh vivement la maison. » (I8) ; « Je vais faire mon possible pour rester le plus longtemps dans mes souvenirs » (I8).

Pour certaines personnes, rester chez elles est une priorité, mais elles reconnaissent qu'elles pourraient **s'ennuyer si les centres** de jour n'existaient pas : « *Ha je resterai dans mon appartement, ça c'est sûr hein. Ben oui, ma fille n'étant pas loin... Mais je m'embêterai... » (I10). D'autres envisageraient, alors, de vivre chez leurs enfants (I12). Un bon entourage médical permettra, également, à certains de continuer à demeurer à domicile sans trop de difficultés : « Je serai encore à la maison car je suis très entourée médicalement. J'appelle cela mes anges. » (I13).*

Une autre personne souligne qu'elle apprécie la présence d'un centre d'accueil de jour, qui lui offre un **soutien** et un environnement stimulant nécessaire : « *Dans ma vie quotidienne, oui c'est un souffle qui m'apporte quelque chose pour continuer à vivre chez moi » (I13).*

La perspective de rester chez soi peut aussi susciter des inquiétudes, notamment lorsqu'il n'y a pas d'activités ou de soutien médical : « *Parce que les jours où il n'y a rien, je suis un peu perdue quoi » (I14). À ce propos, deux autres personnes expriment la **difficulté que serait de rester chez soi** sans les centres d'accueil de jour : « *Ah bah alors, on est obligé de rester chez soi quoi... Pas facilement » (I14) ; « C'est une bonne question. Je ne sais pas si je vivrais encore parce que j'en avais jusque par-dessus la tête. » (I 5)**

Enfin, une dame explique que les centres de jour lui permettent de **gagner en assurance** pour continuer à vivre seule à son domicile : « *Je prends un peu plus d'assurance. » (I8)*

4) Discussion :

4.1) Analyse des résultats :

4.1.1) Thème 1 : Provenance de l'information reçue sur les centres d'accueil de jour

Sur les 13 personnes interrogées, seulement 4 d'entre elles ont été orientées vers un centre d'accueil de jour par un professionnel de la santé. Ce constat peut soulever des questions concernant la connaissance complète de l'ensemble de l'offre de soins par ces derniers. Dès lors, se demander si ces derniers sont suffisamment informés sur les différentes possibilités d'aide aux personnes âgées semble légitime. En 2017, une étude s'intéressant au rôle essentiel et complexe des aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique affirme qu'il y a un « *manque de conseils et de soutien de la part des professionnels de santé pour trouver les aides et services et effectuer les démarches, avoir des conseils sur la maladie.* » (Cès, S. et al. 2017, p.56).

Plusieurs facteurs contribuent à cette situation. Tout d'abord, il pourrait y avoir un manque de sensibilisation auprès des professionnels de la santé sur l'ensemble des solutions disponibles pour les personnes âgées, en dehors des maisons de repos. L'hypothèse serait qu'ils ne soient eux-mêmes pas pleinement informés des avantages et des possibilités offertes par les centres d'accueil de jour, par exemple. Il pourrait donc être intéressant d'évaluer leurs connaissances et de trouver une stratégie pour pallier les manques si nécessaire. De plus, « *Les médecins de famille sont bien placés pour identifier les aînés esseulés ou socialement isolés et enclencher l'amorce des services voulus.* » (Freedman, A., & Nicolle, J. 2020, p.78).

Il convient également de souligner l'importance de la communication entre les différents acteurs du secteur de la santé, y compris les professionnels de la santé, les services sociaux, les structures d'accueil et les familles. Une coordination et une collaboration accrues peuvent contribuer à une meilleure connaissance et compréhension des différentes options disponibles pour les personnes âgées, permettant ainsi de mieux répondre à leurs besoins spécifiques. En effet, « *La prise en charge des personnes âgées fragiles est extrêmement complexe car elle est globale, c'est-à-dire à la fois médicale, sociale et médico-sociale. Elle associe de multiples acteurs (institutions et professionnels) ayant des compétences et des statuts divers qui interviennent individuellement ou*

collectivement dans la prise en charge. Se pose alors le problème de la coordination de ces multiples acteurs. » (Montalan, M. & Vincent, B. 2010, p.1).

- **A priori sur le centre d'accueil de jour :**

La conclusion qui peut être tirée de ces entretiens est qu'il n'existe pas de réponse universelle quant aux a priori sur les centres d'accueil de jour gériatriques. Les avis varient en fonction des préférences individuelles, des attentes et des circonstances de vie personnelles. Ce qui peut être perçu comme avantageux et enrichissant pour certains peut ne pas l'être pour d'autres. Il est donc important de prendre en compte les préférences et les besoins individuels lorsqu'il s'agit de décider de fréquenter un centre d'accueil de jour gériatrique. Les opinions exprimées soulignent l'importance de la flexibilité et de la personnalisation des services offerts afin de répondre aux attentes/besoins de chacun.

Il est important de souligner que le manque de communication concernant les centres d'accueil de jour (mentionné précédemment) peut avoir un impact sur les préjugés négatifs. En effet, l'inconnu est souvent associé à des peurs ou de l'anxiété. Lorsque les gens ne sont pas suffisamment informés, ils peuvent se laisser guider par des stéréotypes, des idées préconçues ou des craintes infondées. Les préjugés négatifs peuvent alors se développer, comme la crainte d'être isolé, négligé ou contraint dans un environnement inconnu. Ces préjugés peuvent empêcher les personnes âgées et leurs familles de considérer les centres d'accueil de jour comme une option viable pour le maintien à domicile.

- **Raisons d'acceptation de fréquentation du centre d'accueil de jour :**

Dans l'ensemble, les opinions récoltées reflètent une diversité de motivations, allant de la recherche de convivialité et de distraction à des besoins pratiques. Les centres d'accueil de jour gériatrique ont ainsi répondu à ces besoins divers en offrant un environnement social stimulant, des activités engageantes et des services pratiques. La conclusion qui peut être tirée de toutes ces raisons est que les centres d'accueil de jour gériatrique peuvent jouer un rôle important dans la vie des personnes âgées en leur offrant une possibilité de rencontrer de nouvelles personnes, de rompre l'isolement social et enfin, de participer à des activités stimulantes. Les centres d'accueil de jour répondent,

donc, à une variété de besoins, qu'ils soient sociaux, émotionnels ou pratiques tels que des repas sur place.

Il est également important de mettre en évidence que la décision de fréquenter un centre d'accueil de jour est souvent le résultat d'une combinaison de facteurs individuels, d'encouragements extérieurs et d'expériences personnelles. Chaque personne a sa propre motivation et des attentes spécifiques lorsqu'elle décide de rejoindre un centre.

Hosseini et al. (2021) ont souligné dans leurs recherches l'importance des motivations dans le développement de l'énergie psychique des individus et leur influence sur les comportements liés à la santé. Les motivations jouent un rôle essentiel dans la capacité d'une personne à se rétablir d'une maladie ou d'événements invalidants, ainsi qu'à maintenir des comportements favorables à la santé. Elles exercent une influence sur la qualité de vie, la capacité d'adaptation et la résolution des problèmes de santé. Les motivations des patients les encouragent à rechercher des traitements et à les suivre malgré les difficultés. La motivation joue donc un rôle essentiel dans les résultats des traitements et la gestion des complications. C'est pourquoi il est important de s'y intéresser. L'observance des traitements est satisfaisante lorsque ceux-ci sont en adéquation avec la motivation du patient. Cependant, certains patients peuvent avoir besoin de soutien pour renforcer leur motivation, car certains peuvent être motivés de manière interne pour améliorer leur santé, tandis que d'autres auront besoin d'aide supplémentaire (Hosseini, F., Alavi, N. M., Mohammadi, E., & Sadat, Z. 2021).

4.1.2) Thème 2 : Aide

Les centres d'accueil de jour semblent offrir un soutien précieux aux personnes âgées qui les fréquentent. Ces établissements répondent à certains besoins et à certaines attentes des individus concernés en leur proposant diverses formes d'aide et d'accompagnement. Les participants soulignent les bienfaits de la distraction, de la relaxation et du changement d'idées que leur procure la fréquentation de ces centres. Ils apprécient également l'assistance pratique, telle que la préparation des repas qui allège leurs responsabilités quotidiennes. De plus, les professionnels présents dans ces centres offrent un soutien émotionnel, permettant aux personnes âgées de se

confier, de se sentir écoutées et soutenues. Les témoignages indiquent que la fréquentation des centres d'accueil de jour améliore la confiance en soi pour certains, réduit les périodes de dépression et offre un cadre social stimulant. Soulignons que la dépression est une pathologie fréquente ayant de fortes conséquences sur les personnes âgées, et ce, à tous les niveaux (individuel, familial et même sociétal). Pourtant, « *elle reste un syndrome gériatrique souvent sous-diagnostiqué et sous-traité* » (Sibille F-X., Verreckt E et al. 2017, p.2).

La compagnie et l'encadrement fournis dans ces établissements sont appréciés, tandis que les personnes atteintes de troubles similaires disent développer une meilleure compréhension de leur propre situation et/ou celle de leurs proches. Enfin, les participants soulignent l'importance du soutien et de l'encouragement reçus face aux défis de santé, tels que le cancer. Dans l'ensemble, les centres d'accueil de jour jouent un rôle important en offrant un environnement favorable où les personnes âgées peuvent s'épanouir, trouver du soutien et maintenir leur bien-être physique et psychologique.

4.1.3) Thème 3 : Avantages et inconvénients :

L'étude des opinions exprimées par les personnes interrogées met en évidence une gamme d'avantages et d'inconvénients liés à la fréquentation des centres de jour gériatriques. Les avantages majeurs perçus comprennent la possibilité de sortir de chez soi, de socialiser, de se distraire et de faire de nouvelles connaissances. En effet, l'isolement social⁴ ; la solitude⁵ et la vulnérabilité sociale⁶ ne sont pas rares chez nos aînés. Pour pallier ce problème de santé publique, l'organisation mondiale de la santé a d'ailleurs créé le « *réseau mondial des villes et des communautés amies des aînés, une importante stratégie dont le but est d'encourager l'engagement social des personnes plus âgées.* » (Freedman, A., & Nicolle, J. 2020, p.79). L'objectif du projet est de pouvoir « *aider les villes et les communautés du monde entier à devenir conviviales pour les personnes âgées* » (OMS, 2018, p.5). Pour ce faire, l'OMS juge que toutes les communautés doivent collaborer afin

⁴ *L'isolement social* : est communément défini comme le fait d'avoir des contacts peu fréquents et de piètre qualité avec autrui. Il se mesure objectivement à l'aide d'observations du réseau social d'une personne. (Freedman, A., & Nicolle, J. 2020).

⁵ *La solitude* : est le sentiment d'être seul, qu'importe la taille objective du réseau social. La solitude est souvent considérée comme la contrepartie subjective de l'isolement social. (Freedman, A., & Nicolle, J. 2020).

⁶ *La vulnérabilité sociale* : peut aider à expliquer comment les circonstances sociales sont liées à la santé, et elle désigne la mesure dans laquelle la situation sociale d'une personne la rend vulnérable à d'autres atteintes sociales ou sur le plan de la santé. (Freedman, A., & Nicolle, J. 2020).

de créer des environnements favorables aux aînés. Tous les secteurs et tous les acteurs doivent s'impliquer car aucun gouvernement ne pourrait atteindre cet objectif seul (OMS, 2018).

Les participants apprécient également le soutien et l'encadrement offerts par le personnel des centres. De plus, les centres de jour offrent une structure, un but et une occupation qui contribuent au bien-être et à la satisfaction des individus interrogés. *« Les auteurs qui s'intéressent aux buts s'accordent pour dire qu'ils constituent une des variables fondamentales dans l'explication du comportement humain. Cette capacité d'anticipation influence donc le comportement et elle a un impact sur le bien-être que ressent l'individu »* (Bastien S, 2000, p.9). En effet, *« Peu importe l'âge, les études démontrent que la capacité de se fixer des buts et de réaliser ses aspirations est associée au bien-être psychologique »* (Bastien S, 2000, p.10).

4.1.4) Thème 4 : Alternative pour soulager les aidants proches

Les répondants de cette étude apprécient le soulagement que cela apporte à leur famille en les déchargeant de certaines responsabilités. Même si certains répondants jugent ne pas être une charge pour leur famille, la majorité considère le centre de jour comme une solution pratique qui leur permet d'être moins dépendants de leurs enfants. L'existence de ces centres est perçue comme un répit pour les familles, évitant à certains répondants de devoir vivre chez leurs enfants ou dans une maison de repos. En résumé, le centre de jour est principalement considéré comme une solution bénéfique tant pour les personnes âgées que pour leur famille.

Toutefois, dans le cadre de cette étude, l'opinion des aidants proches eux-mêmes n'a pas été recueillie. Or, il serait intéressant de s'y attarder pour déterminer le réel impact que pourraient avoir les centres de jours sur leur temps de répit. Une étude qui se focaliserait sur leurs points de vue pourrait être bénéfique.

4.1.5) Thème 5 : Création ou maintien du lien social

« L'isolement social est un phénomène qui touche particulièrement les personnes âgées et représente un facteur de perte d'autonomie » (Lautman, A. 2016, p.170). D'ailleurs, la souffrance psychique peut être aggravée par l'isolement et peut avoir des conséquences graves si elle n'est pas

diagnostiquée au plus tôt (*Idem*). En raison de l'impact néfaste de l'isolement social sur le bien-être des individus, il semble crucial que les politiques publiques s'engagent activement dans la lutte contre ce phénomène. Il est essentiel de mettre en place des mesures concrètes et ciblées en favorisant la création de programmes et de services qui encouragent la participation sociale, renforcent les liens communautaires et promeuvent l'inclusion des personnes âgées au sein de la société. Notons qu'il est également important que les politiques publiques sensibilisent et éduquent la population sur les conséquences de l'isolement social et les ressources disponibles pour y remédier.

A ce propos, les centres d'accueil de jour semblent jouer un rôle favorable dans cette lutte contre l'isolement social. En effet, dans l'ensemble, les opinions exprimées mettent en évidence les nombreux avantages sociaux offerts par ceux-ci. Ils permettent de rompre l'isolement, de rencontrer de nouvelles personnes, d'échanger des expériences et de créer des liens d'amitié durables. Ces structures contribuent ainsi à la qualité de vie et au bien-être des participants, en leur offrant un espace de socialisation enrichissant et épanouissant.

4.1.6) Thème 6 : Maintenir, voire développer les capacités résiduelles

Garder une activité physique et être stimulé est bon pour le maintien des capacités résiduelles. L'importance de l'activité physique est d'ailleurs de plus en plus reconnue dans les domaines de la santé, du social et du médico-social. En effet, l'activité physique présente des bienfaits particulièrement significatifs pour les personnes âgées. Elle constitue un moyen efficace de ralentir le processus de vieillissement et de prévenir les conséquences qui y sont associées. Malheureusement, l'âge et les problèmes de santé sont souvent évoqués comme des raisons justifiant l'absence de pratique d'une activité physique. Toutefois, il est important de souligner que ce sont précisément ces raisons qui rendent indispensable la promotion et l'accompagnement vers une pratique régulière (Vuillemin A., 2012). « *L'environnement (physique et social) joue un rôle important dans la mise (ou remise) à l'activité de ces personnes, leur adhésion et leur maintien dans la pratique.* » (Vuillemin A., 2012).

Les centres d'accueil de jour semblent répondre à ce besoin primordial d'activité physique. En effet, de manière générale, les participants apprécient la diversité des activités qui y sont proposées.

Les jeux, la gymnastique, la musique et les activités pratiques contribuent à maintenir leurs facultés mentales et physiques. Ils soulignent également l'aspect éducatif de ces activités qui leur permettent d'apprendre de nouvelles choses et de continuer à se développer malgré les difficultés rencontrées. L'ensemble de ces activités semble favoriser le maintien des capacités résiduelles et contribue au bien-être et à l'épanouissement des participants au sein de ces structures.

Ainsi, les témoignages des personnes interrogées mettent en évidence le rôle des centres d'accueil de jour dans le maintien et le développement des capacités des personnes âgées. Les activités proposées dans ces établissements sont variées, ludiques et stimulantes, tant sur le plan physique que mental. Cette approche favorise l'apprentissage continu et aide les participants à maintenir leurs compétences malgré les défis liés à leur état de santé.

4.1.7) Thème 7 : Influence sur le maintien à domicile

Il ressort des réponses des personnes interrogées que la fréquentation des centres d'accueil de jour peut jouer un rôle significatif dans leur décision de rester chez elles. Certaines personnes ont exprimé une préférence forte pour leur maintien au domicile, soulignant que sans les centres de jour, elles pourraient s'ennuyer ou elles seraient poussées à envisager de vivre chez leurs enfants. Elles ont, en effet, souligné les difficultés auxquelles elles pourraient être confrontées et ont affirmé qu'elles auraient du mal à rester chez elles sans l'aide apportée par les centres d'accueil de jour.

D'autres participants ont souligné l'importance de l'entourage médical ou de l'aide à domicile en dehors des centres de jour pour continuer à vivre chez elles. Ainsi, la combinaison de ces différentes formes d'aide semble apporter le soutien nécessaire.

Dans l'ensemble, ces témoignages soulignent l'importance des centres d'accueil de jour en tant que soutien social et de stimulation pour les personnes âgées qui souhaitent rester chez elles. Bien que les centres de jour ne fournissent pas de soutien médical direct, elles sont associées à d'autres types d'aide existants et permettent ainsi le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie à domicile. Ces centres offrent des activités stimulantes, un réseau social et un environnement favorable qui peuvent aider les personnes âgées à se sentir soutenues et encouragées dans leur désir de rester chez elles.

4.2) Limites, biais et perspectives de l'étude :

Avant de conclure cette recherche, il est important de mentionner les limites et biais de celle-ci.

Même si cela ne représente pas un biais ou une limite en tant que tel, il est important de préciser que les centres d'accueil de jour gériatriques ne sont pas des structures médicales. Par conséquent, aucun membre du personnel ne possède de dossier médical sur les bénéficiaires du centre. L'état cognitif des participants dans cette étude a donc été basé sur l'appréciation et la subjectivité des intervenants du centre. Or, il convient de rappeler que les troubles neurologiques, psychiatriques et cognitifs faisaient partie des critères d'exclusion pour la construction de l'échantillon de cette étude. Cependant, une deuxième « évaluation » de l'état cognitif du répondant a pu être réalisée lors des entretiens mêmes. En effet, un entretien a d'ailleurs été écarté de l'étude car le participant ne semblait pas apte à répondre correctement aux questions posées.

Lors de la réalisation des entretiens, nous avons constaté que certains étaient assez courts, se déroulant généralement entre 4 et 7 minutes. Malgré le recours à des questions ouvertes et à des questions de relance pour encourager les participants à s'exprimer davantage, les réponses fournies étaient néanmoins succinctes. Il est apparu que ces répondants semblaient moins motivés à partager leurs expériences ou leurs points de vue, ce qui nous a amenés à éviter d'insister pour ne pas les mettre mal à l'aise ou les décourager davantage. Le contexte des entretiens, se déroulant parfois pendant des moments d'activités ou de détente, pourrait expliquer le manque de motivation des participants. Cependant, il est important de rappeler que tous les répondants étaient volontaires, le problème potentiel pourrait donc résider dans la formulation des questions ou le manque de familiarité avec le chercheur. Ces entretiens brefs peuvent avoir un impact sur la richesse des informations recueillies et peuvent nécessiter une approche différente pour mieux comprendre les perspectives de ces participants et les inclure dans l'étude. En effet, la possibilité que cela entraîne une interprétation des dires de la personne interrogée peut, éventuellement, être considérée comme un biais.

Il convient, également, de préciser que cette étude a été réalisée dans un nombre limité d'établissements (4 au total). Afin d'obtenir des résultats plus solides et concluants, il serait opportun de considérer un élargissement de l'échantillon. En effet, en se limitant à un échantillon restreint, il est possible que les résultats obtenus ne soient pas représentatifs de l'ensemble de la

population concernée. Même si cela est une limite « normale » dans les recherches qualitatives (inhérent à l'utilisation même de cette méthode), les caractéristiques propres à ces quatre établissements pourraient introduire des biais et limiter la généralisation des résultats. Un élargissement de l'échantillon permettrait d'inclure un plus grand nombre de participants provenant de divers établissements, ce qui offrirait une plus grande variété de perspectives et de contextes. Cela permettrait d'obtenir des données plus diversifiées et plus représentatives de la réalité des centres d'accueil de jour gériatriques dans leur ensemble.

Enfin, une des hypothèses avancées dans le cadre de cette étude était que les centres d'accueil de jour gériatriques soutiennent et favorisent le maintien des personnes âgées à domicile en allégeant la charge de travail des aidants proches. Au commencement de cette étude, il était prévu d'interroger les personnes âgées ainsi que leur aidant proche. Un guide d'entretien pour chacun avait d'ailleurs été réalisé. La crise du COVID ayant compliqué les échanges sociaux, il a été décidé que seuls les avis des personnes âgées seraient recueillis à ce sujet ; ce qui ne semble pas suffisant pour pouvoir confirmer pleinement cette hypothèse. Une autre étude auprès des aidants proches serait plus que nécessaire pour déterminer le potentiel soulagement que les centres de jour peuvent leur apporter. En effet, pour comprendre pleinement l'impact des centres d'accueil de jour sur la charge de travail des aidants proches, il est essentiel d'obtenir leur perspective directe. Les aidants proches jouent un rôle crucial dans la prise en charge et le soutien des personnes âgées, et leur expérience et leur ressenti peuvent fournir des informations précieuses sur les effets réels des centres de jour.

V) Conclusion :

Les centres d'accueil de jour offrent divers services et activités qui visent à soutenir les personnes âgées dans leur quotidien. En participant à ces programmes, les personnes âgées peuvent bénéficier d'une structure de journée, d'interactions sociales, de soutien émotionnel et de stimulations cognitives. Tous ces éléments contribuent à maintenir un niveau de fonctionnement optimal et à prévenir ou retarder la perte d'autonomie.

En fréquentant régulièrement un centre d'accueil de jour, les personnes âgées peuvent trouver un équilibre entre le maintien de leur indépendance à domicile et une assistance en journée. Ces centres peuvent offrir une alternative à la résidence dans une maison de retraite ou à des soins à temps plein, ce qui permet aux personnes âgées de continuer à vivre dans leur environnement familial.

Les activités proposées dans les centres d'accueil de jour, telles que les exercices physiques, les jeux de mémoire, les activités artistiques et les discussions en groupe, peuvent aider à maintenir les capacités physiques et cognitives des personnes âgées. Cela peut favoriser leur bien-être général, renforcer leur confiance en eux et leur permettre de maintenir une vie active et épanouissante à leur domicile.

De plus, la fréquentation d'un centre d'accueil de jour peut également soulager la charge qui pèse sur les aidants familiaux en leur offrant des périodes de répit. Cela peut contribuer à prévenir l'épuisement des aidants et à maintenir une relation harmonieuse entre les personnes âgées et leurs proches au sein de leur environnement familial.

Il est important de souligner que l'impact des centres d'accueil de jour sur le maintien à domicile peut varier en fonction des besoins individuels des personnes âgées, de leur état de santé, de leur situation sociale et de leur soutien familial. Une évaluation personnalisée peut donc être essentielle pour déterminer si la fréquentation d'un centre d'accueil de jour est bénéfique pour le maintien à domicile d'une personne âgée spécifique.

En résumé, évaluer l'impact des centres d'accueil de jour sur le maintien à domicile des personnes âgées permet de comprendre comment ces établissements peuvent contribuer à préserver leur indépendance, leur bien-être et leur qualité de vie. Cela permet également d'identifier les domaines

dans lesquels des améliorations peuvent être apportées pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées et de leur permettre de rester chez elles le plus longtemps possible.

Nous espérons que les résultats de cette étude permettront de fournir, d'une manière ou d'une autre, des connaissances supplémentaires pour les personnes concernées par cette thématique du maintien à domicile ; que ce soit les professionnels de la santé, les aidants et les décideurs dans le développement de politiques et de programmes visant à améliorer la qualité de vie des personnes âgées et à favoriser leur autonomie dans un environnement familial. De manière plus modeste, nous espérons que les résultats de cette recherche pourront en inspirer d'autres sur un sujet similaire.

VI) Bibliographie :

- (1) Anthierens Sibyl, Willemse Evi, Remmen Roy, Schmitz Olivier, Macq Jean, Declercq Anja, Arnaut Catarina, Forest Maxime, Denis Alain, Vinck Imgard, Defourny Noémie, Farfan-Portet Maria-Isabel. (2014). *Mesures de soutien aux aidants proches – une analyse exploratoire. Health Services Research (HSR). KCE Reports 223B.* Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). [DOI: 10.57598/R223BS](https://doi.org/10.57598/R223BS).
- (2) Association des Centre de Coordination de Soins et de Services à Domicile. (s.d.) *Qu'est-ce qu'un centre de coordination.* {Consulté le 15 février 2021}. Disponible à l'adresse : www.federation-accoord.be/Pages/lacoordination.html ([federation-accoord.be](http://www.federation-accoord.be))
- (3) Aujoulat I. (2017-2018). WFSP2106 : *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique.* (Power point, UCLouvain Bruxelles)
- (4) BASTIEN S. (2000). *Etude de l'impact d'une intervention de groupe visant l'élaboration et la réalisation de buts personnels sur l'estime de soi de la personne âgée.* Mémoire de maîtrise en psychologie, Université du Québec, Trois-Rivières.
- (5) Bien vivre chez soi. (s.d). *Obtenir une aide : services d'aide à domicile.* (Consulté le 28 février 2021). Disponible à l'adresse : http://bienvivrechezsoi.be/obtenir-une-aide/services-d-aide-a-domicile_1.php#Garde%20%C3%A0%20domicile
- (6) Cambois, E. & Robine, J. (2014). Les espérances de vie sans incapacité : un outil de prospective en santé publique. *Informations sociales*, 3(3), 106-114. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/inso.183.0106>
- (7) Campéon, A. & Le Bihan-Youinou, B. (2016). Le développement des dispositifs d'aide aux aidants : une démarche d'investissement social ?. *Informations sociales*, 192, 88-97. <https://doi.org/10.3917/inso.192.0088>
- (8) Centre de Documentation Aidants Proches. *Abbeyfield Belguim* (s.d). {Consulté le 9 mars 2021}. Disponible à l'adresse: [Abbeyfield Belgium - Centre de documentation des Aidants Proches \(docaidants.be\)](http://AbbeyfieldBelgium-CentredeDocumentationdesAidantsProches.docaidants.be)
- (9) Cès, Sophie ; Flusin, Déborah ; Schmitz, Olivier ; Lambert, Anne-Sophie ; Pauwen, Nathalie ; et. al. (2017). *Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe.* 135 pages <http://hdl.handle.net/2078.1/18191>
- (10) Eloranta, S., Routasalo, P. and Arve, S. (2008), *Personal resources supporting living at home as described by older home care clients.* *International Journal of Nursing Practice*, 14: 308-314. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be/2443/10.1111/j.1440-172X.2008.00698.x>
- (11) Emmanuelle Cambois et Jean-Marie Robine, « L'allongement de l'espérance de vie en Europe », *Revue européenne des sciences sociales*, 55-1 | 2017, mis en ligne le 15 mai 2020, consulté le 11 février 2021. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.4000/ress.3744>

- (12) Ennuyer, B. (2014). *Repenser le maintien à domicile : Enjeux, acteurs, organisation*. Paris : Dunod. 309 p. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/dunod.ennuy.2014.01>
- (13) Ennuyer, B. (2018). Personnes âgées, familles, professionnels, des configurations multiples et complexes dans le champ de l'aide au domicile. *VST - Vie sociale et traitements*, 3(3), 19-27. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/vst.139.0019>
- (14) Fontaine. R., Juin S. (2020). L'implication des proches aidants dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées – Jusqu'où ? *Med Sci (Paris)*, 36 12 (2020), 1188-1195. <https://doi.org/10.1051/medsci/2020226>
- (15) Freedman, A., & Nicolle, J. (2020). Isolement social et solitude : les nouveaux géants gériatriques: Approche à l'intention des soins primaires. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 66(3), e78–e85.
- (16) Gillsjö, C., Schwartz-Barcott, D., & von Post, I. (2011). Home: the place the older adult cannot imagine living without. *BMC geriatrics*, 11, 10. Disponible à l'adresse: <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.1186/1471-2318-11-10>
- (17) Gougnaud-Delaunay, S. *Les besoins et l'offre de répit pour les aidants proches s'occupant d'un adulte (18 - 65 ans) en situation de grande dépendance, dans la région de Bruxelles – Capitale : Analyse des besoins* (Mémoire de master en sciences de la santé publique). Woluwé-Saint-Lambert : Université catholique de Louvain ; 2018. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:14998>.
- (18) Hosseini, F., Alavi, N. M., Mohammadi, E., & Sadat, Z. (2021). Examen de la portée du concept de motivation du patient et outils pratiques pour l'évaluer. *Journal iranien de recherche sur les soins infirmiers et obstétricaux*, 26(1), 1–10. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_15_20
- (19) Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- (20) Institut national du cancer, s.d. *Ambulatoire*. (Consulté le 24 février 2023). Disponible à l'adresse : [Définition ambulatoire \(e-cancer.fr\)](https://www.e-cancer.fr/Definir/Dictionnaire/Definir/Ambulatoire)
- (21) Iriscare. *Centre d'accueil de jour pour personnes âgées* (s.d). {Consulté le 8 mars 2021}. Disponible à l'adresse : [Centres d'accueil de jour pour personnes âgées | Seniors | Citoyens \(iriscare.brussels\)](https://www.iriscare.brussels/fr/centres-daccueil-de-jour-pour-personnes-agees)
- (22) Kim, E. Y., & Yeom, H. E. (2016). Influence of home care services on caregivers' burden and satisfaction. *Journal of clinical nursing*, 25(11-12), 1683–1692. <https://doi.org/10.1111/jocn.13188>
- (23) Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

- (24) Koninckx G, Teneau G. *Résilience organisationnelle : Rebondir face aux turbulences*. Belgique : De Boeck Université, 2010. 99 p.
- (25) Leplat, F. & Ribes, G. (2021). Aidons les aidants familiaux. *Les Cahiers du Développement Social Urbain*, 73, 36-36. <https://doi.org/10.3917/cdsu.073.0036>
- (26) Lautman, A. (2016). La lutte contre l'isolement social des personnes âgées : Laboratoire d'innovation pour les politiques publiques de préservation de l'autonomie. *Gérontologie et société*, 38(149), 169-171. <https://doi.org/10.3917/gs1.149.0169>
- (27) Montalan, M. & Vincent, B. (2010). Un modèle d'analyse de la coordination de l'action collective pour la prise en charge des personnes âgées en Midi-Pyrénées. *Journal d'économie médicale*, 28, 159-172. <https://doi.org/10.3917/jgem.103.0159>
- (28) Mori, K., & Akezaki, Y. (2016). Role of Physical Therapists in Health Care of the Elderly. *Japanese journal of hygiene*, 71(2), 126–132. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be/2443/10.1265/jjh.71.126>
- (29) Orellana, K., Manthorpe, J., & Tinker, A. (2020). Day centres for older people - attender characteristics, access routes and outcomes of regular attendance: findings of exploratory mixed methods case study research. *BMC geriatrics*, 20(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01529-4>
- (30) Organisation mondiale de la Santé. (2018) *Le Réseau mondial des villes et communautés amies des aînés : Rétrospective des 10 dernières années, et perspective de la prochaine décennie*. Genève. (Consulté le 20 janvier 2020). Disponible à l'adresse : [Le Réseau mondial des villes et communautés amies des aînés \(who.int\)](https://www.who.int/fr/publications-and-media/files/11444)
- (31) Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2015). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. (consulté le 20 janvier 2020). Disponible à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- (32) Paillé, P. & Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. Dans : , P. Paillé & A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 231-314). Paris: Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231>
- (33) Regnier, C. (2009). Questions éthiques en gériatrie. *Laennec*, 57, 8-24. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/lae.091.0008>
- (34) Ringer, T., Hazzan, A. A., Agarwal, A., Mutsaers, A., & Papaioannou, A. (2017). Relationship between family caregiver burden and physical frailty in older adults without dementia: a systematic review. *Systematic reviews*, 6(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0447-1>
- (35) Savard, J., Leduc, N., Lebel, P., Béland, F., & Bergman, H. (2009). Determinants of adult day center attendance among older adults with functional limitations. *Journal of aging and health*, 21(7), 985–1015. <https://doi.org/10.1177/0898264309344311>

- (36) Schoevaerdt, Didier ; Dumont, Christophe ; Hanotier, Pierre ; Fournier, Alain ; Piette, Dominique ; et. al. *L'Hôpital de jour gériatrique : une interface ambulatoire au service des personnes âgées*. Louvain médical, Vol. 138, no.7, p. 417-422 (2019)
- (37) Service public fédéral (2016). *Ergothérapeute*. (Consulté le 07/12/2022). Disponible à l'adresse : [Ergothérapeute | SPF Santé publique \(belgium.be\)](https://www.belgium.be/fr/healthcare/ergotherapie)
- (38) Sibille F-X., Verreckt E., Philippot P., Agrigoroaei S., Gobiet P., Mees L., Masse M., Schoevaerdt D. (2019). Clinique de la dépression chez la personne âgée. Louvain med, 138 (10), 585-590.
- (39) STATBE. *Éclairage sur la panne de fécondité à moyen terme et confirmation du vieillissement de la population à long terme*. 2019 (consulté le 12 juin 2023). Disponible à l'adresse : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/perspectives-de-lapopulation?fbclid=IwAR3kSQA2DEBS3vWYOtIOcq9gr6WvGSe-0-Kj4KzLHbsqdfU7TwIZQUupagE>
- (40) Tavler, P. (2003). Maisons de repos : instauration des projets de vie et intégration du travail social. *Pensée plurielle*, no<(sup> 6), 87-96. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/pp.006.0087>
- (41) Trachman, B. (2016). Quand la perte de son « chez-soi » amène à la perte de soi. *Le Journal des psychologues*, 342, 72-77. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/jdp.342.0072>
- (42) Unipso. *Cahier 2 - Lieux de vie : une diversité, une complémentarité et un va-et-vient entre les services pour « bien vieillir »* (s.d). {Consulté le 9 mars 2021}. Disponible à l'adresse : [Vieillessement - Cahier 2.pdf \(unipso.be\)](https://www.unipso.be/fr/ressources/publications/cahier-2-lieux-de-vie)
- (43) Van den Bosch Karel, Willemé Peter, Geerts Joanna, Breda Jef, Peeters Stéphanie, Van De Sande Stefaan, et al. (2011). *Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique: projections 2011 – 2025*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 167B. DOI: [10.57598/R167B](https://doi.org/10.57598/R167B).
- (44) Vuillemin A. (2012). Bénéfices de l'activité physique sur la santé des personnes âgées. *Science & Sports*, 27 (4), 249-253. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2012.07.006>.
- (45) Wallonie familles santé handicap, AVIQ (s.d). *Accueil de jour pour personnes âgées*. {Consulté le 2 mars 2021}. Disponible à l'adresse : [Centre d'accueil de jour | Portail SANTE \(wallonie.be\)](https://www.walloniefamilles.be/fr/accueil-de-jour)

VII) Annexes :

Annexe 1 : Grille d'entretien (patient)

Objectifs et contexte : (à préciser avant le démarrage de l'entretien)

Je me présente, Maude Huart. Je suis infirmière et, également, étudiante en Master en Santé Publique à l'UCL. Arrivant à la fin de mon cursus, je dois réaliser un mémoire de fin d'études. Pour ce faire, j'ai choisi d'aborder le sujet des centres de jour gériatriques. J'aimerais en étudier l'impact sur le maintien à domicile de la personne âgée. Pour répondre à ma question de recherche « Quelle est la perception du maintien à domicile des personnes âgées fréquentant un centre d'accueil de jour gériatrique ? », j'ai décidé de réaliser des interviews de patients fréquentant un centre de jour. Je vais, donc, vous poser quelques questions. Si vous êtes d'accord, notre entretien sera enregistré. Votre témoignage restera, bien sûr, anonyme et sera effacé dès la fin de mon travail. En outre, sachez que cette étude a été soumise au comité d'éthique de l'UCL et a obtenu un accord favorable. Un feedback sur les informations recueillies voir sur les résultats de la recherche vous sera proposé ultérieurement.

Avant de commencer, avez-vous des questions ?

Interview : (patient)

- 1) J'aimerais commencer par faire votre connaissance, que pouvez-vous me raconter sur vous et votre histoire de vie ?
 - Relance :
 - Quelle a été votre carrière professionnelle ?
 - Comment décrieriez-vous la vie de famille que vous avez eu ? Votre entourage social ?
 - Aujourd'hui, quels sont les rapports que vous entretenez avec votre famille ? Ont-ils changé ? Si oui, selon vous, quelle serait la cause de ce changement ?
- 2) Comment avez-vous été amené à fréquenter un centre de jour ?
 - Relance :
 - Connaissiez-vous l'existence de ce genre de structure ou vous a-t-elle été recommandée ?
 - Qu'en avez-vous pensé au tout début ?
- 3) Quelles sont les raisons qui ont influencées votre décision de fréquenter un centre de jour ?
 - Relance : A raison de combien de fois par semaine venez-vous ici ?
- 4) Utilisez-vous d'autres services d'aide ?

- 5) Pouvez-vous me raconter une journée type où vous allez au centre de jour ?
- 6) Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients du centre de jour ?
 - Relance : Expliquez-moi ce que le centre de jour vous apporte dans votre vie quotidienne ?
- 7) Le centre de jour se veut être une structure de soutien, en quoi représente-il une aide pour vous ?
 - Relance : Utilisez-vous d'autres services d'aide ? A domicile, par exemple.
- 8) Comment fréquenter un centre de jour influence-t-il le fait de pouvoir continuer à vivre à son domicile ?
- 9) J'imagine que fréquenter un centre de jour demande une certaine logistique pour vous et votre famille. Comment vous organisez-vous ?
- 10) On peut, régulièrement, lire que les centres de jour constituent un temps de répit pour la famille. Qu'en pensez-vous ?
 - Relance : Avez-vous déjà eu le sentiment que vos proches en avaient besoin ?
- 11) Enfin, comment considérez-vous le lien social que vous avez avec la société actuelle ?
- 12) Si les structures comme celles-ci n'existaient pas, où pensez-vous que seriez aujourd'hui ?
- 13) Souhaitez-vous rajouter quelque chose sur le sujet de cette recherche ?

Annexe 2 : Formulaire de soumission simplifiée

Soumission – CEHF - Formulaire soumission simplifiée



N° de référence : AAHRPP-FORM-109

Clinical Trial Center

Version : 1.0

Date d'application : 03/10/2018

FORMULAIRE de soumission SIMPLIFIEE du CEHF :

1. Étude rétrospective
2. **Mémoires prospectifs non interventionnels ou interventionnels consistant uniquement en des questionnaires hors routine.** Tout autre mémoire prospectif doit être soumis par la procédure classique.
3. **Études impliquant du matériel corporel humain, seulement si le type de soumission est « simplifiée » dans le tableau ci-dessous** (par opposition à la soumission « classique » qui se fait avec le Document 1). *Merci de cocher la ou les cases correspondant à votre (vos) types d'étude(s) dans le tableau.*

Matériel corporel humain :	Données cliniques associées :		Type de soumission :	Commentaires :
Collecté spécifiquement pour les besoins de l'étude	☐ Oui ou non		Classique	Il s'agit d'une étude prospective interventionnelle
Résiduel, déjà disponible en biobanque et/ou au service d'anatomie pathologique (incluant résidu de sang)	☐ Non		Simplifiée	Il faut l'accord - du responsable de la biobanque - du chef de service d'anatomie pathologique (sauf si résidu de sang) (cf. questions correspondantes dans formulaires de soumission)
	☐ Oui	Données rétrospectives, c-à-d déjà disponibles au moment de l'accord final du CEHF	Simplifiée¹	
	☐ Oui	Données prospectives, c-à-d non encore disponibles au moment de l'accord final du CEHF (à collecter auprès du patient)	Classique	
Résiduel, mais collecté prospectivement (incluant résidu de sang)	☐ Non		Simplifiée	Il faut : - l'accord du chef de service d'anatomie pathologique (sauf si résidu de sang) - la description de la procédure et de la personne compétente pour déterminer le caractère résiduel du matériel (cf. questions correspondantes dans formulaires de soumission)
	☐ Oui	Données rétrospectives	Simplifiée¹	
	☐ Oui	Données prospectives	Classique	
Urine, selles, larmes, cheveux, sueur, ongles, lait maternel	☐ Non		Accord CEHF non nécessaire	La matériel correspond à des déchets et seules les données associées déterminent le type d'étude.
	☐ Oui	Données rétrospectives	Simplifiée	
	☐ Oui	Données prospectives	Classique	

¹ Cocher « étude rétrospective » ET « étude sur matériel corporel humain résiduel » aux pp. 3-4/8

Référence CEHF de l'étude :

NOM de l'investigateur responsable (professionnel de la santé):

Service : Faculté de santé publique

Coordonnées de l'investigateur : e-mail, téléphone, adresse

Cécile Piron

Grand Hôpital de Charleroi, Site Sainte-Thérèse

Rue Trieu Kaisin, 134

661 Montignies sur Sambre

Cecile.PIRON@ghdc.be

071/10.91.73

MEMOIRE (à remplir uniquement si vous êtes étudiant et que vous réalisez un mémoire)

☐ médecine

☐ soins infirmiers

☐ diététique

☐ kinésithérapie

☐ psychologie

☒ autres : Faculté de santé publique

Nom du Promoteur du mémoire : Cécile Piron

Nom de l'étudiant : Maude Huart

Coordonnées étudiant (e-mail, téléphone, adresse) :

Maude.huart@student.uclouvain.be

0486/49.24.24

22, Place des chasseurs Ardennais, 1030 Bruxelles

TITRE original du protocole de l'expérimentation

Quel est l'impact des centres de jour gériatriques sur le maintien à domicile de la personne âgée ?

Date : 12/11/2019

CHAPITRE 1 - BUTS ET JUSTIFICATIONS DE L'EXPÉRIMENTATION

1. BUTS et ORIGINALITÉ de l'expérimentation

Le but de l'expérimentation est de déterminer si le centre de jour gériatrique est un facteur favorisant le maintien à domicile de la personne âgée.

Quant à l'originalité, elle réside dans le fait d'explorer des stratégies permettant à la personne âgée de continuer à vivre dans son environnement. Le vieillissement de la population est une préoccupation de plus en plus présente dans le domaine de la santé publique. En effet, le nombre de personnes âgées ne cesse de croître ce qui risque de poser un problème pour

répondre à la demande grandissante de place en maison de repos et de soins. De plus, le placement en maison de repos étant souvent vécu comme un déchirement, l'étude d'une alternative peut s'avérer, alors, très intéressante.

2. JUSTIFICATION de l'expérimentation

Le but sera de réfléchir aux barrières et aux facteurs favorisant le maintien à domicile de la personne âgée. La question sera traitée, par le biais d'entretiens semi-directifs, auprès de patients fréquentant un centre de jour gériatrique et auprès de leurs aidants proches.

CHAPITRE 2 - EXPÉRIMENTATION PROPREMENT DITE

1. DISCIPLINE dont relève l'étude

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Chirurgie | ☐ Psychiatrie | ☐ Soins intensifs |
| ☐ Médecine interne | ☐ Oncologie/radiothérapie | ☐ Soins palliatifs |
| ☐ Gynécologie/obstétrique | ☐ Biologie clinique | ☐ Soins infirmiers |
| ☐ Pédiatrie | ☐ Bactériologie/virologie | ☒ Autres : Santé publique |

2. PROMOTEUR de l'étude

Etude non-commerciale (académique)

- ☐ Cliniques universitaires Saint-Luc
☒ Université catholique de Louvain
☐ Autre :

Etude commerciale

- ☐ Promoteur industriel

Nom :

Adresse :

Personne de contact

Nom :

E-mail :

Téléphone

3. TYPE d'étude

☐ **Etude rétrospective** (examen du passé en utilisant des données déjà disponibles et pour autant que d'aucune façon il ne soit acquis de nouvelles données)

- Période durant laquelle les données ont été collectées auprès des patients (données sources)
 - De A

- Période durant laquelle les données seront analysées par l'investigateur
 - De ... A
- Méthode d'anonymisation des données (identifiant neutre : ne pas utiliser le numéro administratif St Luc, ni la date de naissance, ni une combinaison des initiales et de la date de naissance) :
- Méthodes statistiques utilisées:
- En respect de la loi du 19/12/2008, allez-vous vérifier l'absence de refus d'utilisation des données rétrospectives à des fins de recherche scientifique émis par le patient (via Medical Explorer) ? ☐ oui ☐ non

Si étude rétrospective, aller directement au Chapitre 3 : Autres renseignements/point 2 Confidentialité et ne pas compléter les autres points.

☐ **Etude sur matériel corporel humain résiduel** (partie de matériel corporel humain prélevée en vue de l'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement du donneur qui, après qu'une partie suffisante et pertinente a été conservée pour établir, parfaire ou compléter le diagnostic ou le traitement du donneur sur la base de nouvelles données scientifiques, est redondante par rapport à ces objectifs et qui pourrait dès lors être détruite)

- En respect de la loi du 19/12/2008, allez-vous vérifier l'absence de refus d'utilisation de matériel corporel humain à des fins de recherche scientifique émis par le patient (via Medical Explorer) ? ☐ oui ☐ non
- S'il s'agit de matériel résiduel collecté prospectivement, décrivez la procédure suivie pour déterminer qu'il s'agit bien de matériel résiduel
- S'il s'agit de matériel résiduel collecté prospectivement, qui est la personne compétente pour déterminer qu'il s'agit de matériel résiduel ?

NOM, Prénoms :

Qualité :

- ☐ chirurgien
☐ anatomo-pathologiste

- Y a-t-il un transfert de matériel résiduel entre entités juridiques différentes (p. ex. entre les CUSL et l'UCL, ou entre les CUSL et une spin-off de l'UCL, ou entre l'UCL et une spin-off de l'UCL, ou entre les CUSL et une entreprise pharmaceutique) ?

- ☐ Oui (Fournir au CEHF la convention de transfert et décrire les conditions de la convention)
☐ Non

Conditions (financières, propriété intellectuelle, ...) :

Si étude sur matériel corporel humain résiduel, aller directement au Chapitre 3 : Autres renseignements/point 2 Confidentialité et ne pas compléter les autres points.

☒ **Mémoire prospectif :**☐ **non interventionnel** (assurance même sans faute à contracter), y compris questionnaire ou enquête lors d'une visite de routine☒ **interventionnel** (assurance même sans faute à contracter) :☒ questionnaire ou une enquête (si visite supplémentaire ou appel téléphonique pour le questionnaire, ou si le questionnaire est rempli à domicile)

- ☐ Médicamenteux
☐ Dispositifs médicaux
☐ Examens divers

→ **Mémoire à soumettre
par procédure classique**

4. ETUDE MONO/MULTICENTRIQUE☒ Monocentrique☐ Multicentrique – CEHF = comité d'éthique principal

Quels sont les comités d'éthique locaux (nom, adresse et n° de fax des comités) ?

☐ Multicentrique – CEHF = comité d'éthique local

Quel est le comité d'éthique principal (nom, adresse et n° de fax) ?

5. Choix des SUJETS• sujets sains OUI ☒ NON ☐• sujets malades OUI ☐ NON ☐

quelle affection ?

(3 lignes maximum)

• nombre de sujets prévus: 30 maximum

• âge minimum : 75 âge maximum : 105

• sexe : masculin ☒ féminin ☒**Population cible :**☒ Adultes capables d'exprimer leur volonté☐ Urgences☐ Incapables☐ Déments☐ Inconscients☐ Pédiatriques☐ Femmes enceintes ou allaitantes

- ☐ Embryons
☐ Autre :

6. LIEU où sera effectuée l'expérimentation :

Les entretiens auront lieu soit dans le centre de jour que fréquente le répondant, soit à son domicile.

Les sujets subiront-ils l'expérimentation ?

en ambulatoire ☒ en hospitalisation ☐ mixte ☐

CHAPITRE 3 – AUTRES RENSEIGNEMENTS**1. ASSURANCE**

- Les risques que peut entraîner pour le malade ou le volontaire sain une participation à l'expérimentation sont couverts par une assurance en responsabilité même sans faute
OUI ☒ NON ☐
- Qui est le preneur d'assurance ?

2. CONFIDENTIALITÉ

- La confidentialité des données de l'étude est-elle assurée ? OUI ☒ NON ☐
- L'anonymat du patient est-il garanti par la confidentialité des dossiers de l'étude et prévue dans le protocole de l'expérimentation ? OUI ☒ NON ☐
- Si NON à l'une des questions, comment assurerez-vous le secret du dossier médical du patient durant l'étude et/ou lors d'éventuels contrôles ultérieurs ?

3. CONDITIONS FINANCIERES

- Qui prend en charge les frais liés à l'étude ? (grant, compte clinique, ...)
Il n'y a pas de frais liés à l'étude.

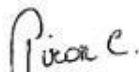
CHAPITRE 4 : RESPONSABLE DE L'EXPERIMENTATION

« Je déclare assumer l'entière responsabilité de l'expérimentation dont le projet est décrit ci-dessous et certifie que les renseignements fournis correspondent à la réalité, compte tenu des connaissances actuelles. »

Date : Le 15/12/2019

Nom/Prénom : Cécile Piron

Signature de l'investigateur responsable :

**En cas de mémoire prospectif, signature du chef de service, pour accord et information :**

Date :

Nom/Prénom :

Signature du chef de service :

En cas d'étude rétrospective, signature du chef de service responsable des patients concernés :

Date :

Nom/Prénom :

Signature du chef de service :

En cas d'étude sur matériel corporel humain résiduel, signature du responsable de la biobanque et du chef de service d'anatomie pathologique :

Responsable de la Biobanque :

Date :

Nom/Prénom :

Signature :

Chef de service d'anatomie pathologique :

Date :

Nom/Prénom :

Signature :

FORMULATION de l'AVIS DU CEHF

Cocher la ou les case(s) correspondante(s).

- ☐ étude rétrospective
- ☐ étude sur matériel corporel humain résiduel
- ☐ mémoire non interventionnel
- ☐ mémoire interventionnel consistant uniquement en un questionnaire ou une enquête hors routine

Titre de l'étude :

..... (nom, prénom) soumet pour approbation les documents ou demande repris ci-dessous
(indiquer les versions et les dates):

Feuille d'information

Formulaire de consentement

Exemption de consentement (art. 9 §2 e) a) de la loi du 8/12/1992 relative à la protection de la vie privée)

Résumé de l'étude

Protocole

Questionnaire – enquête

CV de l'étudiant

CV du promoteur – investigateur principal

L'assurance en responsabilité civile "même sans faute" (art. 29 de la loi du 7/05/2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine) sera contractée auprès du service des Assurances de l'UCL

Autre(s):

A compléter par le CEHF

Le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a bien reçu, examiné l'ensemble des documents relatifs au projet de recherche susmentionné.

L'avis du CEHF est

favorable: le projet peut être initié

provisoire: tenir compte des remarques et modifications suivantes:

Formulaire d'information:

.....

.....

Formulaire de consentement:

.....

.....

Respect de la confidentialité:

Anonymisation des données:

Autre(s):

.....

défavorable: le projet ne peut pas être initié

Référence du CEHF: (à mentionner lors de toute correspondance ultérieure)

N° d'enregistrement belge: B 403.....

Date et signature:
Professeur J.M. MALOTEAUX
Président CEHF

Annexe 3 : Information – Consentement participant

INFORMATION AU PARTICIPANT

« Quel est l'impact des centres de jour gériatriques sur le maintien à domicile de la personne âgée ? »

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une enquête. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette enquête.

Objectif et description de l'enquête

Il s'agit d'une enquête qui devrait inclure environ 30 participants dont à peu près 30 en Belgique.

L'objectif de cette enquête consiste à évaluer l'impact des centres de jour gériatriques sur le maintien à domicile de la personne âgée. Les personnes interrogées, ainsi que leur aidant proche interrogé également, vont nous permettre de déterminer si la fréquentation d'un centre de jour a été un élément décisif pour continuer à envisager leur projet de vie à leur domicile.

Si vous acceptez de participer à cette enquête, il vous sera demandé de répondre à un questionnaire. Il vous sera demandé de participer à l'enquête une seule fois pendant environ 60 minutes.

Promoteur de l'enquête

Le promoteur de l'enquête est l'Université catholique de Louvain-La-Neuve.

Participation volontaire

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de

raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'*enquête* font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette enquête n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Bénéfices et risques

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure connaissance de barrières et des leviers influençant le maintien à domicile de la personne âgée.

Assurance

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette enquête, ce dommage sera indemnisé par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

Noms et coordonnées de l'assureur :

Ethias SA, rue des Croisiers 24, Liège

Numéro de police :

45.399.955

Protection de la vie privée

Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement confidentielles. Votre anonymat sera respecté du début jusqu'à la fin. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. Votre nom sera remplacé par un numéro de dossier. **En outre, toutes les données relatives à cette enquête seront supprimées en juin 2023 au plus tard.**

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (réglementation générale

européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante : privacy@uclouvain.be

En cas de plainte concernant le mode de traitement de vos données, vous pouvez contacter l'Autorité Belge de Protection des Données : Rue de la Presse 35 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02 274 48 00 - e-mail : contact@apd-gba.be

Comité d'éthique

Cette enquête est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le comité Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain, qui a émis un avis favorable le (ne pas compléter à ce stade-ci, mais au début de l'étude, mentionner la date qui figure sur l'accord final du comité d'éthique).

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCLouvain.

E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be

Téléphone : 02 764 55 14

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)),

.....

déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'enquête « Quel est l'impact des centres de jour gériatriques sur le maintien à domicile de la personne âgée ? »

2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au participant. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.
4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain.
5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de
- la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ;
 - la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
 - la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;

- les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.

7. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'enquête.

8. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

Signature du (de la) participant(e)

Date (jour/mois/année)

Je, soussigné, Mme/Mlle/M. (NOM, Prénoms) Huart Maude, confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au (à la) participant(e) mentionné(e) ci-dessus.

Signature de la personne qui procure l'information

Date (jour/mois/année) |

Annexe 4 : Amendement du comité d'éthique

Université de Louvain
Faculté de médecine

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

Bruxelles, ce 13 février 2023

A l'investigateur responsable:

Mme Cécile PIRON
Grand Hôpital de Charleroi
Site Sainte Thérèse
Rue Trieu Kaisin 134
6610 Montignies sur Sambre

Cc : maude.huart@student.uclouvain.be

AMENDEMENT – avis favorable

Concerne : 2019/17DEC/565 - N° Enregistrement Belge : B403202043166

N° Protocole : MÉMOIRE

Acronyme : n/a

Intitulé : Quel est l'impact des centres de jour gériatriques sur le maintien à domicile de la personne âgée ?

Cher Collègue,

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a pris connaissance de l'amendement substantiel relatif à l'étude susmentionnée et portant sur la prolongation de l'étude :

- DIC V2 modifié février 2023
- Attestation d'assurance dd 18 nov 2022 (valide jusqu'au 01/10/2023)

En tant que comité d'éthique principal désigné par le promoteur, selon les directives de la loi du 07 mai 2004, nous approuvons cet amendement et marquons notre accord pour la poursuite de ce projet.

Nous rappelons à l'investigateur qu'il est personnellement responsable de cette étude et au promoteur qu'il est responsable de la conformité linguistique des formulaires d'information et de consentement.

Nous vous prions d'agréer, cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Pharm. P. de PIERPONT
Membre CEHF



Prof. J.-M. MALOTEAUX
Président

	Composition du Comité d'éthique hospitalo-facultaire nominatif	
		Commission d'éthique hospitalo-facultaire Date d'application : 13/02/2023
CEHF-FORM-006-15.0		

Comité d'éthique hospitalo-facultaire (CEHF)

COMPOSITION (cfr CEHF-DSQ-005_Description fonctionnement CEHF)

- Président - Vice-présidents - Secrétaire - Docteurs en Médecine attachés aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ou à la Faculté de Médecine de l'UCL - Médecins Omnipraticiens ou Extérieurs aux Cliniques Universitaires Saint-Luc - Ethicien - Juriste - Infirmières (Cliniques universitaires Saint-Luc) et Assistante Sociale - Psychologue - Pharmaciens Hospitalier des Cliniques Universitaires Saint-Luc - Méthodologiste - Collaborateurs Scientifiques, PhD - Représentants Volontaires Sains	- Jean-Marie MALOTEAUX, Docteur en médecine - Véronique DUVEILLER, Pharmacien - Emmanuelle VAN HELLEPUTTE, Juriste et représentante des patients* - Yves HUMBLET, Docteur en médecine - Isabelle SCHEERS, Docteur en médecine - Martine BERLIERE - Yves HORMANS - Laurent HOUTEKIE - Luc ROEGERS¹ - Bénédicte BRICHARD¹ - Christiane VERMYLEN - Dominique LAMY - Patrick EVRARD (Cliniques Mont-Godinne)¹ - Eric GAZIAUX - Alain LOUTE - Geneviève SCHAMPS - Cécile COUPEZ - Oknam MICHOTTE¹ - Nicolas VERMEULEN¹ - Pascale de PIERPONT¹ - Séverine HALLEUX¹ - Niko SPEYBROECK - Isabelle de HEMPTINNE¹ - Anne GABRIEL¹ - Olivier BLEUS et/ou Stéphanie CHAPUT¹
---	---

¹ : invité

* Membre remplaçant comme représentante des patients : Aurélie Carlier