

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ÉTUDES RÉGIONALES

par

Anne Simard
B.A. en Sciences sociales

Le travail et la vie en résidence : un défi
pour les gestionnaires, les intervenants
et les personnes âgées du saguenay

Novembre 1999



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

Dans ce document, l'auteur emploie généralement la forme masculine qui fait référence tant aux hommes qu'aux femmes.

Ce choix a été fait dans l'unique souci de simplifier la lecture du texte.

RÉSUMÉ

LE TRAVAIL ET LA VIE EN RÉSIDENCE : UN DÉFI POUR LES GESTIONNAIRES, LES INTERVENANTS ET LES PERSONNES ÂGÉES DU SAGUENAY

Le Québec, tout comme le Canada, se voit confronté, depuis les dernières décennies, à une réalité à la fois nouvelle et préoccupante : le vieillissement de la population. Les gouvernements actuels, dans un objectif de rationalisation, optent pour la réduction de l'hébergement institutionnel des personnes âgées. Ils orientent par conséquent leurs politiques et programmes en fonction d'une prise en charge accrue par la communauté et le secteur privé de l'hébergement pour aînés. La désinstitutionnalisation représente à plusieurs égards un défi de taille pour les gestionnaires et les intervenants oeuvrant dans le domaine tout comme pour les personnes qui l'intègrent. Ceci, tant au plan national que régional.

En effet, plusieurs dangers guettent l'expansion du secteur de l'hébergement privé et la situation des individus qui y travaillent et y vivent. Entre autres, les tendances à l'alourdissement des tâches et de la clientèle, des conditions de travail inadéquates, l'insuffisance de ressources internes et externes, les objectifs de rentabilité et de compétitivité, et le manque de formation et de soutien sont des facteurs qui risquent d'affecter grandement le travail quotidien du personnel et le fonctionnement des résidences. De plus, ces menaces risquent de compromettre la sécurité et la protection de la clientèle hébergée, et de favoriser la négligence et l'exploitation de cette dernière.

Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en Études régionales, mais également d'une étude plus globale soutenue financièrement par la Société canadienne d'hypothèque et de logement. Il entend étudier les contraintes et les difficultés que rencontre le personnel oeuvrant dans le secteur de l'hébergement privé au Saguenay tout en prenant en considération le point de vue des aînés demeurant dans ce type de ressources.

C'est donc à partir d'une approche mixte que nous avons décelé les obstacles et les limites auxquels sont confrontés les gestionnaires et les inter-

venants oeuvrant dans les résidences privées pour personnes âgées autonomes ou en perte d'autonomie. Nous avons également identifié leurs besoins de formation dans une perspective de réponse globale aux besoins et attentes des aînés qu'ils côtoient.

Les résultats obtenus nous amènent à conclure, entre autres, que les gestionnaires et les intervenants sont confrontés à des rôles complexes et à des difficultés quotidiennes dans l'exercice de leurs fonctions respectives. Toutefois, certaines contraintes leur sont communes. Sous plusieurs aspects de leur travail, ils constatent le manque de ressources et le sentiment d'être démunis au regard des besoins des aînés. De nombreuses lacunes au plan de la formation sont également mentionnées par les gestionnaires et les intervenants ainsi que leurs besoins dans ce domaine.

Les responsabilités et les tâches qui incombent aux gestionnaires et aux intervenants sont de plus en plus lourdes et nécessitent une disponibilité qui interfère avec leur vie personnelle et les besoins des résidents. Une majorité d'entre eux éprouvent des difficultés en ce qui a trait à la gestion du personnel, aux interactions avec les résidents ou leurs proches et aux besoins psychosociaux des aînés. La gestion des problèmes de santé ou de perte d'autonomie des aînés constitue également une préoccupation majeure pour le personnel. Peu de gestionnaires ou d'intervenants possédaient une expérience de travail auprès de personnes âgées avant d'occuper leurs fonctions actuelles et l'absence quasi généralisée de formation gérontologique est constatée. Les gestionnaires, les intervenants et les personnes âgées reconnaissent que des qualités personnelles et des compétences particulières sont nécessaires pour travailler auprès des aînés vivant en résidence privée et qu'une formation spécifique et adéquate est souhaitée.

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance et ma vive appréciation aux personnes qui m'ont encouragée et soutenue au cours des étapes qui ont mené à la production de ce mémoire. Ainsi, je remercie Danielle Maltais et Suzie Robichaud qui m'ont dirigée de manière très professionnelle et qui ont fait preuve d'une très grande disponibilité tout en me faisant bénéficier de leurs nombreuses et pertinentes expériences. Je tiens aussi à souligner les encouragements reçus de mon ami Raymond, de mes deux filles Isabelle et Valérie, et la confiance qu'ils m'ont témoignée. Je profite de cette occasion pour dédier ce mémoire aux nombreuses personnes qui ont participé à sa production et sans l'apport desquelles le projet n'aurait pu être réalisé : les gestionnaires, les intervenants et les personnes âgées des résidences privées du Saguenay qui ont chaleureusement accepté de participer aux entrevues. Je souhaite que l'information produite leur soit bénéfique et qu'elle puisse mener à l'amélioration de leur qualité de vie au travail ou à un accroissement de leur bien-être dans la poursuite de leurs activités quotidiennes.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
REMERCIEMENTS.....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	ix
LISTE DES TABLEAUX.....	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I LE TRAVAIL ET LA VIE EN RÉSIDENCE PRIVÉE : LA COMPLEXITÉ DE LA SITUATION	
1.1 Les éléments de la problématique.....	7
1.2 Les intervenants et les gestionnaires : un portrait global.....	12
1.3 L'intégration et le quotidien des personnes âgées en résidence	15
1.4 Le rôle des préposées dans les résidences pour personnes âgées	20
1.5 Les conditions de travail et la rémunération.....	26
1.6 Le comportement et les attitudes du personnel envers les résidents.....	29
1.7 La formation et les attitudes.....	35
1.8 Les gestionnaires de résidences : l'émergence d'un nouveau rôle.....	38
1.9 Les habiletés et les compétences chez les gestionnaires.....	42
1.10 L'imminence des besoins de formation des gestionnaires et des intervenants.....	43
1.11 La compréhension à la base de l'intervention.....	46

CHAPITRE II LES CADRES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

2.1	Un cadre théorique : la diversité dans les approches.....	49
2.2	Le cadre conceptuel et le cadre de référence.....	56
2.2.1	Quelques définitions conceptuelles.....	57
2.2.2	Le portrait du secteur de l'hébergement privé au Saguenay.....	59
2.2.3	Les caractéristiques physiques et organisationnelles de l'échantillon.....	62
2.3	La stratégie et la méthodologie de la recherche.....	68
2.3.1	La technique de collecte des données.....	70
2.3.2	La constitution des échantillons.....	73
2.3.3	Les caractéristiques sociodémographiques et le déroulement des entrevues.....	76

CHAPITRE III LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

3.1	La situation relative à l'emploi des gestionnaires et des intervenants.....	80
3.1.1	Le titre et le statut de propriétaire des gestionnaires.....	81
3.1.2	Les expériences antérieures et les horaires de travail.....	81
3.1.3	Les motifs poussant les individus à travailler auprès de personnes âgées.....	83
3.2	Les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail.....	84
3.3	La perception des gestionnaires et des intervenants concernant la clientèle âgée et ses besoins.....	89
3.4	La dimension administrative du travail des gestionnaires.....	94
3.4.1	Les difficultés rencontrées.....	96
3.5	Les interactions et les rapports des gestionnaires et des intervenants avec les résidents et leurs proches.....	98
3.5.1	Les activités réalisées.....	99
3.5.2	Les aspects positifs.....	100

3.5.3	Les aspects négatifs.....	101
3.5.4	Les difficultés majeures des gestionnaires et des intervenants	103
3.6	Les activités sociales et récréatives.....	104
3.7	L'assistance et le support aux résidents	106
3.7.1	Les besoins de nature psychosociale des résidents.....	110
3.7.2	Les situations provoquant un sentiment d'impuissance chez les gestionnaires et les intervenants.....	112
3.7.3	Les difficultés rencontrées	113
3.7.4	Le sommaire des principales difficultés rencontrées par les gestionnaires et les intervenants.....	115
3.8	Les situations de stress au travail.....	117
3.9	Le point de vue sur les compétences et les habiletés.....	118
3.9.1	Les qualités requises.....	121
3.9.2	Les améliorations souhaitées des compétences, habiletés et qualités	122
3.10	La formation : constat, besoins, incitatifs et obstacles des gestionnaires et des intervenants.....	123
3.10.1	La formation antérieure et actuelle.....	124
3.10.2	Les besoins de formation	126
3.10.3	Les facteurs incitatifs et les obstacles à la formation	127
3.11	Le point de vue des aînés vivant en résidence.....	129
3.11.1	La décision d'intégrer une résidence	130
3.11.2	L'arrivée en résidence et l'intégration à la vie en collectivité.....	131
3.11.3	La perception des aînés de la qualité de vie en résidence.....	132
3.11.4	Les attentes et l'expression des besoins des aînés face à la ressource	134
3.11.5	Les perceptions et les attentes face aux intervenants.....	136
3.12	Les faits et points saillants	139

3.12.1	Le contexte général.....	140
3.12.2	Les principales difficultés rencontrées par les gestionnaires et les intervenants.....	140
3.12.3	Le point de vue sur les compétences, habiletés et qualités personnelles requises.....	142
3.12.4	La formation et l'expérience	144
3.12.5	Le point de vue des personnes âgées	147

CHAPITRE IV L'ANALYSE ET LA DISCUSSION DES RÉSULTATS

4.1	Le portrait type des gestionnaires et des intervenants.....	152
4.2	Les aspects difficiles du travail des gestionnaires et des intervenants	157
4.3	Les difficultés des intervenants : un retour aux écrits.....	161
4.4	Les difficultés et les facteurs d'insatisfaction au travail des intervenants	164
4.4.1	La lourdeur de la tâche au plan physique et émotionnel.....	164
4.4.2	Les difficultés interactionnelles.....	168
4.4.3	Les conditions de travail et la rémunération.....	169
4.5	Les préalables nécessaires pour travailler auprès des aînés	170
4.5.1	Les habiletés, attitudes et qualités personnelles requises.....	172
4.5.2	Le point de vue des gestionnaires et des intervenants.....	173
4.5.3	La formation du personnel.....	176
4.5.4	Besoins de formation spécifiques aux gestionnaires	177
4.5.5	Besoins de formation exprimés par les intervenants.....	180
4.5.6	Besoins de formation communs aux gestionnaires et intervenants.....	181
4.5.7	Les motivations à acquérir de la formation.....	184
4.5.8	Les obstacles à l'acquisition de connaissances.....	184
4.6	Les attentes des aînés vivant en résidence privée	185

4.6.1	Les sentiments relatifs à l'intégration en résidence.....	186
4.6.2	Les caractéristiques recherchées par les aînés chez le personnel des résidences.....	189
CONCLUSION.....		193
BIBLIOGRAPHIE.....		202

ANNEXES

- Annexe A : Grille de recensement des résidences
- Annexe B : Lettre d'introduction auprès des gestionnaires
- Annexe C : Formulaire de consentement
- Annexe D : Questionnaire aux gestionnaires de résidences
- Annexe E : Questionnaire aux intervenants
- Annexe F : Questionnaire aux personnes âgées

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Résidences privées au Saguenay selon le nombre d'unités de logement et les territoires des CLSC	59
Figure 2.	Nombre d'employés par catégories d'emplois et types de résidences.....	60
Figure 3.	Nombre de personnes hébergées selon les catégories de résidences et les territoires des CLSC	61
Figure 4.	Perception qu'ont les gestionnaires de la clientèle	91
Figure 5.	Perception qu'ont les intervenants de la clientèle.....	92
Figure 6.	Difficultés relatives aux tâches et activités administratives.....	96
Figure 7.	Fréquence des difficultés relatives à l'organisation et à la réalisation d'activités selon les gestionnaires et les intervenants	105
Figure 8.	Fréquence de l'aide demandée pour des questions et problèmes d'ordre personnel selon les deux catégories de répondants	107
Figure 9.	Fréquence de l'expression des besoins et difficultés de nature psychosociale des personnes âgées aux deux catégories de répondants	110

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Principaux stéréotypes et facteurs d'attitudes négatives envers les aînés.....	30
Tableau 2.	Répartition de l'échantillon des résidences selon le type et le nombre d'unités de logement.....	63
Tableau 3.	Types d'équipement de cuisine disponible selon le nombre d'unités de logement.....	64
Tableau 4.	Critères d'admission en fonction du type de résidence	64
Tableau 5.	Personnes concernées dans le processus de transfert ou d'éviction selon l'importance des mentions.....	66
Tableau 6.	Disponibilité et gratuité des services offerts par les résidences participantes	68
Tableau 7.	Nombre et catégories de répondants en fonction du type de résidence.....	75
Tableau 8.	Répartition des intervenants ayant accepté ou refusé de compléter le questionnaire selon les catégories d'emploi	76
Tableau 9.	Caractéristiques sociodémographiques des gestionnaires et des intervenants	77
Tableau 10.	Durée des entrevues selon le type de répondants	78
Tableau 11.	Facteurs d'insatisfaction au travail chez les intervenants.....	85
Tableau 12.	Facteurs de satisfaction au travail chez les gestionnaires.....	86
Tableau 13.	Principaux facteurs d'insatisfaction chez les gestionnaires	87
Tableau 14.	Commentaires descriptifs des gestionnaires de leur clientèle	90
Tableau 15.	Identification des principaux besoins des personnes âgées par les répondants	94

Tableau 16. Nombre de gestionnaires éprouvant des difficultés relatives à certains aspects de la gestion du personnel.....	98
Tableau 17. Principales difficultés perçues dans les relations avec les résidents selon le statut des répondants et l'ordre d'importance.....	103
Tableau 18. Sommaire des principales difficultés rencontrées par les gestionnaires et les intervenants.....	116
Tableau 19. Habiletés et compétences nécessaires selon les intervenants	120
Tableau 20. Qualités personnelles identifiées par les répondants	122
Tableau 21. Types de formation acquise par les gestionnaires à l'extérieur du milieu de travail	124
Tableau 22. Besoins de formation identifiés par les gestionnaires et les intervenants.....	127
Tableau 23. Facteurs incitatifs à la formation chez les gestionnaires et les intervenants.....	128
Tableau 24. Obstacles et empêchements à l'acquisition de formation.....	129
Tableau 25. Sentiments ressentis face au personnel.....	137
Tableau 26. Perception des aînés face aux comportements et attitudes des intervenants à leur endroit	139
Tableau 27. Difficultés rencontrées par les gestionnaires et les intervenants des résidences privées du Saguenay.....	143
Tableau 28. Compétences, habiletés et qualités personnelles identifiées par les gestionnaires et les intervenants.....	145
Tableau 29. Besoins, incitatifs et obstacles à la formation selon les gestionnaires et les intervenants.....	147
Tableau 30. Perceptions des aînés de la qualité d'une résidence et de son personnel.....	149

INTRODUCTION

J'ai bu à la coupe de la vie et je me suis aperçue que tout le sucre était resté au fond.

Julia Ward Howe

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'un phénomène sans précédent pour nos sociétés contemporaines : le vieillissement de la population. Cette nouvelle réalité sociale, qui touche autant les pays industrialisés que ceux en voie de développement, jumelée à une modification de l'engagement de l'État aux plans économique et social, nous pousse à une interrogation accentuée et à la recherche de solutions efficaces afin d'assurer des conditions de vie décentes aux aînés.

On estime qu'en 1997, les Canadiens âgés de 65 ans et plus représentaient 12,3 % de l'ensemble de la population, soit près de quatre millions de personnes. D'ici 2041, on prévoit que la population composant cette catégorie devrait atteindre 23 % de l'effectif global canadien (Statistique Canada, 1997). Par ailleurs, on envisage qu'au Québec, la population âgée de 75 ans connaîtra une croissance globale de 66,5 % entre 1991 et 2006 (Bernard et *al.*, 1995). Au Saguenay, la population âgée de 65 ans et plus, bien qu'affichant une proportion globale moindre que celle de l'ensemble du Québec, a quand même connu une progression marquée, passant de 4,1 % en 1971 à 10,5 % en 1996 (Société québécoise du développement de la main d'oeuvre, 1997).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (1994) évalue qu'actuellement environ 10 % de la population québécoise âgée de 65 ans et plus vit en résidences privées dont on estime le nombre à plus de 2 000. Plus près de nous, au Saguenay, la Société canadienne d'hypothèque et de logement considérait que 28 résidences privées étaient en opération en 1994 et que celles-ci hébergeaient près de 750 personnes. La Régie régionale de la santé et des services sociaux suggérait également à la même période que 82 résidences ne détenant pas de permis du ministère de la Santé étaient opérationnelles dans la région Saguenay—Lac-Saint-Jean à la même période (Villeneuve, 1994). L'actualisation de données que nous a permise le projet actuel démontre la progression marquée du phénomène de l'hébergement en résidence privée et de ce type de ressources. En effet, au 31 janvier 1997, nous avons constaté l'existence de 37 résidences privées hébergeant près de 1 400 personnes âgées au Saguenay. Ce qui suggère que la population hébergée dans les établissements privés a presque doublé au cours des trois dernières années. Parallèlement aux prévisions à la hausse de la population âgée, nous ne pouvons que prévoir la tendance à la progression du phénomène tant aux plans national, provincial que régional.

Dans un contexte de resserrement des critères d'admissibilité à l'hébergement institutionnel et du désir des personnes âgées de demeurer dans leur milieu de vie, l'intégration dans les résidences privées représente une réponse aux besoins physiques, psychologiques et sociaux des aînés aux prises avec des situations compromettant leur maintien dans la communauté. Une insuffisance de ressources, qu'elles soient d'ordre matériel ou humain, tout comme le

manque de formation et de soutien du personnel oeuvrant dans ce type d'hébergement risquent toutefois d'affecter la qualité de vie des résidents et de représenter un facteur de dégradation des conditions de travail pour le personnel. Jusqu'à maintenant, il existait peu d'information sur les conditions de travail et la formation des gestionnaires et des intervenants travaillant dans les résidences privées.

Cette recherche tente de cerner les principales difficultés, contraintes et besoins que rencontrent les gestionnaires et les intervenants oeuvrant auprès des personnes âgées dans le secteur de l'hébergement privé au Saguenay, dans une perspective de réponse adéquate aux besoins et aux attentes des aînés.

Plus précisément, l'ensemble de la démarche vise à dresser un portrait de la situation de l'hébergement privé au Saguenay, à faire ressortir les difficultés vécues par les gestionnaires et les intervenants et à vérifier l'existence de certaines similitudes et différences pouvant exister entre les différentes catégories de résidences. L'observation porte également sur les similarités au plan des difficultés rencontrées entre les résidences situées dans de grands centres urbains et celles ayant été incluses dans l'étude. Finalement, à travers l'expression des besoins, des incitatifs et des obstacles à la formation, nous tentons de délimiter les grands paramètres d'un profil des compétences requises afin d'intervenir auprès des aînés vivant en résidences privées.

Le premier chapitre de ce mémoire est consacré à la mise en contexte à travers une revue de littérature portant sur divers aspects du travail en résidence et sur le vécu de personnes âgées intégrant ce type de ressources. Le second porte sur l'opérationnalisation de la démarche et précise le cadre théorique et la méthodologie qu'elle sous-tend. Dans les troisième et quatrième chapitres, nous procédons respectivement à la description des résultats obtenus et à l'analyse de ces derniers en mettant en évidence le point de vue des gestionnaires, des intervenants et des personnes âgées ayant participé à l'exercice. La conclusion précise le bilan de la situation régionale en regard des informations fournies par la littérature consultée et des principaux résultats. Il rend également compte de certaines limites de la recherche et propose quelques éléments pouvant servir à l'élaboration d'un profil des compétences requises chez les gestionnaires et les intervenants, dans le but d'une amélioration de la qualité des interactions entre les gestionnaires, les intervenants et les résidents.

CHAPITRE I

LE TRAVAIL ET LA VIE EN RÉSIDENCE PRIVÉE : LA COMPLEXITÉ DE LA SITUATION

Cette recension des écrits vise à fournir des informations pertinentes sur les besoins qu'engendrent le phénomène du vieillissement de la population et le développement des ressources privées d'hébergement pour personnes âgées. Ces besoins se situant, dans le cadre de cet exercice, au plan des difficultés, des contraintes et des limites que rencontrent les gestionnaires et les intervenants dans l'exercice de leurs fonctions auprès de la clientèle âgée vivant en résidence privée avec ou sans but lucratif, des compétences requises et des besoins de formation. De plus, elle permet d'entrevoir certaines réalités auxquelles sont confrontées les personnes âgées qui intègrent ce type d'hébergement.

Dans l'univers complexe des résidences pour personnes âgées, les gestionnaires et les intervenants jouent un rôle crucial. Leurs comportements et leurs performances sont influencés par divers facteurs personnels et professionnels qui agissent sur la qualité des soins prodigués et sur le fonctionnement même des établissements.

Après une présentation des éléments de la problématique et d'un portrait global des intervenants, nous nous intéresserons dans un premier temps au vécu et aux attentes des aînés qui intègrent un milieu d'hébergement privé, au rôle des préposés dans cet environnement ainsi qu'aux difficultés quotidiennes qu'ils rencontrent. Par la suite, nous tenterons de cerner les principales attitudes du personnel envers la clientèle ainsi que l'influence que peut avoir la formation sur les comportements des intervenants. Finalement, nous aborderons certaines

réalités relatives au rôle des gestionnaires de résidences privées et à la formation du personnel oeuvrant auprès d'une clientèle âgée.

1.1 LES ÉLÉMENTS DE LA PROBLÉMATIQUE

Au Canada, on assiste actuellement au développement de politiques et de programmes privilégiant la désinstitutionnalisation, donc la réduction de l'hébergement institutionnel des personnes âgées. Parallèlement à ces mesures gouvernementales, le secteur de l'hébergement privé pour aînés se développe de façon plus ou moins anarchique. Ce développement confirme le glissement d'une préoccupation sociale, autrefois dévolue à l'État, vers le secteur privé où règne un climat de compétitivité qu'oblige la poursuite d'un objectif de rentabilité économique. D'une part, depuis les années 1980, on constate l'émergence d'une nouvelle classe d'entrepreneurs visant la prise en charge des aînés. D'autre part, on remarque que le nombre de personnes âgées de 85 ans et moins, vivant dans leur milieu naturel ou dans des résidences privées, tend à augmenter comparativement aux personnes du même groupe d'âge vivant en institution publique (Stone et Frenken, 1988). De plus, le nombre d'unités résidentielles dans les résidences privées serait supérieur à celui qu'offrent les ressources publiques d'hébergement (Leroux et Dion, 1992; Lévesque, 1991). Le développement des résidences privées non réglementées par l'État peut laisser libre cours à la prolifération et à l'utilisation de logements mal adaptés aux plans de la sécurité et de la protection des personnes âgées, mais également à l'exploitation et à la négligence d'une clientèle captive.

La plupart des documents utilisés proviennent de revues scientifiques américaines puisque la recherche canadienne et québécoise dans le domaine s'est peu intéressée au vécu du personnel travaillant dans le domaine de l'hébergement privé pour personnes âgées. Comme le mentionne d'ailleurs Lorraine Brissette :

Le développement du secteur de l'hébergement privé a fait l'objet de peu de recherches, le discours gouvernemental est très pauvre à ce sujet et les écrits des principaux groupes intéressés sont aussi peu abondants (Brissette, 1992b : 68).

Plusieurs chercheurs abondent également dans ce sens et dénoncent la pénurie de recherches dans le domaine (Chappell et Novak, 1994; Cohen-Mansfield, 1995; Fisk, 1984; Mercer et *al.*, 1993; Pillemer et *al.*, 1989; Waxman et *al.*, 1984). Il importe ici de préciser qu'aux États-Unis, un million et demi d'aînés vivent dans des ressources d'hébergement privées et qu'il existe près de 20 000 résidences de ce type appartenant généralement à de grandes chaînes. En 1990, environ 120 000 Américains y détenaient un emploi. Les conditions de travail y sont généralement très difficiles, le taux de syndicalisation y est faible, soit de 15 % (Fédération des affaires sociales, Confédération des syndicats nationaux, 1993), et l'on observe des différences importantes au plan des conditions de travail entre les syndiqués et les non-syndiqués (Broughton et Golden, 1995). Dans les milieux protégés, la santé physique des intervenants risque d'être altérée par l'absence d'équipements appropriés et les restrictions de personnel. Les soins aux aînés en convalescence postopératoire, aux personnes ayant des incapacités ou en phase terminale contribuent également à accroître les exigences du travail des intervenants (Hamb et Thériault, 1998). En

l'absence du rôle régulateur de l'État dans un univers où les normes et principes démocratiques sont quasi inexistantes, la syndicalisation permet la promotion et la préservation de conditions de travail meilleures, et procure une qualité améliorée des services et soins aux résidents (Vaillancourt et Jetté, 1997).

En ce qui concerne le Québec, même si l'hébergement d'aînés en établissements est en moyenne supérieur à ce que l'on constate dans d'autres pays en raison du manque de services de substitution (Fédération des affaires sociales et Confédération des syndicats nationaux, 1993), nous ne sommes guère plus avancés, car le développement anarchique des résidences privées ne facilite pas les investigations dans ce secteur. Malgré le peu de données sur le développement du secteur de l'hébergement privé, Vaillancourt et Bourque (1989) avaient estimé qu'environ 12 000 places étaient disponibles dans le réseau de l'hébergement privé, sans permis du ministère, pour l'ensemble du Québec :

Il faut souligner qu'aucun rapport de recherche ne fait état du nombre précis de résidences privées autofinancées. Selon une enquête menée par l'ACSSQ dans la région de l'Estrie et selon les extrapolations faites pour le Québec, il y aurait en 1989 environ 12,000 places de résidences sans permis, soit approximativement autant que dans les ressources autofinancées avec permis, conventionnées et pavillonnées (Brissette, 1992a : 161)

Cette proposition semble aujourd'hui largement dépassée selon Vaillancourt et Jetté (1997). Se référant à une étude non publiée du MSSS effectuée en 1995 auprès des ressources sans permis accueillant des personnes autonomes et semi-autonomes, les auteurs suggèrent que cette estimation était bien en dessous de la réalité ou qu'il y aurait eu une explosion du phénomène :

l'étude en question dégageant l'existence d'environ 2 500 résidences privées sans permis, comprenant une capacité totale d'accueil de 80 000 places, comblées à plus de 80 % par 65 000 personnes âgées dont 92 % seraient âgées de plus de 65 ans. Les auteurs précisent également que le phénomène de l'hébergement privé, en raison de la crise économique, se serait étendu au secteur unifamilial où l'on retrouverait des personnes lourdement affectées aux plans physique, mental et psychosocial. Les 80 000 places dont il est ici question concernent des ressources essentiellement marchandes, soit à but lucratif.

On remarque également l'absence de statistiques précises en ce qui a trait au nombre de personnes oeuvrant dans les résidences privées au Québec. Certaines données suggèrent qu'environ 3 000 personnes y oeuvreraient, que le taux de roulement y serait très élevé et que les relations de travail y seraient très conflictuelles (FAS-CSN, 1993). Selon la Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ), même si la majorité des résidences semble offrir un bon milieu de vie aux aînés, certains aspects demeurent très obscurs, notamment en ce qui a trait à la qualification du personnel. Le manque de formation du personnel, le peu ou l'absence d'activités organisées pour les résidents, le déficit en soins professionnels sont des lacunes importantes à considérer. On ne peut d'ailleurs que s'interroger davantage quant aux compétences détenues par le personnel face au constat de l'alourdissement majeur de la clientèle et des soins qu'elle nécessite (FAS-CSN, 1993). Bravo et *al.* (1997) ont d'ailleurs démontré que près de 40 % de la clientèle logée dans des ressources privées d'hébergement, détenant ou non un permis du ministère, était atteinte de déficits cognitifs graves. La perte d'autonomie des aînés ne semble donc pas un frein à l'admission, les

propriétaires n'hésitant pas à faire fi des réglementations existantes (Vaillancourt et Jetté, 1997).

Plus près de nous, au Saguenay—Lac-Saint-Jean, la situation semble également peu reluisante :

Au niveau local et régional, la prolifération rapide des résidences privées pour personnes âgées inquiète la population. Le manque d'information et d'orientation suscite beaucoup de questionnement et d'incertitude. Notre région ne fait pas l'exception à la règle (Saint-Onge et Saint-Onge, 1995 : 22).

Les auteurs précisent de plus que 35 % des résidents en ressources privées ne sont pas considérés comme autonomes. Ce qui semble assez contraire aux normes officielles proposées par le ministère de la Santé et des Services sociaux puisqu'on peut, par exemple, lire dans le guide préparé à l'intention des propriétaires de résidences privées :

Concrètement, le propriétaire d'une résidence doit déterminer jusqu'à quel moment il peut garder une personne âgée requérant des services de soins et/ou d'assistance. Cette dernière démontre normalement une perte d'autonomie lorsqu'elle requiert régulièrement de l'aide pour les activités de vie quotidienne telles manger, se lever, se laver, etc., pour faire contrôler sa prise de médicaments et lorsqu'elle nécessite des soins infirmiers réguliers, une stimulation pour manger, une surveillance pour ne pas s'égarer ou présente des signes de confusion ou un besoin de protection (MSSS, 1993 : 3).

Au regard des besoins des aînés et à la lecture des informations fournies par la revue des écrits, ces lignes directrices nous poussent à nous interroger sur le degré d'autonomie des personnes hébergées dans les résidences privées et

sur le degré d'acuité des gestionnaires et des intervenants qui y gravitent, face aux besoins des aînés. Même si, à l'instar de Vaillancourt et Jetté (1997), nous ne concluons pas à une qualité douteuse des services habituellement offerts dans ce type de ressources, nous ne pouvons qu'envisager, aux dires des auteurs, que leur orientation marchande puisse primer sur la dimension sociale que l'on devrait s'attendre d'y retrouver. Le recours à ces ressources de la part des institutions du secteur public de la santé ne constitue pas en lui-même un gage de leur crédibilité.

1.2 LES INTERVENANTS ET LES GESTIONNAIRES : UN PORTRAIT GLOBAL

Puisqu'une grande partie de la documentation utilisée est de provenance américaine, il nous apparaît important de procéder aux définitions de tâches des principaux intervenants travaillant dans les résidences privées, soient les préposés aux bénéficiaires. Nous avons donc établi un parallèle entre les aides (nursing assistant) et les préposés aux bénéficiaires des secteurs de l'hébergement privé américain et québécois. Ce parallèle nous est suggéré en fonction des caractéristiques des tâches inhérentes aux milieux de travail respectifs qui sont relativement les mêmes.

Dans la littérature américaine, le métier de préposé aux bénéficiaires est défini par un travail qui consiste à sortir les patients du lit, les laver, les baigner, les préparer pour certaines situations, faire leur lit (laver et changer les draps lorsque nécessaire), les aider pour l'habillement, les escorter à la salle à manger

au besoin, etc. Cette définition n'est pas exhaustive. D'autres tâches connexes telles le changement de sous-vêtements d'incontinence, l'assistance pour les besoins naturels, etc. peuvent y être ajoutées (Foner, 1994)

Au Québec, dans le cadre de la formation professionnelle au secondaire, la définition du métier de préposé aux bénéficiaires se lit comme suit :

Leur fonction principale consiste à prodiguer des soins de base, c'est-à-dire des soins liés à l'hygiène, au bien-être, à l'alimentation, à l'élimination, au déplacement et à la sécurité des bénéficiaires, et à leur fournir du soutien dans les activités de la vie quotidienne (ministère de l'Éducation du Québec, Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé, 1993: 3).

Afin de mieux connaître les difficultés que rencontrent les préposés aux bénéficiaires dans les résidences, un portrait global de leur situation socioéconomique contribue à une meilleure compréhension de leur vécu au travail. En se référant à la documentation américaine analysée, le préposé aux bénéficiaires est généralement de sexe féminin, âgé entre vingt et quarante ans, il appartient à un groupe minoritaire et possède un statut social et économique faible. Sa scolarité se limite généralement à l'obtention d'un diplôme de niveau secondaire ou moins, et sa formation professionnelle formelle est presque inexistante. Le métier exercé ne représente que rarement le premier choix de carrière des intervenants et diverses raisons les ont amenés à le pratiquer. Les propos suivants sont par ailleurs assez éloquentes :

Around Chicago, both white and black nurse's aides come from lower-income families. On average neither group enjoys much better than a high school education; and frequently they have only slight saleable skills. They seek work in nursing homes for various

reasons, and rarely as their first choice. Many of the younger ones have come to test the health care job market, or to hold down a job while still students, or, occasionally, urged on by a youthful idealism. Many of the older have served for longer periods, because not infrequently they are short both on self-confidence and career opportunities (Tellis-Nayak et Tellis-Nayak, 1989 : 308).

Dans le secteur public québécois, la rémunération et les conditions de travail avantageuses pour du personnel non spécialisé attirent une main-d'oeuvre pour laquelle ce type d'emploi correspond généralement à une situation temporaire, soit des étudiants ou des personnes dont le secteur d'activité est présentement contingenté. Ce qui contribue par ailleurs à l'augmentation du roulement de personnel dans les institutions (MEQ, 1993).

Chappell et Novak (1992) ont rapporté, dans une étude canadienne réalisée auprès du personnel de vingt-cinq résidences, que la durée moyenne à l'emploi était de 6,6 années alors que Broughton et Golden (1995) mentionnent un constat similaire, soit 7,9 années chez un échantillon de 273 préposés. Ces résultats divergent toutefois de l'étude de Claudill et Patrick (1989) qui rapporte une stabilité de beaucoup moindre, soit de 2,7 années.

Le gestionnaire typique est quant à lui décrit par Heumann (1988) comme étant de sexe féminin, du milieu de la quarantaine, ayant complété deux ou trois années d'études collégiales et effectué une réorientation en milieu de carrière. Il est généralement en poste dans la même résidence depuis moins longtemps que la moyenne de la durée de résidence des locataires. La plupart des gestionnaires travaillent à temps plein, ne gèrent qu'une seule résidence et ne

demeurent pas sur place. Leur rémunération annuelle se situe autour de 22 000 \$.

Selon l'auteur, il semble que les gestionnaires de résidences pour personnes âgées soient surtout embauchés pour leurs habiletés de gestion des immeubles et d'administration financière. Les locataires doivent alors trouver personnellement les moyens de résoudre leurs problèmes de perte d'autonomie et, au besoin, quitter volontairement la résidence lorsque leur situation s'est trop aggravée. Ces définitions nous permettent de constater la complexité des interventions auprès des personnes âgées et les difficultés qu'elles sous-tendent.

1.3 L'INTÉGRATION ET LE QUOTIDIEN DES PERSONNES ÂGÉES EN RÉSIDENCE

La décision d'intégrer une résidence privée pour aînés est le plus souvent liée à des facteurs qui poussent les gens à quitter leur ancien domicile qu'à des facteurs qui les incitent à s'installer volontairement dans le milieu protégé. Merrill et Hunt (1990) mentionnent que le déclin de la santé est la principale raison qui force les aînés à considérer l'hébergement en résidence privée. Viennent ensuite le désir de réduire les obligations liées à l'entretien d'une maison ou d'un appartement, le décès du conjoint et la perte de l'habileté à conduire. Sont considérés comme facteurs déterminants dans le choix de la résidence, le service de repas, l'aide d'urgence, la sécurité et le fait de demeurer à proximité des proches. Une enquête menée par la Société canadienne d'hypothèque et de logement précise que ce sont, dans l'ordre, le besoin de sécurité, l'état de santé

de la personne, la solitude et la recherche d'une meilleure qualité de vie qui sont les déterminants de l'intégration en résidence (SCHL, 1994).

Steinfeld (1982) souligne un changement de statut chez la personne qui intègre une ressource d'hébergement. De résident qu'elle était, celle-ci devient un nouvel arrivant. D'où l'importance de personnaliser la nouvelle unité de logement afin de diminuer le sentiment d'étrangeté. L'auteur précise également qu'un regroupement volontaire peut promouvoir des valeurs et des sentiments positifs, mais que tel n'est pas le cas chez les résidents des maisons d'hébergement. Les personnes âgées qui y vivent ne se sont pas regroupées pour partager des valeurs similaires, des comportements, des idées et des normes semblables. Elles sont plutôt confrontées à rebâtir un nouveau réseau social pouvant compenser celui qu'elles ont perdu, dans un environnement où elles ne retrouvent pas nécessairement des gens dont les schèmes culturels peuvent s'apparenter aux leurs. De plus, les résidents sont sujets à oublier la culture externe pour intégrer le moule institutionnel. Les pratiques de gestion des résidences ont le pouvoir, à travers leurs politiques et règles, d'encourager la dépendance, la déshumanisation et la déculturation.

Le nouvel arrivant est bien souvent peu renseigné sur la manière dont se prennent les décisions le concernant et sur le rôle des membres du personnel. Dans bien des cas, il éprouve des sentiments de perte et de deuil, en plus de devoir s'adapter à un nouveau mode de vie et à un environnement étranger. Pour plusieurs, l'adaptation au nouveau lieu de résidence se fait sans support moral. Confrontées à une nouvelle routine et au conformisme institutionnel,

certaines personnes âgées sombrent dans la dépression et voient leur fonctionnement intellectuel diminuer (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1992).

Les personnes vivant en résidence doivent pouvoir la considérer comme leur chez-soi et s'y sentir parfaitement intégrées, d'où l'accent qu'elles mettent sur la qualité des relations interpersonnelles existantes. Si les relations entretenues avec le personnel sont inadéquates ou insatisfaisantes, vivre en résidence peut s'avérer une expérience fortement négative (Pillemer et Moore, 1989). Pour plusieurs aînés, le fait de déménager en résidence constitue une situation négative et difficile à accepter, tout comme celle de la dépendance physique (Stein et *al.*, 1985).

La satisfaction des personnes âgées quant à leur lieu de résidence est également liée au contrôle qu'elles peuvent exercer sur leur environnement. Si ce contrôle est anéanti au profit de la routine institutionnelle et au détriment des minces possibilités de décisions que peuvent encore exercer les résidents, le fait de vivre en résidence peut être assimilé à une véritable catastrophe pour les personnes âgées. Chang (1978) a trouvé que le contrôle situationnel, telle par exemple, l'autodétermination dans les activités quotidiennes, est le facteur qui contribue le plus au maintien du moral des résidents âgés. Pohl et Fuller (1980) ont aussi évoqué que, pour les personnes âgées vivant en institution, la possibilité de faire des choix était la variable qui influençait le plus le moral des individus, suivie par le revenu qui est par ailleurs directement lié au contrôle. Maltais (1997), dans une recherche auprès de 238 personnes âgées vivant en

résidences privées sans but lucratif, souligne également que celles-ci ressentent un bien-être psychologique plus élevé dans les institutions où elles peuvent exercer un contrôle sur le processus décisionnel.

Dans le même ordre d'idées, certains auteurs proposent que chez les aînés vivant en résidence, la possibilité de contrôler et de prévoir leurs visites selon le moment et la durée voulus, augmente toutes les mesures liées à leur bien-être comparativement à des groupes qui reçoivent leur visite selon un horaire précis ou ceux qui n'en reçoivent pas (Caouette, 1995 ; Schulz 1976). Selon l'étude de Jirovec et Maxwell (1993), les résidents désirent avoir plus de possibilités de faire des choix. Les auteurs précisent aussi que la majorité des soins est donnée par des non-professionnels et qu'en intégrant la résidence, le comportement attendu des résidents par le personnel semble en être un de « patient », avec toutes les qualités de soumission que cela comporte. Les résidences ont été structurées selon le modèle « médical », lequel ne correspond pas à l'idée de la vie à domicile. Le manque de contrôle peut ainsi provoquer la frustration chez les résidents et contribuer à l'exacerbation de comportements difficiles (Brubaker, 1996).

Mamoll et Maxwell (1993) font ressortir la tendance marquée à déposer de leur autonomie les aînés qui intègrent un centre d'hébergement, sous prétexte qu'ils n'ont plus les habiletés fonctionnelles pour faire part de leurs choix . Tel que le mentionne Harper Patterson (1988), les intervenants ont une tendance à sous-estimer la capacité de décision des personnes âgées. Selon l'auteure, les aînés hébergés sont plus qualifiés que les professionnels ou toute

autre personne pour déterminer leurs attentes, pour connaître leurs besoins physiologiques et émotionnels de base ainsi que le confort et le niveau de sécurité qu'ils recherchent.

La perte du pouvoir de décision et le non-respect du rythme du résident contribuent à l'établissement d'une relation parent-enfant dans laquelle les intervenants font figure d'autorité. La peur de représailles, de perte d'affection du personnel, tout comme la crainte d'être renvoyé occasionnent le mutisme chez les aînés. Ainsi les doléances sont peu exprimées chez les résidents et par la famille également (CCNTA, 1992). Ces craintes peuvent aussi constituer des irritants qui influenceront les résultats des chercheurs quant à la satisfaction des aînés en relation avec les soins et services donnés (Delisle, 1996).

Selon la Coalition nationale des citoyens pour la réforme des résidences¹ (1985), ce que les personnes âgées apprécient le plus chez le personnel, ce ne sont pas le bagage scolaire, la formation, les techniques et les connaissances : ces éléments apparaissent plutôt en fin de liste de leurs exigences. Ce sont davantage les attitudes que le personnel adopte envers eux ainsi que leurs qualités humaines qui sont jugées primordiales par les résidents. Ainsi, les locataires apprécient surtout la politesse, la courtoisie, le respect, l'amitié, la bonne humeur et la gentillesse des intervenants. Les personnes âgées estiment aussi important d'être traitées avec dignité, patience, intérêt et sympathie, tout comme elles désirent que le personnel soit à leur écoute et prenne leurs doléan-

¹ National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform (NCCNHR) (1985), *A Consumer Perspective on Quality Care : the Resident' Point of View*, Washington, DC : National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform.

ces au sérieux (Goodwin et Trocchio, 1987; Tellis-Nayak et Tellis-Nayak, 1989). Le Conseil consultatif canadien sur le troisième âge adopte la même ligne de pensée :

L'écart entre les « bons » établissements et ceux qui le sont moins ne tient pas non plus nécessairement à une question de budget ou d'architecture et d'aménagement; d'après notre expérience, la qualité des soins dépend beaucoup plus de la philosophie du conseil d'administration et des directeurs, ainsi que de l'attitude et des connaissances du personnel (CCNTA, 1992 : 16).

1.4 LE RÔLE DES PRÉPOSÉS DANS LES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES

La documentation américaine met en évidence la place prépondérante qu'occupent les préposés dans les soins directs aux résidents. Ceux-ci constituent environ 45 % du personnel institutionnel et administrent environ 90 % des soins. Ils entretiennent par le fait même la majorité des contacts avec la clientèle des résidences (Brubaker, 1996; Burgio et Burgio, 1990; Fisk, 1994; Smyer et *al.*, 1992; Waxman et *al.*, 1984). Certains auteurs évaluent que la proportion de préposés dans les résidences s'établit à environ 70 % de l'ensemble du personnel (Tellis-Nayak et Tellis-Nayak, 1994). L'environnement dans lequel évoluent le personnel et les résidents est souvent dépeint comme un milieu où le stress et les conflits prédominent (Pillemer et Moore, 1989) et l'image des préposés véhiculée par les médias ne les laisse généralement pas voir sous leur meilleur jour (Foner, 1994). De plus, leur intervention auprès des personnes âgées est généralement associée à du « gardiennage » (Burgio et Burgio, 1990; Chartock et *al.*, 1988).

La recherche dans le domaine de l'hébergement pour gens âgés évalue que les préposés consacrent respectivement six fois plus de temps à prodiguer des soins personnels aux résidents que les infirmières diplômées et cinq fois plus que les infirmières auxiliaires (Tellis-Nayak et Tellis-Nayak, 1989). Certains chercheurs décrivent par ailleurs le travail des préposés comme très difficile au plan physique et émotionnellement épuisant (Berger, 1982; Collins et Owen, 1996; Foner, 1994; Hamb et Thériault, 1998). Foner (1994) mentionne que les préposés éprouvent des difficultés à manipuler physiquement des personnes fragiles et souvent peu mobiles. Confus, certains résidents réagissent parfois très mal et offrent une résistance physique. D'autres réitèrent des demandes auxquelles on a déjà répondu et usent d'un langage inapproprié à l'égard des préposés (insultes, injures, sobriquets, etc.).

Dans le même ordre d'idées, il est assez difficile d'occulter le fait que la détérioration mentale chez les « vieux-vieux »² est en hausse et que c'est une réalité avec laquelle les préposés doivent composer. D'ailleurs, plusieurs auteurs suggèrent que 60 % à 90 % des résidents dans les institutions de soins de longue durée sont atteints mentalement à divers degrés, et que cette situation contribue à alourdir le fardeau des intervenants (Chartock et *al.*, 1988; Redick, 1974; Reisberg, 1983). De plus, l'âge moyen des résidents américains est de 82 ans, et plusieurs d'entre eux sont atteints d'un ou plusieurs incapacités affectant leur autonomie (Fisk, 1984). Une étude récemment publiée par l'*American Journal of Public Health* rapportait également que l'on prévoyait une recrudescence alarmante des cas d'Alzheimer aux États-Unis, soit que les cas quadru-

² Selon la référence à de nouveaux regroupements par catégories d'âge ou à de nouvelles appellations, les aînés de 75 ans et plus peuvent être inclus dans ce groupe (Chappell, 1990).

pleraient d'ici cinquante ans. Les femmes seraient deux fois plus atteintes que les hommes en raison de leur espérance de vie plus élevée (La Presse canadienne, 1998).

Face au phénomène du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'espérance de vie en Amérique du Nord comme ailleurs, nous ne pouvons qu'envisager un élargissement du rôle des préposés auprès d'une clientèle qui s'alourdira de façon marquée, tant par le nombre que par les types de déficits cognitifs qui l'atteindront. On estime en effet que le nombre d'aînés canadiens atteints de démence en 1991 se situait à 190 000, soit une augmentation de 1 % par rapport à 1981, et que d'ici 2006, le nombre de personnes âgées atteintes de démence devrait se chiffrer à environ 324 000. Ce qui représente une augmentation de 71 % en 15 ans (CCNTA, 1993).

Le rôle des préposés aux bénéficiaires s'étend au-delà de la routine habituelle ou du simple entretien ménager. Fréquentes sont les situations où ils établissent des contacts personnels et émotionnels avec la clientèle et où ils ont à offrir un support psychosocial afin de satisfaire une gamme variée de besoins. Waxman et *al.* (1984), dans une étude sur les conséquences du roulement de personnel chez les préposés américains, ont établi celui-ci à un taux annuel de 40 % à 75 %. Les auteurs laissent sous-entendre que le phénomène a des retombées beaucoup plus importantes qu'une simple perte au plan administratif et financier, et qu'il peut avoir de sérieuses conséquences médicales et sociales. Un préposé qui quitte son milieu de travail emporte avec lui tout un bagage de connaissances de grande valeur : la connaissance du passé particulier de

chaque résident, la familiarisation avec les goûts et les habitudes de chacun, et la connaissance de l'état de santé des aînés. Ce savoir est directement lié à la coordination vitale de l'ensemble du fonctionnement de la résidence, et le départ des préposés n'est pas sans laisser de traces. D'autres auteurs confirment également cette situation qui mériterait par ailleurs qu'un intérêt particulier lui soit porté :

Some nursing homes in the Chicago area endure over a 100% staff turnover each year (Day & Berman, 1989). This constant overflow not only drain dollars (Stryker, 1982), but also cruelly disrupts the fragile social world of elderly residents. Personal care suffers when aides leave and take them the knowledge of residents' idiosyncrasies, habits, and medical conditions. Relationships are severed and the precious semblance of continuity in the life of elderly residents disappears, especially when the home routinely relies on temporary help from nursing pool (Tellis-Nayak et Tellis-Nayak, 1989 : 311).

Dans un environnement bien souvent déprimant, la personne âgée peut donc souffrir socialement de ces conditions, d'où une augmentation probable de sa confusion et de son agressivité.

Certains éléments de satisfaction se dégagent toutefois du travail des préposés. Parmi les principaux, figurent la possibilité d'aider les résidents à se sentir mieux en prenant soin d'eux, l'établissement d'une relation intime et sécurisante, l'intérêt personnel qu'on se voit porter par les résidents, les témoignages d'appréciation pour le travail effectué et le dévouement dont ont fait part, et le sentiment d'être considérés au plan humain (Foner, 1994). Fisk (1984) a d'ailleurs fait ressortir que l'élément le plus satisfaisant du travail des préposés se situait au plan des interactions avec les résidents. La satisfaction au travail

découle aussi du fait de posséder et de mettre en application des connaissances et techniques appropriées, et d'une rémunération conséquente. Toujours selon l'auteure, les éléments les plus frustrants du travail proviennent des conflits entre le personnel et avec les membres de la famille des résidents.

Selon Mercer et *al.* (1993), une grande part de la satisfaction au travail des préposés leur provient de l'appréciation verbale des résidents et de leur famille, et des dispositions des superviseurs ou gestionnaires à les écouter et à prendre en considération les difficultés qu'ils rencontrent.

À l'inverse, Black Doress (1990) rapporte que chez les préposés, les principales sources d'insatisfaction au travail sont la stagnation au plan professionnel, l'impossibilité d'envisager une augmentation de salaire, l'inertie de l'administration face aux problèmes rapportés, ainsi que le manque d'orientation au travail. Lischko (1988) suggère que la faible rémunération, l'insuffisance de personnel et le manque d'équipement ou de matériel adéquat sont également des aspects du travail moins appréciés par les préposés. Par ailleurs, ce sont les préposés âgés de 35 ans et plus, qui n'ont pas de motivations professionnelles particulières à prodiguer des soins, et qui sont l'unique source de revenus de la famille, qui sont les plus motivés à continuer d'occuper leur emploi. Un faible degré de scolarité constitue également un incitatif à persévérer au travail (Lischko, 1988).

Bien que nous soyons portée à croire, en raison des faits mentionnés précédemment, que les préposés passent énormément de temps auprès des

résidents, tel ne semble pas être le cas. L'observation des modèles comportementaux des préposés dans leur milieu de travail et les effets de ces comportements sur la qualité de vie des résidents font ressortir que les préposés passent environ un tiers de leur temps à des activités orientées vers les résidents, le reste du temps de travail étant concentré sur la planification des tâches, l'assistance au personnel et à d'autres activités non reliées au travail. De plus, la majeure partie de leur journée est passée dans des aires non fréquentées par les résidents (Burgio et Burgio, 1990).

Dubé et Delisle (1988) brossent un portrait des plus réalistes du quotidien des intervenants confrontés aux problèmes du troisième, mais surtout, du quatrième âge. Ceux-ci semblent bien peu armés pour agir et réagir devant des pertes d'autonomies physique et psychologique de plus en plus lourdes. Les outils permettant d'établir une communication ou d'amorcer une approche, pourtant essentielle, manquent. La demande pressante et les contraintes de temps l'emportent sur la nécessaire humanité. Selon les auteurs, il faut renouer avec les valeurs propres aux milieux d'intervention : savoir reconnaître ses habiletés professionnelles et ses limites, exercer la tolérance face aux croyances et différences des aînés, et savoir démontrer la capacité d'acceptation du désir de démission de certains résidents face à leur condition déclinante.

1.5 LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LA RÉMUNÉRATION

Les conditions de travail des préposés ainsi que leur salaire sont peu favorables à les motiver à accomplir adéquatement leurs tâches et à augmenter leur satisfaction face à celles-ci. De plus, le travail effectué par les préposés ne semble pas reconnu à sa juste valeur. L'aspect thérapeutique des soins qu'ils assurent n'est pas pris en considération et ils reçoivent peu de support et de reconnaissance aux plan moral et monétaire. D'être confrontés quotidiennement à la souffrance physique et psychologique, à la perte d'autonomie, voire à la mort, constitue des conditions de travail difficiles et représente dans plusieurs cas un motif de réorientation de carrière (Fisk, 1984). La faible rémunération, entre autres, semble être une mesure dissuasive à rencontrer les besoins cognitifs et émotionnels des résidents (Chartock, 1988). La situation n'est que plus évidente lorsqu'on compare la situation du personnel oeuvrant dans le secteur privé à celui effectuant les mêmes tâches dans le secteur public (Waxman et al., 1984). Pillemer et Moore (1989) résument assez bien la situation dans le secteur privé : « The work is physically taxing, the wages are poor, and the prestige of the job is low » (Pillemer et Moore, 1989 : 319).

Fisk (1984) rapporte également qu'il est démontré que c'est dans les établissements où l'on offre une meilleure rémunération que le personnel s'implique davantage auprès des résidents. C'est aussi dans les petits établissements subventionnés par l'État, où on loge peu de locataires, que l'on retrouve une plus grande stabilité chez le personnel et un engagement plus élevé auprès des aînés.

Un ratio résident/préposé trop lourd peut aussi constituer un facteur de tension chez les préposés en raison du surcroît de travail et d'attention qu'il nécessite. Des sentiments de frustration, de dépassement ou de culpabilité peuvent s'ensuivre. La crainte d'un renvoi peut aussi s'avérer un motif dissuasif de plainte chez les intervenants (Mercer et *al.*, 1993).

Le stress au travail semble également avoir un impact négatif sur les préposés et le fonctionnement général des établissements. Cohen-Mansfield (1995) fait mention du problème majeur que représente le stress chez le personnel des résidences. En plus d'affecter la satisfaction au travail et les attitudes envers celui-ci, l'auteure mentionne que des attitudes négatives favorisent un moindre investissement et une piètre qualité de travail, un moral peu élevé, un taux d'absentéisme important, et qu'elles peuvent mener à la démission des intervenants. Ces effets se répercutent sur l'ensemble du personnel demeurant en fonction et en alimentent le cycle. Une telle situation peut nécessiter une intervention externe à l'organisation. Ce modèle récursif laisse aussi supposer l'influence d'autres variables sur la production de stress chez le personnel, par exemple, celles de facteurs originant du lieu de travail tels le fonctionnement de la résidence dans son ensemble, l'attribution de tâches spécifiques, les relations entre les employés et les interactions avec les résidents ou leurs familles. De plus, des facteurs relatifs aux caractéristiques individuelles des préposés entrent aussi en considération dans l'apparition du stress. Mentionnons, entre autres, la perception négative de soi, le sentiment de culpabilité, une faible estime de soi, le sentiment d'insécurité et les besoins de réalisation. Parmi les sentiments relatifs au travail qui peuvent générer des éléments négatifs, l'auteure cible

surtout l'insécurité que peut engendrer un manque de connaissances et le sentiment d'incompétence, la responsabilité envers les résidents, les conflits entre le travail et la vie personnelle, le manque d'expérience et la position hiérarchique au travail. Cohen-Mansfield (1995) conclut à des conséquences physiologiques, cognitives, émotionnelles et comportementales inhérentes au stress vécu par les intervenants.

Par ailleurs, certaines variables ont été significativement corrélées à la présence de stress chez les préposés. Chappell et Novak (1994) ont mentionné qu'indépendamment du diagnostic, le nombre de résidents présentant une détérioration mentale importante et trois comportements spécifiques aux aînés, soit la non-coopération, l'état d'agitation et les pleurs constants sont liés au stress physique rapporté par des intervenants.

Dans le contexte québécois, la rémunération des préposés du secteur privé est également faible³. Si le personnel de certaines résidences privées se voit rémunérer au salaire horaire de 8,50 \$ cela ne constitue pas pour autant une norme⁴. Même en supposant que la rémunération générale se situe généralement à ce taux, elle s'avère bien en-dessous des 10,90 \$ obtenus par un préposé du secteur public dès son entrée en fonction (ministère de l'Éducation du Québec, 1993). Bien que nous n'ayons que peu de données précises pour l'instant, la syndicalisation ne semble également pas de rigueur dans tous les

³ La Fédération des affaires sociales et la Confédération des syndicats nationaux rapportaient une rémunération moyenne de 7,86 \$ de l'heure à la suite d'une enquête dans certaines résidences privées de la région de Montréal (FAS-CSN, 1993).

⁴ Selon les propos rapportés par une gestionnaire de résidence privée du Saguenay lors d'un entretien téléphonique.

établissements de la région selon les propos rapportés par certains gestionnaires et intervenants. La syndicalisation semble également perçue comme un obstacle aux profits dans certaines résidences alors qu'elle pourrait contrer l'isolement des préposés, améliorer leurs conditions de travail et constituer un facteur d'amélioration des soins offerts aux personnes âgées vivant en résidences (FAS-CSN, 1993).

1.6 LE COMPORTEMENT ET LES ATTITUDES DU PERSONNEL ENVERS LES RÉSIDENTS

Dans une société où l'on prône activement la compétitivité, la concurrence et où les vertus de l'heure s'affichent à travers la rentabilité, la vitesse, la polyvalence, la beauté, la jeunesse et la santé, il n'est pas surprenant que les valeurs reliées à l'âge avancé ne soient que peu prisées. Comme la majorité des gens, le personnel oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux est généralement affecté par le négativisme et les stéréotypes reliés au vieillissement (Leclerc, 1998).

Selon le portrait des aînés québécois dressé par le Conseil des aînés (1997), les stéréotypes envers les aînés sont plutôt négatifs :

Les principaux stéréotypes à l'égard des aînés véhiculent des images de faiblesse, de vulnérabilité, de dépendance, de perte d'intérêt, de maladie, de soumission, d'apathie, d'isolement, d'insécurité et d'improductivité... Ils résultent très souvent du manque de connaissance, de sensibilisation, de maturité et de compréhension du processus du vieillissement (Conseil des aînés 1997 : 5).

Les principaux stéréotypes et attitudes négatives qui affectent les comportements et les relations avec les aînés sont susceptibles de dégénérer en situations d'abus, de négligence ou, subséquemment, en comportements violents envers les personnes âgées. Nous avons regroupés ces stéréotypes et facteurs pouvant motiver des attitudes négatives (tableau 1).

Tableau 1
Principaux stéréotypes et facteurs d'attitudes négatives
envers les aînés

Stéréotypes	Facteurs d'attitudes négatives
<ul style="list-style-type: none"> • Ils sont riches. • Ils représentent un fardeau économique pour les autres générations. • Ils ne sont pas aussi productifs que les jeunes sur le plan du travail. • La plupart d'entre eux sont malades et ont besoin d'aide dans leurs activités quotidiennes. • Ils forment un groupe homogène. • Ils tiennent mordicus à leurs habitudes de vie, ils sont dépassés et incapables de s'adapter au changement. • Ils vivent isolés et souffrent de solitude. • Ils sont séniles ou déments. 	<ul style="list-style-type: none"> • La transformation de l'apparence physique • La proximité de la mort • La dépendance accrue • Le comportement généralement ralenti • La peur de son propre vieillissement • Les images négatives véhiculées par les médias • Le langage discriminatoire

Source : La réalité des aînés québécois, Conseil des aînés, Janvier 1997, pp. 5-6

Les stéréotypes et les attitudes négatives s'intègrent également dans une certaine dimension culturelle contemporaine :

Les motifs de la discrimination envers les aînés trouvent leur source particulièrement dans la culture nord-américaine qui privilégie le dynamisme, la productivité, l'énergie, l'esprit d'entreprise. Ceux qui ne présentent pas de telles caractéristiques sont généralement dévalorisés ... Ces préjugés et d'autres font que « vieillir » est considéré comme un déclin social au lieu d'être vu comme un processus normal de développement avec ses propres possibilités (Conseil des aînés, 1997 : 7,9).

Dans une revue de la documentation sur les attitudes du personnel soignant auprès des personnes âgées, Benson (1982) mentionne que si le champ gérontologique a été négligé par le passé, on s'intéresse de façon croissante à la nécessité d'encourager des attitudes plus positives chez le personnel soignant. Bien qu'une seule étude, parmi celles dont l'auteur fait mention n'ait inclus les préposés aux bénéficiaires, soit celle de Campbell (1971), il n'en demeure pas moins que des attitudes stéréotypées envers les personnes âgées existent à tous les niveaux du personnel en contact avec celles-ci. L'étude de Campbell a démontré que si les infirmières diplômées affichaient moins de disposition à accepter les stéréotypes, elles passaient par contre moins de temps avec les personnes âgées et préféraient ne pas travailler avec elles, alors qu'on constatait une situation inverse chez les préposés. Ceux-ci véhiculaient davantage les stéréotypes mais passaient plus de temps en présence des personnes âgées et se montraient plus désireux de travailler avec elles.

Dubé et Delisle (1988) semblent aussi abonder dans ce sens. Selon ces auteurs, les intervenants moins scolarisés (préposés et auxiliaires) semblent plus enclins à la création de liens amicaux que les intervenants détenant une formation poussée. Les premiers semblent accepter plus facilement le fait que l'évolution des personnes âgées ne se poursuive pas toujours d'une façon

positive, alors que les intervenants diplômés éprouvent plus de déceptions lors de régressions ou de réponses des aînés contraires à leurs attentes.

Certaines variables ou facteurs semblent influencer positivement les attitudes des intervenants et, par le fait même, leurs comportements envers les résidents. Ressortent entre autres : la formation, la spécialisation gérontologique, la compréhension du développement de soi et de ses propres attitudes, la satisfaction retirée des contacts avec les gens âgés et la reconnaissance des changements positifs et négatifs (pertes et gains) liés au vieillissement. De plus, une vision holistique des besoins des aînés, l'accent mis sur des expériences positives auprès de gens âgés lors de la formation, l'intégration et la participation d'aînés aux activités de formation, et des contacts fréquents en cours de formation, avec des personnes âgées, autonomes ou en perte d'autonomie, contribuent à modifier positivement les attitudes et les comportements envers la clientèle âgée (Benson, 1982).

Selon Burgio et Burgio (1990), la recherche qui a porté sur les interactions des préposés dans des situations de dépendance des résidents a démontré que ceux-ci avaient davantage tendance à approuver un comportement dépendant qu'une conduite autonome. Les auteurs suggèrent également que des recherches antérieures ont démontré que les préposés s'engageaient peu dans leurs interactions avec les aînés et qu'ils agissaient de manière à renforcer la dépendance des personnes âgées.

Les attitudes du personnel envers les personnes âgées sont bien souvent tributaires de leur perception de ces dernières. Le personnel qui associe par exemple le comportement des résidents à celui d'enfants aura tendance à les traiter comme tels. Cette perception inadéquate conduit à un traitement inapproprié des personnes âgées et peut même aller jusqu'à l'abus ou la violence (Pillemer et Moore, 1989). Certaines données rapportent également que les préposés manifestent de nombreux préjugés à l'égard des gens âgés (Burgio et Burgio, 1990).

Foner (1994) fait, quant à elle, mention de cas où les préposés incitent activement les résidents à devenir plus autonomes en usant de temps et de patience. Elle note, de plus, que l'intérêt du préposé est également servi à travers ces attitudes puisque celui-ci y gagne en allégeant sa charge de travail, en retirant une plus grande satisfaction et une valorisation au plan personnel. Devant certains comportements difficiles, des préposés développent diverses stratégies pour calmer, rassurer et distraire les résidents afin de réussir à accomplir les nombreuses tâches qui leur sont attribuées. L'auteur mentionne aussi que des comportements et des abus de la part de préposés sont informellement tolérés. Malgré cela il s'avère difficile de catégoriser les intervenants comme des « saints » ou des « monstres ». La plupart d'entre eux se situent entre ces deux extrêmes, dans un contexte marqué par la complexité, où la compassion et l'exaspération coexistent.

De plus, un personnel irrégulier, temporaire et sur appel paraît moins enclin à rencontrer les besoins et les attentes des résidents : les soins assurés

dans un tel contexte semblent dénués d'engagement personnel, d'attitudes attentionnées et de chaleur humaine. Ce qui contribue par ailleurs à l'augmentation de la frustration et au déclin du bien-être des résidents (Tellis-Nayak et Tellis-Nayak, 1989).

L'essentielle empathie que suppose le rôle des intervenants, et que nous nous attendons à retrouver chez ceux-ci, se trouve bien souvent confrontée à la dynamique de rentabilité, d'efficience et d'uniformité des établissements. Et cela, peu importe le secteur dans lequel les préposés évoluent. Il demeure toutefois que les intervenants doivent posséder certaines qualités personnelles de base leur permettant de s'adapter à l'ensemble de leur milieu de travail.

Pietraszkiwicz (1996) mentionne par exemple qu'une personne n'aimant pas la communication et le rapprochement avec les gens en général, plus spécifiquement les personnes âgées, devrait réviser son orientation avant de s'engager ou de continuer à travailler dans un milieu où les aptitudes à la communication sont un préalable fondamental. À moins bien sûr que la personne en question ne consente à faire des efforts pour transformer ses attitudes, sa nature et son tempérament. L'auteur fait également état de diverses attitudes et qualités liées à l'intervention des préposés en résidences : l'honnêteté, la loyauté, un grand sens des responsabilités, la discrétion, la courtoisie, le tact et la diplomatie, le sens de l'humour, le respect des autres, le contrôle de ses émotions et de ses réflexes lors de situations d'urgence ou délicates. De manière générale, les préposés doivent aussi posséder beaucoup d'entregent. Selon Fisk (1984), parmi les qualités jugées essentielles par les préposés pour

l'exercice de leur métier, la patience et la compréhension sont celles qui venaient en tête de liste.

Brower (1985) évoque aussi un manque de préparation des intervenants à composer avec les multiples facettes des problèmes présentés par la clientèle âgée. L'insuffisance de connaissances et le sentiment d'impuissance peuvent provoquer des réactions inadéquates aux problèmes des aînés et mener à une frustration exacerbée chez les intervenants, d'où l'adoption d'une attitude indifférente envers les bénéficiaires de soins. Le développement de réponses stéréotypées envers les aînés peut également provenir d'un manque d'expériences positives des intervenants avec des parents âgés (Chaisson, 1980).

1.7 LA FORMATION ET LES ATTITUDES

Les attitudes jouent également un grand rôle dans l'acquisition des connaissances et dans la pratique de l'intervention (CCNTA, 1992). Selon la revue de littérature effectuée par Knowles et Sarver (1985), les patients âgés ne constituent pas le groupe avec lequel les professionnels et les étudiants apprécient le plus travailler. Quelques études québécoises ont abordé l'impact de la formation sur les attitudes du personnel oeuvrant auprès de personnes âgées. Celle de Leclerc et *al.* (1987) n'a pas donné dans son ensemble de résultats significatifs sur le changement d'attitudes avant et immédiatement après la formation. Les auteurs croient toutefois que c'est en milieu de travail, lors de l'expérimentation, que des retombées positives seront réellement constatées.

Les chercheurs ont par ailleurs établi un lien entre la satisfaction au travail et le changement d'attitudes envers les personnes âgées et leur environnement. C'est chez le personnel le moins satisfait qu'on a noté le plus de changements positifs à la suite de formation. Cependant, chez le personnel éprouvant le plus de satisfaction, on a noté des différences négatives en relation avec certaines variables telles la perception de la vie en résidence pour la personne âgée, l'organisation d'activités pour les aînés et le soutien apporté à l'utilisation de leur plein potentiel. Les dimensions les plus appréciées chez les intervenants, en lien avec la formation, sont le recours à l'expérience, le travail en équipe, les exposés et les apprentissages réalisés. Cette étude ne s'adressait pas uniquement à des préposés, mais ces derniers constituaient le tiers de l'échantillon.

Dans le domaine de la formation des infirmières en soins prolongés, une étude conduite auprès d'étudiants de troisième année collégiale, utilisant une méthodologie semblable à celle de Leclerc et *al.* (1987), n'a pu démontrer de changements significatifs dans les attitudes de ces intervenants à la suite de formation scolaire. Les auteures mentionnent toutefois que les attitudes étaient restées stables immédiatement après la formation et que l'impact de la formation n'avait pas été vérifié dans la pratique courante. Toujours en relation avec l'influence de la formation sur les attitudes, une autre étude a démontré que le niveau de formation des infirmières avait un effet positif sur les attitudes envers les personnes âgées. Ce sont les infirmières qui possédaient une formation plus poussée (baccalauréat versus technique collégiale) qui démontraient les attitudes les plus positives envers les aînés (Tremblay et Coutu-Waculczyk, 1996).

Selon Smith et *al.* (1982), qui ont effectué une étude auprès de trois groupes de personnel oeuvrant en résidence, soit les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés, il ne fut trouvé aucune différence significative dans les attitudes positives envers les aînés chez les trois groupes, ni de lien entre les attitudes et l'âge du personnel ainsi que son expérience de travail. Cependant, les auteurs ont démontré que chez le personnel détenant une formation plus poussée (les infirmières), on retrouvait significativement moins d'attitudes négatives envers les aînés que chez les deux autres groupes d'intervenants.

Les résultats obtenus par Brower (1985) lors d'une étude menée auprès de personnel infirmier oeuvrant dans trois milieux d'intervention différents, soit les résidences, les hôpitaux et les agences privées de soins à domicile, ont démontré que les infirmières dans les résidences passaient plus de temps avec les personnes âgées que celles oeuvrant dans les hôpitaux. Dans l'ensemble, c'est chez les infirmières plus âgées, détenant le plus de formation et qui passaient le moins de temps avec la clientèle âgée que les attitudes favorables étaient les plus fréquentes. Les attitudes les moins favorables étaient constatées chez les plus jeunes infirmières travaillant dans les résidences et chez les plus âgées oeuvrant dans les agences de soins à domicile. Les variables telles l'expérience des connaissances et une plus grande acceptation de la personne âgée semblent celles qui contribuent le plus, chez les infirmières plus âgées des résidences, aux attitudes plus positives manifestées parmi ce groupe.

Selon Goodwin et Trocchio (1987) il semble que la promotion d'attitudes positives chez le personnel des résidences est un aspect dont on semble peu

préoccupé dans le cadre de la formation. Au-delà des théories et des techniques, le domaine affectif des soins et de l'aide (attitudes et émotions) semble souvent négligé par les formateurs. De surcroît, les formateurs ont tendance à croire que les attitudes ne peuvent être changées ou acquises par le biais de cours théoriques. Pourtant tel n'est pas le cas. Les jeux de rôles, les rencontres de groupe, l'engagement des résidents dans le processus de formation, les simulations, etc., peuvent contribuer à améliorer les attitudes chez les préposés (Goodwin et Trocchio, 1987).

1.8 LES GESTIONNAIRES DE RÉSIDENCE : L'ÉMERGENCE D'UN NOUVEAU RÔLE

Le rôle de directeur ou gestionnaire de résidence est difficile à définir si l'on se fie à la description de tâche formelle de ces derniers. En effet, bien des fonctions et des responsabilités connexes à l'administration d'un environnement aussi complexe sont tues (Pynoos, 1990). L'hétérogénéité ne qualifie pas non plus l'ensemble des gestionnaires, les divers types de résidences et les modes de gestion existants. Par ailleurs, une quantité de raisons différentes ont amené les gestionnaires à occuper leur fonction actuelle. L'hétérogénéité des gestionnaires se constate tant au plan de leurs caractéristiques et des qualités personnelles, de leur formation, de leurs expériences de travail que de leurs attitudes face au vieillissement et à leur perception du phénomène (Sheenan, 1992).

Les sources documentaires américaines rapportent que plusieurs gestionnaires possèdent une formation en administration, mais que très peu en possèdent une en gérontologie (Sheenan, 1992). Pourtant, tous doivent composer avec des situations problématiques nécessitant une excellente connaissance de ce domaine. Non seulement doivent-ils assumer l'aspect administratif et organisationnel d'un établissement pour personnes âgées, mais leurs habiletés communicationnelles et leurs aptitudes relationnelles sont également mises à contribution dans leurs activités quotidiennes. Ceci, à travers les nombreux contacts à établir avec les résidents, leurs familles et les ressources internes et externes à l'établissement (Patterson, 1990).

La confusion relative à la description du poste de gestionnaire peut donner une certaine latitude à ce dernier, en regard de son emploi du temps et de la manière de définir son rôle, mais elle rend équivoque l'évaluation du rendement des gestionnaires. Si le rôle de gestionnaire de résidence se limitait autrefois à celui d'administrateur, on exige aujourd'hui qu'il soit redéfini et élargi en fonction des besoins que requièrent les personnes âgées : information, références, contrôles des services, écoute et support (Sheenan, 1992). La promotion d'un environnement propice à l'amélioration du bien-être des résidents et à l'encouragement à l'engagement social de ces derniers sont également de nouvelles caractéristique que l'on associe au rôle de gestionnaire. La capacité à concilier les aspects de l'administration et du support suppose donc une certaine adaptabilité et surtout de la polyvalence (Patterson, 1990).

De plus, Sheenan (1992) évoque que les gestionnaires de résidences peuvent aussi être des gestionnaires de soins en prenant en charge des locataires qui ne peuvent s'autosuffire ou qui se retrouvent avec un manque évident de ressources humaines ou matérielles pour les supporter. Ces responsabilités impliquent que les gestionnaires, dans certains cas, deviennent la seule personne vers qui peut se tourner en tout temps un locataire sans soutien social. Ce qui n'est pas toutefois sans empiéter sur les nombreuses autres tâches et responsabilités (Patterson, 1990). Différentes stratégies peuvent être développées afin que les gestionnaires intègrent ces divers aspects : la promotion de l'indépendance et de l'autodétermination chez les résidents, même chez les plus fragiles, l'apport d'autres ressources (famille, bénévoles, etc.) dans les soins d'assistance et la création d'un environnement naturellement soignant et supporteur. Ces stratégies font appel aux habiletés à identifier les sources potentielles d'aide interne et externe, et à des aptitudes à déléguer des responsabilités de façon judicieuse.

L'émergence de ce nouveau rôle de gestionnaire peut entraîner trois difficultés majeures. La première concerne l'ajout de responsabilités impliquant des réajustements à l'égard de l'attention que le gestionnaire accorde aux résidents et la recherche d'un équilibre entre ses fonctions administratives et ses responsabilités dans la prestation des services et des soins aux locataires. La seconde se dénote par une augmentation des demandes associées au nouveau rôle, lesquelles peuvent mener au stress et au burn-out. Cette difficulté suppose le développement et l'adoption de nouvelles stratégies visant à augmenter la collaboration des locataires ainsi que l'efficacité des interventions auprès de

résidents atteints physiquement ou mentalement. Et, la dernière, se veut la tendance à la surprotection des résidents, laquelle peut représenter un obstacle à l'autodétermination et à l'indépendance de ces derniers, et la nécessité de conserver une certaine distance émotive. La gestion des soins présume également diverses connaissances en gérontologie, en relations interpersonnelles, en techniques de counselling et d'évaluation. Elle implique de plus d'être au courant des ressources communautaires existantes (Sheenan, 1992; Sykes, 1989).

Une vision élargie du rôle de gestionnaire fait aussi ressortir d'autres rôles sous-jacents et complémentaires. Gérer une résidence nécessite une habileté afin de susciter l'autonomie des résidents tout en leur offrant les soins nécessaires. De plus, les gestionnaires doivent être aptes à coordonner les actions impliquant les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux, à faciliter l'accès des résidents à divers services, programmes et activités offerts dans la communauté. Ils se doivent également de développer et de mettre sur pied de nouveaux programmes visant à combler les besoins des locataires. Un ou plusieurs des rôles mentionnés précédemment peuvent donc être joués simultanément par les gestionnaires. Ceux-ci doivent par ailleurs prendre en considération les besoins des résidents tout en évaluant leurs propres habiletés et compétences pour y répondre (Sheenan, 1992).

1.9 LES HABILITÉS ET LES COMPÉTENCES CHEZ LES GESTIONNAIRES

L'adoption du rôle ou des styles de gestion énumérés précédemment par les gestionnaires semble difficile à concilier avec la réalité quotidienne. Face à une clientèle vieillissante et en perte croissante d'autonomie, les gestionnaires ont à décider s'ils doivent retenir dans leur établissement les individus dont l'état de santé est précaire ou les transférer vers d'autres ressources d'hébergement. Ces actions nécessitent la capacité d'évaluer l'autonomie physique et sociale des aînés et l'identification des mesures à prendre pour la renforcer. Les gestionnaires doivent également être aptes à entamer des procédures de transfert ou d'éviction d'un locataire lorsque la situation l'exige.

On retrouve une abondante documentation sur les procédures de transfert et d'éviction, mais il semble que les gestionnaires éprouvent de très fortes difficultés à les gérer adéquatement. Cette incapacité représente par ailleurs une difficulté croissante dans le domaine de l'hébergement pour personnes âgées (Heumann, 1988). Il n'est pas étonnant que lors d'une enquête nationale, le principal problème mentionné par les gestionnaires était de s'occuper des personnes âgées et de leurs problèmes. Heumann (1988) mentionne également que la majorité des répondants se sont avérés incapables d'identifier le niveau actuel de difficulté de leurs résidents à effectuer les activités relatives à l'autonomie. De plus, une minorité des résidences était dotée d'un comité d'évaluation pour l'identification des mesures de support ou de transfert requises.

Selon Gorey et Brice (1992), dans les décennies à venir les résidents auront davantage tendance à se tourner vers les gestionnaires pour subvenir à leurs besoins de support, tant aux plans des soins de santé que pour leur vie sociale. Cependant l'étude menée par ces auteurs a démontré que la plupart des gestionnaires étaient incapables d'assumer des responsabilités relatives aux besoins des aînés. Ils concluent également à la nécessité d'offrir une formation spécifique aux gestionnaires afin de mieux les outiller dans l'utilisation des services de soutien aux résidents.

1.10 L'IMMINENCE DES BESOINS DE FORMATION DES GESTIONNAIRES ET DES INTERVENANTS

Selon la plupart des chercheurs, la majorité des gestionnaires et intervenants qui oeuvrent dans les résidences sont inadéquatement préparés et formés aux responsabilités et difficultés reliées à leurs tâches (Brower, 1985; Dubé et Delisle, 1988; Gorey et Brice, 1992; Greene et al., 1992; Mercer et al., 1993).

Au Québec, le Comité de formation de l'Association québécoise de gérontologie (1988, 1997) vérifie régulièrement l'écart entre les besoins et les réalités des milieux, et les programmes et activités de formation offerts dans les établissements d'enseignement. À cet effet, des administrateurs de résidences, des responsables de formation en gérontologie, des praticiens et des formateurs du secteur public sont consultés. Ceux-ci ont d'emblée identifié comme principal besoin de formation chez le personnel, l'acquisition d'une connaissance de base en gérontologie. Le personnel oeuvrant auprès des aînés désire mieux compren-

dre le vieillissement sous les aspects psychologique, physiologique et social. Dernièrement, le même organisme réaffirmait la nécessité de mieux former le personnel qui oeuvre auprès des aînés et recommandait que les institutions d'enseignement enrichissent le contenu de nombreux programmes de formation pour y inclure des composantes gérontologiques et gériatriques (Bélisle-Bélanger, 1998).

Selon l'Association québécoise de gérontologie, le personnel oeuvrant auprès d'aînés souhaite développer ses connaissances et compétences en vue d'une meilleure compréhension des déficits cognitifs et des comportements qui en découlent. Celui-ci désire également obtenir une formation en relation d'aide et améliorer ses connaissances dans le domaine des handicaps physiques des aînés, du plan d'intervention et de l'approche du mourant. D'autres besoins de formation concernant les loisirs adaptés, la nutrition, la réadaptation, les mesures de transfert, le respect des droits, l'approche globale de la personne âgée ainsi que le stress et le burn-out ont aussi été évoqués par les praticiens (CFAQG, 1988).

Au plan social, les intervenants ont fait part de leurs besoins d'information sur le rôle de la famille, les ressources communautaires et la lutte contre les préjugés et les injustices. Guénette (1993) mentionne également que les intervenants font part de leur désir et de leur besoin d'acquérir des connaissances sur la prévention et la détection de la violence et des abus envers les aînés.

Si, dans le secteur public, certaines dispositions incitent le personnel à acquérir des connaissances requises ou à participer à des activités formatrices sur les lieux de travail ou à l'extérieur et en facilitent l'accès, cette réalité n'est toutefois pas la même dans le secteur privé en raison de contraintes financières ou organisationnelles (Chartock et *al.*, 1988). Malgré les efforts effectués au cours de la dernière décennie en ce qui a trait à la formation gérontologique au Canada, le CCNTA (1991) mentionne qu'il subsiste toujours une grave lacune dans l'éducation sur le vieillissement des individus dans les programmes d'enseignement post-secondaires. Cette lacune est encore plus apparente dans l'enseignement professionnel.

Greene et *al.* (1992) ont également mis en évidence l'aspect déficitaire de la formation gérontologique des travailleurs sociaux. Selon les auteurs, les étudiants en travail social n'avaient pas acquis l'information spécifique requise et les techniques spécialisées nécessaires à l'intervention auprès d'aînés et de proches pendant leur formation scolaire. Contestant davantage le contenu des programmes, Mercer et *al.* (1993) soulignent que la formation en gérontologie actuellement disponible n'est pas adaptée aux besoins des intervenants travaillant dans les résidences pour aînés. Les auteurs émettent également le constat que les besoins de formation se situent maintenant dans le domaine de la communication et de la gestion des cas de démence, de dépression et d'agressivité. Il appert également que la formation gérontologique doit être exigée comme condition d'emploi par les entreprises et organisations offrant des services et des soins aux aînés. En plus d'améliorer la qualité de vie des résidents et les soins donnés, la formation associée à l'affiliation avec des

institutions d'enseignement constitue un facteur positif pouvant améliorer non seulement le rendement du personnel mais également pourvoir les résidences et organismes d'une main d'oeuvre professionnelle (Linn et *al.*, 1989).

1.11 LA COMPRÉHENSION À LA BASE DE L'INTERVENTION

S'il existe actuellement peu d'écrits sur les difficultés rencontrées par les gestionnaires et intervenants oeuvrant dans les résidences privées (Chappell et Novak, 1994; Cohen-Mansfield, 1995; Mercer et *al.*, 1993), il n'en demeure pas moins qu'à la lumière de la documentation consultée, nous pouvons affirmer que la qualité des soins et de l'aide est étroitement liée aux compétences, aux attitudes, à la formation et à l'utilisation de techniques appropriées par le personnel. Nous constatons également que les diverses formes de reconnaissance et de gratification, qu'elles se situent aux plans de la rémunération, des conditions de travail ou qu'elles soient de nature moins tangible, ont des répercussions sur le vécu des gestionnaires et des intervenants, leur motivation et leur satisfaction dans l'exercice de leurs fonctions.

Nous décelons aussi que les attentes des personnes âgées en perte d'autonomie ne peuvent être comblées qu'à travers une meilleure connaissance de la réalité de leur situation, une compréhension objective du vieillissement et de son impact sur le quotidien des aînés, et une approche élargie de leurs besoins physiques, psychologiques et sociaux. Selon Fournelle et Lauzier, il faut axer l'intervention sur une approche plus globale :

Nous ne pouvons plus nous permettre de disséquer la personne. Il faut éliminer les clichés sur les étapes de la vie : l'âge de l'acquisition, l'âge de la reproduction et l'âge de l'inaction ... nous nous devons d'améliorer la formation des personnes qui travaillent auprès de cette clientèle âgée; nos interventions sont trop parcellaires (Fournelle et Lauzier, 1992 : 11).

Dans le même ordre d'idées, n'excluant pas l'état de dépendance à divers degrés que peut amener le vieillissement, Lesemann et Nahmiash (1993), précisent l'impérative nécessité de changer notre vision du phénomène et de cesser de le percevoir en termes de maladie. Cette perspective est d'ailleurs soutenue par Jean Carette (1998) qui s'exprime en ces termes :

[...] une gérontologie originale, innovatrice et créatrice devrait travailler dans un cadre plus global d'observations, d'analyse et de synthèse... Il n'y a pas de « personne-âgée », il n'y a que des personnes en cours de vieillissement, quel que soit leur âge (Carette, 1998 : 22).

Pour mieux orienter les interventions et la formation, un rappel incessant de la prise en considération de la dimension humaine des besoins des gens âgés, des gestionnaires et des intervenants s'avère donc primordial. De même, la philosophie des résidences se doit d'intégrer diverses composantes visant la satisfaction et l'accomplissement professionnel de ses membres. Elle doit notamment privilégier l'importance de compter sur un personnel sûr de lui, compétent et satisfait (Woolfork, 1988).

CHAPITRE II

LES CADRES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

Cette proposition de recherche englobe le désir de comprendre le vécu professionnel des gestionnaires et des intervenants oeuvrant auprès des personnes âgées dans les résidences privées, en regard du maintien de la qualité de vie des aînés, ainsi que des spécificités qui animent le secteur de l'hébergement privé à l'extérieur des grands centres urbains. Elle veut de plus, à la suite du constat des principales difficultés rencontrées par les gestionnaires et les intervenants, permettre d'identifier les compétences jugées essentielles dans l'exercice de leurs fonctions auprès de gens âgés. La portée plus théorique de cette initiative vise à une meilleure connaissance du phénomène de l'hébergement en résidences privées et à une meilleure compréhension de la situation du personnel qui y oeuvre, la pénurie de recherche dans ce domaine étant par ailleurs citée par divers auteurs (Brissette, 1992; Chappell et Novak, 1994; Waxman et al., 1993).

2.1 UN CADRE THÉORIQUE : LA DIVERSITÉ DANS LES APPROCHES

L'élaboration de notre cadre théorique s'inspire de plusieurs paramètres. Une approche particulière nous ayant semblé trop limitative par rapport à l'ensemble du phénomène étudié et à la rencontre des objectifs du programme de maîtrise dans lequel s'insère cet exercice. En effet, l'approche globale que nous privilégions ne peut se soustraire à considérer les dimensions économique, sociologique, psychologique, démographique et pédagogique ainsi que la dyna-

mique locale et communautaire. Celles-ci nous semblent des plus appropriées pour traiter d'un phénomène où chacune d'elles l'alimente et le transforme.

Dans un premier temps, il s'avère essentiel de prendre en considération le retrait de l'État dans une dynamique néolibérale, retrait qui a grandement influencé l'éclosion du secteur de l'hébergement privé pour personnes âgées et sa progression au cours des dernières décennies (Guberman et *al.*, 1991). Cet effacement progressif, associé à l'absence de politique univoque en ce qui a trait aux rôles des partenaires actuels et éventuels agissant dans le secteur de l'hébergement pour personnes âgées (Brissette, 1992), nourrissent bien la « privatisation passive » que nous sommes à même de constater (Roy, 1997-1998 : 8).

En regard de cette perspective, Vaillancourt et Jetté (1997) précisent que l'idéologie néolibérale a fortement influencé les voies priorisées par les gouvernements en place au cours de la décennie 80 et l'émergence de la vague de privatisation de l'hébergement privé. Cette privatisation « officieuse » fut d'ailleurs fortement dénoncée par Vaillancourt et *al.* (1987) dans leur rapport produit pour la commission Rochon. La stratégie de réduction de la concurrence entre les secteurs privé et public, de laquelle découle une diminution des services, des soins et de leur qualité, contribue aussi à rendre plus attrayante la privatisation du système (Larochelle, 1998), et le développement d'un marché parallèle (privé) de la santé transforme les aînés en une clientèle-cible des plus alléchantes (Conseil de la santé et du bien-être, 1997). Si le laisser-faire prédomine dans le développement de ce types de ressources, on peut supposer

que peu d'attention est portée aux conditions de travail et de rémunération ainsi qu'à la qualification et la formation du personnel (FAS-CSN, 1993).

Qu'ils soient reliés aux causes ou aux effets de notre perception du vieillissement, les stéréotypes et attitudes que nous acceptons ou rejetons face à celui-ci originent de diverses considérations. Ainsi au cours du siècle dernier, l'industrialisation, l'urbanisation, l'engagement étatique croissant dans les domaines de la santé et des services sociaux ainsi que le développement technologique ont, entre autres, modifié nos valeurs, nos priorités et façons de vivre personnelles et sociétales. Dans cette perspective, la théorie de la modernisation énonce une dévalorisation et une infériorité du statut social des personnes âgées des sociétés modernes, sociétés dans lesquelles priment le progrès, l'instruction, l'efficacité technologique et économique. Si la technologie sociosanitaire a contribué à l'augmentation de l'espérance de vie et au vieillissement de la population, la ségrégation résidentielle constitue une mise à l'écart d'une partie de la population qu'on juge non productive et inférieure. Ce retrait évoque la dépendance et la vulnérabilité auxquelles est sujette la clientèle âgée hébergée (Mishara et Riedel, 1994). Les propos suivants témoignent également de l'exclusion sociale des aînés, que privilégie la dynamique capitaliste qui règne dans nos sociétés contemporaines :

Économiquement démobolisés du monde de la production des richesses, les préretraités, retraités et vieillards se sentent isolés et socialement disqualifiés, dans une société qui survalorise le travail productif et le statut qu'il procure... (Carette, 1998 : p.19).

Selon Ulysse et Lesemann (1997), notre « conception traditionnelle du vieillissement » associe cette période de vie à « la décrépitude physique, à la dépendance, à l'usure du corps et à un état de santé déficitaire. » Les auteurs évoquent de plus que l'institutionnalisation du phénomène favorise le retrait social et économique de la personne âgée.

Les deux approches suivantes réfèrent au concept du développement local et à la théorie de l'*empowerment* communautaire. En regard de cette perspective, nous proposons qu'autant le personnel oeuvrant dans le secteur privé de l'hébergement que les personnes qui y résident constituent des ressources humaines pouvant contribuer au développement local et régional. Nous soutenons aussi que l'harmonie du développement des ressources de soutien ou d'hébergement pour les aînés doit constituer une des préoccupations des milieux. Face au mutisme étatique sur la question, il importe de nous interroger sur l'importance que nous accordons aux aînés, en tant que ressources collectives, dont le bien-être se doit d'être intégré au développement local et communautaire. L'engagement et la concertation des acteurs et décideurs du milieu sont plus que nécessaires afin de déterminer quelles seront les orientations à privilégier pour assurer des conditions de travail et de vie adéquates aux travailleurs et aînés qui évoluent dans le secteur de l'hébergement privé.

La prise en considération du potentiel humain et la valorisation des ressources humaines, de même que l'amélioration du cadre et du milieu de vie sont des éléments de développement (Vachon, 1993). Nous pouvons donc conclure à la nécessité de répondre aux besoins de qualification et de formation

du personnel s'engageant auprès des groupes d'aînés de nos communautés, ceci dans le cadre d'un développement harmonieux et contrant l'exclusion de groupes d'individus ne répondant pas aux impératifs économiques de l'heure. Dans un contexte socio-économique où la rareté des ressources amène les gouvernements à rechercher activement d'autres partenaires pour trouver des solutions adéquates à la prise en charge des personnes vieillissantes, l'apport de la communauté semble une voie à prioriser. Celle-ci occupe d'ailleurs une place sans cesse grandissante dans les orientations et les politiques sociales s'adressant aux aînés. L'appel à la communauté évoque l'amélioration des services et l'élaboration de nouveaux programmes de soins issus du milieu. Les interactions qui se développent entre les intervenants, les bénéficiaires et d'autres acteurs du milieu, qu'ils proviennent du secteur public ou privé, contribuent à l'*empowerment* communautaire et à l'amélioration de la compétence locale en matière de vieillissement. Les ressources communautaires sont d'ailleurs identifiées comme un acteur primordial dans le discours politique et les nouvelles orientations en matière de santé et de bien-être (Ulysse et Lesemann, 1997; Lesemann et Nahmiash, 1993; MSSS, 1990).

La théorie de l'*empowerment* communautaire s'inspire, entre autres, d'une vision de la communauté où les individus et les systèmes qui y coexistent sont considérés comme des systèmes ouverts et où l'intégration de sous-systèmes provoque un équilibre dynamique (Leighton, 1993). La communauté apparaît alors comme l'espace social où évoluent les familles, les amis, les groupes sociaux, les entreprises locales, les institutions gouvernementales et les autres éléments composant cet ensemble (McKnight, 1987). Ces différentes entités

d'une même unité géographique en viennent à partager des problèmes communs et à y rechercher des solutions qui le sont tout autant (Eng et Parker, 1994).

En prolongement de ces approches s'est développée la notion de communauté compétente et le discours sur l'*empowerment* communautaire. La reconnaissance des caractéristiques propres à chaque communauté permet, par ailleurs, de mieux cibler les besoins et les interventions pouvant s'y succéder (Martin, 1997). Une communauté peut aussi être jugée compétente lorsqu'elle parvient à mobiliser et engager les groupes qui la composent dans l'identification de ses besoins, à arriver à consensus sur les objectifs à poursuivre et les moyens à utiliser pour améliorer les conditions de vie de ses membres (White, 1994). Si la communauté est en réalité ce qu'en font les individus et les entités qui la composent et qui y vivent (Martin, 1997), la place accordée aux gens âgés et à ceux qui s'en préoccupent peut être grandement modifiée par l'intérêt et l'assistance qu'on choisit de leur apporter.

Finalement, l'approche par compétences, plus spécifiquement ses propositions originales qui supposent que les caractéristiques comportementales identifiées par un employé pour bien faire son travail sont intégrées à la définition des fonctions de ce dernier (Maruca et Mast, 1996), supporte notre objectif qui vise à dresser les paramètres du profil de compétences nécessaires pour oeuvrer auprès d'une clientèle âgée en résidence privée, tant pour les gestionnaires que les intervenants. Il nous apparaît utile ici de préciser que cette approche initialement utilisée dans le secteur industriel se voit de plus en plus

adoptée par les entreprises privées et gouvernementales oeuvrant dans le secteur des services sociaux et de la santé (Larivière, 1996). Et, bien qu'elle s'adresse généralement aux gestionnaires, nous nous en inspirons ici pour l'ensemble des personnels oeuvrant dans le domaine de l'hébergement privé pour aînés.

Globalement, l'approche par compétences tend à faire identifier par les employés les compétences qui englobent les techniques et habiletés requises pour bien faire leur travail, mais elle tend également à un questionnement sur les prédispositions des individus à développer les qualités et attitudes nécessaires. La notion de compétence excède la capacité à accomplir les tâches d'une fonction de travail. Elle concerne, dans une optique plus large, la capacité à remplir les rôles inhérents à cette même fonction (Beaulieu, 1992; Noiseux et Migneault, 1997).

En ce qui a trait au champ gérontologique, Quintal (1997) évoque une demande de formation accrue dans les milieux gérontologiques en raison des besoins multiples et diversifiés d'une clientèle vieillissante qui se caractérise par de nouvelles problématiques tant au plan de la santé physique que psychologique. L'identification et l'acquisition de nouvelles compétences sont également supportées par les impacts du virage ambulatoire qui implique un retour à domicile, dans ce cas-ci en résidence, après un séjour hospitalier écourté et, pour certains, dans un état qui risque d'être fragilisé. L'auteur précise la nécessité d'ajustement de la formation donnée par les institutions d'enseignement à cette nouvelle donne.

Selon Charest (1997), l'acquisition de compétences prime sur les connaissances qui perdent de leur actualité au fil du temps. En milieu gériantologique, la compétence clé, celle du coeur, possède un caractère indissociable de la fonction. Elle se doit d'être secondée par des acquis au plan du savoir, lesquels, dans un premier temps, favorisent l'acquisition de notions fondamentales en gériantologie et la familiarisation aux modifications comportementales liées au vieillissement. En second lieu, en regard du savoir-faire, la formation doit permettre le développement la connaissance des techniques et règles d'intervention à utiliser lors de comportements difficiles ou dérangeants de la part d'aînés éprouvant des difficultés. Finalement, la compétence clé est associée au savoir-être qui implique le désir d'investissement personnel de l'intervenant auprès de l'aîné.

2.2 LE CADRE CONCEPTUEL ET LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Afin de délimiter les frontières de notre étude et l'univers de notre observation, certains éléments du cadre conceptuel et du cadre de référence sont ici précisés. À cette fin, nous procédons à une définition succincte des principaux concepts utilisés afin de mieux éclairer le lecteur. Notre cadre de référence repose quant à lui sur le portrait de la situation de l'hébergement privé au Saguenay, au 31 janvier 1997, en fonction du nombre de résidences et de logements disponibles, de la capacité totale d'hébergement, du nombre de personnes effectivement hébergées, du nombre de personnes oeuvrant dans ce secteurs et des catégories d'emplois générées. Le territoire circonscrit inclut les

localités desservies par les CLSC du Fjord du Saguenay, du Grand Chicoutimi et de la Jonquière.

2.2.1 Quelques définitions conceptuelles

Le concept de résidence privée réfère en premier lieu à la définition de Vaillancourt et Bourque (1989) et intègre les résidences à but lucratif, avec ou sans permis du ministère de la Santé et des Services sociaux et qui sont autonomes aux plans de la propriété, de la gestion, de la distribution de soins et services ainsi que du financement et de l'aménagement de leurs structures décisionnelles. Ainsi, le coût du logement et celui des services et des soins de base ou supplémentaires, les types de services et de soins disponibles, le nombre et la qualification du personnel oeuvrant au sein des résidences sont non réglementés et très diversifiés d'une résidence à l'autre. Il s'agit de plus de résidences où l'orientation, la philosophie ou le mode d'opération sont diversifiés et propres à chacune d'elles, et peuvent découler de la structure organisationnelle, du mode de gestion ou encore de facteurs relevant de caractéristiques individuelles des gestionnaires ou de leur formation et expériences de travail.

Le terme *gestionnaire* identifie les directeurs, les responsables et les coordonnateurs de résidences. Les intervenants constituent un groupe diversifié parmi lequel nous comptons surtout des préposés aux bénéficiaires, mais il inclut également du personnel affecté à l'alimentation, aux soins infirmiers, à l'entretien ménager, à l'animation et à la garde de nuit.

La structure organisationnelle réfère à la capacité d'hébergement des résidences ou au nombre d'unités de logement disponibles. Les résidences ont été catégorisées selon le nombre de chambres ou d'appartements disponibles. En ce qui a trait aux grands centres urbains, nous référons aux éléments, informations ou résultats obtenus à partir des recherches américaines menées dans des agglomérations importantes (New York, Philadelphie, Washington et autres).

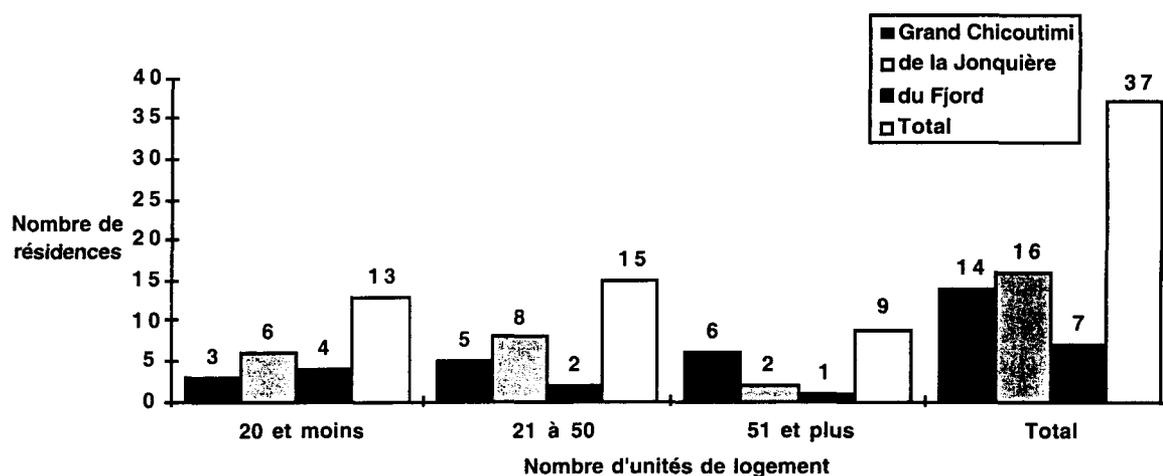
Les principales contraintes et difficultés rencontrées par les gestionnaires et les intervenants se situent aux plans de l'administration et de la gestion du personnel, des interactions avec les résidents et leurs proches, des activités sociales et récréatives, des travaux d'entretien physique et ménager, des soins personnels à assurer, du support psychosocial, de l'aide au déplacement et des éléments de satisfaction et d'insatisfaction que comporte le travail en résidence.

Le profil des compétences évoque la prise en considération de la formation actuelle des gestionnaires et intervenants, des compétences, habiletés, attitudes et qualités personnelles perçues et requises par les gestionnaires et intervenants, des besoins ressentis, et des incitatifs et des obstacles à l'acquisition de nouvelles connaissances. Ce profil de compétences est par la suite enrichi par le point de vue des personnes âgées en lien avec leurs attentes face aux ressources d'hébergement.

2.2.2 Le portrait du secteur de l'hébergement privé au Saguenay

Le taux d'occupation de l'ensemble des résidences du Saguenay est élevé et se situait au moment de l'étude à 89 %. Il se répartit comme suit selon les municipalités observées : pour les résidences de Chicoutimi, il atteint 92,7 % alors que les municipalités de Jonquière et La Baie affichent des taux respectifs de 84,9 % et 84,3 %. On dénombre un total de 1 568 places disponibles dans l'ensemble des résidences. Les types de résidences ainsi que leur répartition selon les territoires desservis par les CLSC apparaissent dans la figure 1.

Figure 1
Les résidences privées au Saguenay selon le nombre d'unités de logement et les territoires des CLSC

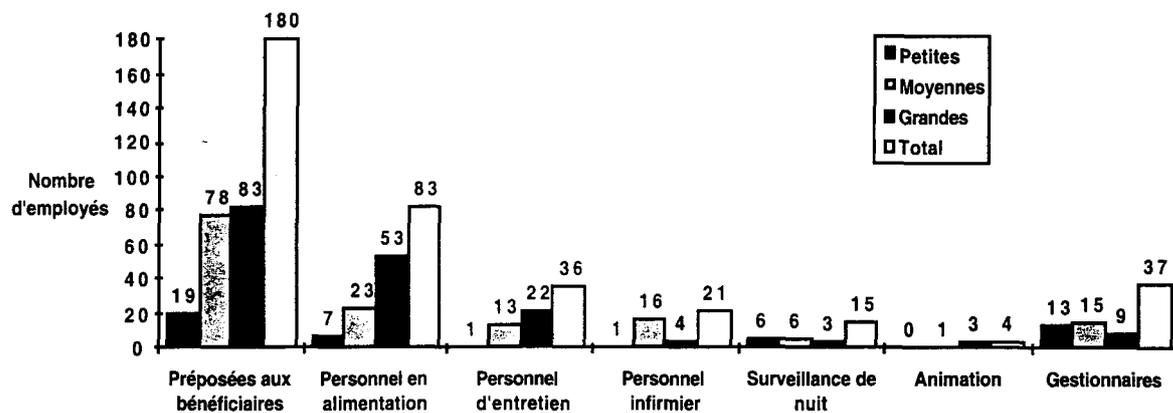


La figure 1 fait ressortir que la plus importante concentration de grandes résidences (51 et plus) se retrouve sur le territoire desservi par le CLSC du Grand Chicoutimi, soit un nombre de 6 pour l'ensemble des 14 résidences

existantes. C'est sur le territoire du CLSC de la Jonquière qu'on remarque la présence du plus grand nombre de petites résidences (20 et moins), soit 6 parmi un total de 13 résidences. Sur le territoire desservi par le CLSC du Fjord, soit à La Baie, on dénombre un total de 7 résidences privées pour personnes âgées dont la plupart sont de petite taille (20 et moins). Pour l'ensemble du territoire, 37 résidences en opération ont été répertoriées.

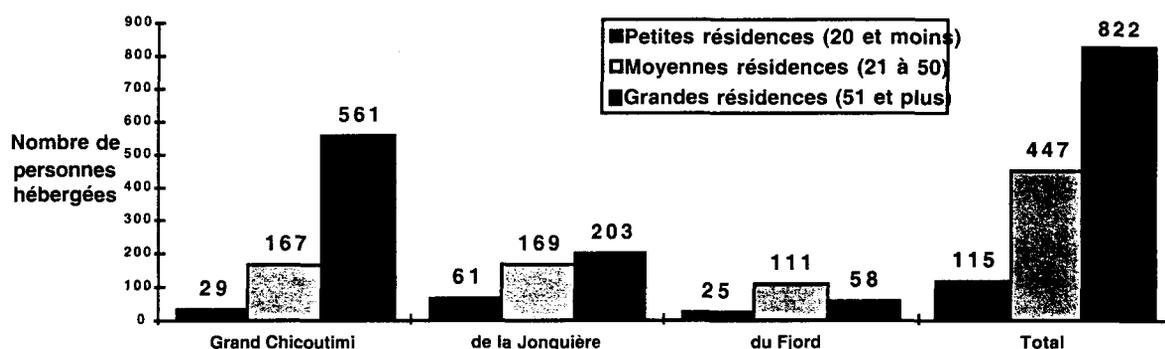
Ces résidences emploient au total 376 personnes, dont 37 gestionnaires. Parmi l'ensemble des employés et intervenants, les catégories les plus représentées sont les préposés aux bénéficiaires, le personnel en alimentation et en entretien ménager ainsi que les infirmières et infirmières auxiliaires. La figure 2 rend compte du nombre de personnes occupant les diverses catégories d'emplois répertoriées à temps plein, partiel ou occasionnel.

Figure 2
Nombre d'employés par catégories d'emploi et types de résidences



Le nombre de personnes hébergées dans les trois catégories de résidences totalise 1 384 personnes. Le plus grand nombre d'entre elles, soit 822, se retrouve dans les grandes résidences (51 et plus). La figure 3 illustre la répartition des résidents selon la taille de la résidence et leur CLSC d'appartenance.

Figure 3
Nombre de personnes hébergées selon les catégories de résidences et les territoires des CLSC



La nouveauté du phénomène de l'hébergement privé au Saguenay est également confirmée par une période d'opération relativement récente pour toutes les résidences participantes. En effet, les résidences sélectionnées sont en opération depuis cinq ans en moyenne. Cependant, la plupart existent depuis très peu de temps, la plus ancienne ayant commencé ses activités en 1985 tandis que quinze sont entrées en opération à partir des années 90.

2.2.3 Les caractéristiques physiques et organisationnelles de l'échantillon

Plusieurs caractéristiques physiques et modes d'opération différencient les résidences échantillonnées au Saguenay (18/37), tant au plan de l'architecture, du type et du nombre de logements disponibles, des critères d'admission, des procédures de transfert ou d'éviction, que de l'engagement des résidents dans les processus décisionnels.

Les immeubles construits ou convertis en résidences pour personnes âgées inclus dans cette étude (18) comprennent un nombre d'étages qui varie entre un et huit. La plupart des immeubles (14/18) possèdent trois étages ou moins.

Au total, les résidences saguenayennes offrent 1 387 unités de logement, dont 512 chambres et 875 studios ou appartements. En ce qui concerne la répartition des unités de logement de notre échantillon, selon le type et le nombre, est décrite dans le tableau 2.

Pour l'ensemble échantillonné, ce sont surtout des studios et des chambres à un lit qui sont disponibles. Toutes les unités de logement ont par ailleurs été déclarées universellement accessibles aux résidents.

Tableau 2
Répartition de l'échantillon de résidences selon le type
et le nombre d'unités de logement

Types d'unités de logement	Nombre d'unités disponibles
Logements à 2 chambres à coucher	64
Logements à 1 chambre à coucher	174
Studios	206
Chambres à un lit	322
Chambres à deux lits	15
Total	781

On remarque également que les unités de logement disposent d'un agencement différencié au plan des équipements de cuisine. Toutefois, plusieurs ne sont équipées d'aucun appareil. Il va sans dire que toutes les résidences offrent des services de repas qui sont servis soit dans des cuisines de type familial, des salles à dîner ou des cafétérias. Deux résidences offrent la possibilité aux résidents de préparer leur repas dans une cuisine commune. Le tableau 3 apporte des informations sur les types d'équipement disponible dans les unités de logement de notre échantillon.

En regard des installations sanitaires, plus de la moitié des unités de logement (595/781) possèdent une salle de bain complète et indépendante. Dans certaines résidences, les chambres sont dotées d'un lavabo et d'une toilette ou bien les locataires ont accès à une salle de bain située sur l'étage. D'autres disposent de salles de bain partagées ou communes.

Tableau 3
Types d'équipements de cuisine disponibles
selon le nombre d'unités de logement

Types d'équipement de cuisine	Nombre d'unités pourvues
Équipement standard (réfrigérateur et cuisinière)	24
Équipement compact (plaque chauffante/four micro-ondes/mini-réfrigérateur)	293
Four micro-ondes seulement	78
Aucun appareil de cuisine	386
Total	781

Tous les gestionnaires de résidences des 18 résidences sélectionnées ont précisé l'existence de critères d'admission. Le tableau 4 présente les principaux critères de sélection mentionnés selon le type de résidences.

Tableau 4
Critères d'admission en fonction du type de résidences

Critères d'admission ⁵	Nombre de mentions		
	Petites (5)	Moyennes (8)	Grandes (5)
Âge Aucun critère 65 ans et plus	5	7 1	5

...suite

⁵ Certains propos ou expressions utilisés ont été regroupés afin de refléter la meilleure description possible des critères et l'importance accordée à ceux-ci. La plupart des sous-catégories réfèrent aux termes utilisés par les répondants.

Tableau 4 (suite)

Critères d'admission	Nombre de mentions		
	Petites (5)	Moyennes (8)	Grandes (5)
État de santé			
Aucun critère	3	1	
État de santé physique bon, moyen ou passable	2	4	3
Ne pas être trop atteint au plan mental ou cognitif	1	2	2
Pouvoir changer eux-mêmes leurs sous-vêtements sanitaires		1	1
Ancienneté de la demande		4	2
Capacités financières⁶			
Disposer d'un faible revenu		1	
Autonomie⁷			
Capacité à se mouvoir et circuler	1		
Perte légère d'autonomie	1		
Pouvoir effectuer les activités de la vie quotidienne		2	
Semi-autonome		5	1
Pouvoir se rendre à la salle à manger ou se baigner sans aide		1	2
Aucune perte d'autonomie		1	2
Attitudes comportementales⁸			
Aucun critère	1		2
Capacité à vivre en groupe ou en communauté	1	2	4
Absence de comportements anti-sociaux ou violents	1	1	

⁶ La plupart des gestionnaires ont mentionné que les résidents ou leur famille devaient être capables d'assumer le coût du loyer ou des services supplémentaires, et trois personnes ont précisé opérer sans baux.

⁷ Huit gestionnaires précisent le constat d'une dégradation relativement récente après l'admission en résidence.

⁸ Une personne mentionne qu'il n'est possible d'évaluer le comportement que quelques temps après l'arrivée en résidence et deux autres évoquent en référer au personnel du CLSC sous cet aspect.

En ce qui a trait aux procédures de transfert vers une institution publique ou d'éviction, la majorité des gestionnaires (16/18) mentionne les avoir utilisées à des fréquences diverses. Les principaux motifs y ayant conduit sont, selon l'ordre des mentions : la maladie physique ou mentale, une forte perte d'autonomie, les problèmes d'adaptation au milieu, des attitudes inappropriées (violence, comportements anti-sociaux, etc.) et l'incontinence totale. Deux gestionnaires évoquent également que les délais d'attente pour l'obtention de places dans le réseau d'hébergement public les ont contraintes à garder pendant plusieurs mois les résidents en processus de transfert. La décision de procéder à un transfert ou à une éviction relève de plusieurs personnes et intervenants. Le tableau 5 montre les combinaisons de personnes impliquées selon le nombre de mentions.

Tableau 5
Personnes concernées par le processus de transfert ou d'éviction
selon l'importance des mentions

Intervenants et personnes concernés	Nombre de mentions
Direction et famille	6
Médecin, famille et direction	4
Médecin et famille	2
Médecin, famille, résident, direction et travailleuse sociale	2
Médecin, direction et travailleuse sociale	2
Conseil d'administration et famille	1
Enfants seulement	1

C'est au regard du choix, de l'organisation et des règles de participation aux activités récréatives, de l'accueil de nouveaux résidents ainsi que de la planification des menus et horaires des repas que les résidents, au plan décisionnel, semblent les plus sollicités. Ceux-ci sont également consultés dans une large mesure en ce qui a trait à la décoration des aires communes. On remarque toutefois que les résidents sont presque exclus des décisions concernant la sélection ou le renvoi de locataires, la gestion des plaintes et certaines activités de gestion du personnel (embauche et licenciement). Le contrôle de la sécurité est également un domaine où les aînés sont très peu consultés.

Sept gestionnaires de moyennes et grandes résidences ont fait mention de l'existence de comités et conseils d'administration. Plusieurs estiment que l'existence de telles structures, lorsqu'elle implique la présence de résidents, n'est pas souhaitable en raison de la création potentielle de conflits pouvant perturber le climat de la résidence et nuire aux relations entre les locataires.

Au plan des services offerts et inclus dans le coût du loyer, toutes les résidences offrent la surveillance de jour et de nuit, les repas servis à la salle à manger ou à la cuisine, l'aide ménagère et la surveillance de la médication. Une seule résidence n'offre pas d'activités récréatives ou sociales, ni de système d'appel d'urgence. Quatre gestionnaires mentionnent que l'assistance pour les soins personnels n'est pas disponible au sein de leur établissement. Certains autres services sont également disponibles aux résidents moyennant un supplément monétaire (tableau 6).

Tableau 6
Disponibilité et gratuité des services offerts
par les résidences participantes

Types de services	Disponibilité (nb rés.)	Gratuité (nb rés.)
Repas servis au logement ou à la chambre	12	12
Clinique médicale	6	6
Soins infirmiers et de réadaptation	11	9
Clinique de podiatrie	10	0
Services religieux	16	16
Aide à la préparation des repas	1	1
Aide à l'achat d'épicerie	3	3
Aide au transport	5	5
Assistance pour soins personnels	14	14
Buanderie	17	1
Activités récréatives ou sociales ⁹	17	17
Système d'appel d'urgence	17	17
Suivi de l'autonomie	16	16
Gestion des finances personnelles	7	6
Coiffure et esthétique	15	1

2.3 LA STRATÉGIE ET LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

La stratégie de recherche de ce projet découle d'une approche mixte puisque des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies et analysées. Le protocole de recherche inclut l'utilisation de deux techniques de collecte

⁹ Ces activités sont généralement gratuites, mais un léger supplément peut être exigé lors d'offre de prix de présence, lors de sorties en groupe ou de voyages dans la région ou à l'extérieur. Notons qu'une seule résidence organise des voyages, la plupart des gestionnaires ayant mentionné qu'un état de santé précaire rendait difficile la tenue de telles activités.

de données : l'analyse documentaire, réalisée à partir des sources obtenues en majeure partie des bandes de données Age-Line et MedLine, et un questionnaire comprenant des questions ouvertes et fermées.

Notre approche, dans son ensemble, se veut à la fois structurée et souple. Elle tient autant compte des éléments ou des thèmes suggérés par la documentation consultée que de notre souci de laisser aux sujets la possibilité de faire ressortir les spécificités qui animent le milieu dans lequel ils évoluent. La dimension quantitative de notre démarche s'exprime à travers la compilation de résultats aux questions fermées et aux regroupements d'énoncés proposés aux répondants. La dimension qualitative s'affirme quant à elle par des questions ouvertes complémentaires qui permettent aux acteurs interrogés d'émettre leur opinion sans en orienter à l'avance le sens ou la direction (Deslauriers, 1991; Gauthier, 1992). En effet, lorsque le phénomène à l'étude s'inscrit dans un rapport de relations et d'interactions humaines, et lorsque la démarche vise à accroître notre compréhension du phénomène, les méthodes d'enquêtes qualitatives permettent de maximiser la richesse des informations à notre portée.

La latitude de l'approche utilisée offre de plus aux personnes interrogées la possibilité d'orienter l'apport de connaissances en fonction des attentes réelles des enquêtés et non en fonction du degré de satisfaction par rapport à des références ou critères préalablement établis. Pour ce faire, nous avons pris en considération que les attributs que considèrent le personnel et les prestataires ou les bénéficiaires de services et de soins pour déterminer ce qu'est un service de qualité peuvent être différents de ceux que nous aurions tendance à préco-

niser (Côté, 1996). Une approche globale du vécu et des difficultés rencontrées au travail ainsi que des attentes des aînés face aux ressources, comme le préconise Lefrançois (1992), a aussi été mise à profit dans la collecte d'informations, tant en ce qui concerne les gestionnaires et intervenants que les personnes âgées.

L'analyse quantitative des données se traduit par des résultats exprimés en pourcentage ou en nombres absolus tandis que l'analyse qualitative est rendue sous forme de regroupements de réponses sous divers thèmes et sous-thèmes relatifs aux aspects ou aux dimensions couverts par les questions ouvertes. Cette dernière est également enrichie par les commentaires originaux des participants.

En conséquence, l'ensemble de la démarche ne vise pas à une généralisation des résultats mais à décrire et éclairer la réalité spécifique du milieu régional où évoluent gestionnaires, intervenants et personnes âgées, dans un secteur en croissance : l'hébergement privé pour personnes âgées.

2.3.1 La technique de collecte des données

Le questionnaire comprenant des questions ouvertes et fermées est l'outil que nous avons privilégié. Par son caractère souple et permissif, il favorise l'émergence de données nouvelles ou de nuances à apporter aux connaissances déjà acquises. La richesse qu'il sous-tend nous a permis d'atteindre non

seulement les aspects visibles de la problématique de l'hébergement et de l'intervention en milieu privé, mais d'accentuer la quête d'information en fonction des besoins et attentes réelles des principaux acteurs. La collecte s'est effectuée à l'aide de trois questionnaires distincts, élaborés en fonction des catégories de personnes à interroger : les gestionnaires, les intervenants et les personnes âgées (voir les annexes D, E et F). Ces questionnaires comprenaient plusieurs questions ouvertes et fermées. Ils ont été élaborés selon des thèmes et des dimensions spécifiques regroupés sous différentes sections.

Le questionnaire s'adressant aux gestionnaires de résidence comprend donc six sections différentes, définies comme suit :

Section 1. Situation relative à l'emploi

Section 2. Dimensions administrative et relationnelle

Dimension 1. Administration

Dimension 2. Gestion et supervision du personnel

Dimension 3. Interactions et rapports avec les résidents
et leurs proches

Dimension 4. Animation et engagement social

Dimension 5. Assistance et support aux résidents

Section 3. Habiletés, compétences, qualités personnelles et besoins de formation

Section 4. Perception du métier, des personnes âgées et de leurs besoins

Section 5. Caractéristiques physiques et organisationnelles de la résidence

Section 6. Données sociodémographiques et caractéristiques individuelles

Le questionnaire à l'intention des intervenants comporte lui aussi six sections :

Section 1. Situation relative à l'emploi

Section 2. Les interactions et rapports avec les résidents et leurs proches

Section 3. Habilités, compétences et qualités personnelles requises

Section 4. Perception du métier, des personnes âgées et de leurs besoins

Section 5. Formation - Identification des besoins et des obstacles

Section 6. Données sociodémographiques et caractéristiques individuelles

Finalement, les données auprès des personnes âgées ont été recueillies à partir d'un instrument regroupant cinq sections :

Section 1. Déterminants et motifs d'utilisation de la ressource

Section 2. Perception de l'aîné(e) d'une résidence de qualité

Section 3. Attentes et expression des besoins des aîné(e)s face à la ressource

Section 4. Perception et attentes de la personne âgée face aux intervenants

Section 5. Données sociodémographiques et caractéristiques individuelles

2.3.2 La constitution des échantillons

Afin de répertorier les résidences privées opérant au Saguenay, nous avons au départ (janvier-février 1997) contacté la Régie régionale de la santé et des services sociaux pour obtenir la liste la plus complète et actuelle de ce type de ressources. Nous avons ensuite effectué une mise à jour à l'aide du bottin téléphonique régional et nous avons également vérifié auprès des gestionnaires et responsables de résidences si, à leur connaissance, d'autres résidences étaient opérationnelles au moment de l'enquête. Une fois notre liste complétée, nous l'avons validée auprès des CLSC concernés. L'utilisation de la grille d'entrevue téléphonique (voir annexe A) nous permettait de constater qu'au Saguenay trente-sept résidences privées offrent six unités résidentielles et plus aux personnes âgées. Près de 400 personnes oeuvrent dans ce secteur d'activité où sont logés environ 1 400 locataires. Lors de ce premier contact téléphonique nous avons vérifié l'intérêt des gestionnaires de résidences à participer à la recherche. La majorité des répondants (28 sur 37) ont manifesté leur accord, huit ont fait part de réticences et un a catégoriquement refusé.

À partir de la liste des trente-six résidences intéressées ou ayant démontré des réticences à participer, nous avons catégorisé celles-ci en trois grands types selon le nombre d'unités disponibles (chambres ou appartements) :

- petites résidences : de 6 à 20 unités
- résidences moyennes : de 21 à 50 unités
- grandes résidences : de 51 unités et plus

Afin d'assurer la meilleure représentativité possible, nous avons décidé de constituer un échantillon de résidences composé de la moitié des trente-six résidences ayant démontré de l'intérêt, soit dix-huit d'entre elles. Nous avons par la suite choisi au hasard six résidences dans chacune des catégories et contacté à nouveau les gestionnaires de chacune d'entre elles. Quatre personnes ont alors refusé de participer, restreignant par le fait même notre capacité à conserver le même nombre de résidences dans chacune des catégories. Pour atteindre le nombre de dix-huit gestionnaires, nous avons donc inclus quatre nouvelles résidences dans notre liste et contacté les personnes ayant préalablement manifesté un intérêt de participation.

Le tableau 7 présente le nombre de répondants interviewés dans chaque catégorie d'établissements.

Tableau 7
Nombre et catégories de répondants
en fonction du type de résidences

Types et nombre de résidences	Nombre de répondants		
	Gestionnaires	Intervenants	Personnes âgées
Petites (n=5)	5	3*	11
Moyennes (n=8)	8	16	23
Grandes (n=5)	5	18	17
Total (n=18)	18	37	51

* L'échantillon restreint s'explique par le peu d'intervenants employés dans les petites résidences.

Lorsque les gestionnaires de résidences acceptaient de nous rencontrer pour une entrevue, une lettre de confirmation de leur participation expliquant les modalités de la recherche leur était acheminée (annexe B). Après la réalisation de l'entrevue avec les gestionnaires, nous les invitons à nous présenter la liste de leur personnel et celle de leurs résidents afin de choisir au hasard un certain nombre d'éventuels participants. En certaines occasions, les noms nous ont été directement suggérés par les gestionnaires pour les raisons suivantes : la présence d'un très petit nombre d'intervenants ou le quart de travail de ceux-ci qui diminuait la possibilité de participation, les substitutions lors de refus, l'absence des intervenants pour des raisons de maladie ou de vacances et, en ce qui concerne les personnes âgées, une détérioration de l'état de santé physique ou psychologique qui rendait impossible la réalisation d'une entrevue. Ce qui peut être perçu comme un biais méthodologique nous apparaît donc dans la situation présente comme un élément incontournable à considérer lors du processus

d'échantillonnage. Un consentement écrit fut préalablement obtenu auprès de tous les participants (annexe C)

Dans les résidences privées pour aînés, 43 intervenants ont été contactés. Trente-sept ont accepté de compléter le questionnaire, ce qui représente un taux de réponse de 86 %. Le tableau 8 représente la répartition des intervenants en fonction de leur catégorie d'emploi.

Tableau 8

Répartition des intervenants ayant accepté ou refusé de compléter le questionnaire selon la catégorie d'emploi

Catégories d'emploi	Nombre de répondants	Nombre de refus
Préposés aux bénéficiaires	17	6
Personnel en alimentation	5	0
Personnel infirmier	4	0
Personnel d'entretien	4	0
Animatrices	3	0
Gardiennes de nuit	2	0
Autres	2	0
Total	37	6

2.3.3 Les caractéristiques sociodémographiques et le déroulement des entrevues

La moyenne d'âge des gestionnaires de résidences privées est de 45 ans. Un seul répondant est de sexe masculin. Au plan de la formation scolaire, six

personnes ont complété des études collégiales, le même nombre a complété des études universitaires, soit un certificat (3), un baccalauréat (2) ou une maîtrise (1).

Chez les intervenants, la majorité sont des femmes (81 %). La plupart d'entre eux (54%) sont âgés de 40 ans et plus. Une minorité a complété des études collégiales (19%) ou universitaires (3%). Une majorité compte 4 ans et moins d'expérience de travail dans le secteur de l'hébergement pour aînés.

Plus des trois-quarts des intervenants (29) déclarent un revenu personnel brut de moins de 15 000 \$. Le tableau 9 présente certaines caractéristiques sociodémographiques des gestionnaires et des intervenants.

Tableau 9
Caractéristiques sociodémographiques des gestionnaires et intervenants (en %)

Caractéristiques sociodémographiques	Gestionnaires (n=18)	Intervenants (n=37)
SEXE		
• Féminin	94	81
• Masculin	6	19
ÂGE		
• Moins de 30 ans	6	24
• De 30 à 39 ans	17	21
• De 40 à 49 ans	50	43
• 50 ans et plus	27	12

...suite

Tableau 9 (suite)

Caractéristiques sociodémographiques	Gestionnaires (n=18)	Intervenants (n=37)
NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE		
• Moins de 2 ans	17	32
• De 2 à 4 ans	28	40
• De 5 à 7 ans	44	22
• De 8 à 11 ans	11	-
• 12 ans et plus	-	5

La majorité des personnes âgées ayant participé aux entrevues sont des femmes (74 %) et la moyenne d'âge se situe à 79 ans. Par ailleurs, 90 % des répondants sont âgés de 75 ans et plus et la majorité d'entre eux (43/51) vivent seuls dans leur chambre ou logement.

Les entrevues auprès de l'ensemble des sujets ont débuté en mai 1997 pour se terminer à la fin de juillet 1997. Dans l'ensemble, les rencontres se sont bien déroulées et leur durée a varié en fonction de la catégorie de répondants et du questionnaire utilisé (tableau 10).

Tableau 10
Durée des entrevues selon les catégories de répondants

Catégories de répondants	Durée des entrevues (en minutes)
Gestionnaires de résidences	82
Intervenants	72
Personnes âgées	49

CHAPITRE III

LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre nous décrivons les principaux résultats ayant émergé de l'enquête réalisée auprès des gestionnaires et des intervenants consultés sans exclure une certaine dimension analytique puisque la description correspond également à une forme d'analyse (Deslauriers, 1991). Ces résultats réfèrent aux différentes tâches et activités effectuées par le personnel oeuvrant dans les résidences privées, aux difficultés rencontrées dans l'accomplissement de leurs tâches et responsabilités, à leurs conceptions du métier qu'ils exercent ainsi qu'à leur perception de la clientèle hébergée et de ses besoins. Nous avons également pu discerner quelles étaient les principales compétences, habiletés et qualités personnelles jugées utiles ou nécessaires par les gestionnaires et intervenants à l'exercice de leur métier. Les besoins de formation ainsi que les incitatifs et obstacles à l'acquisition de connaissances liées au travail sont aussi considérés. Les aînés expriment également leur point de vue sur divers aspects liés à leur intégration, leur vécu et leurs attentes face aux ressources d'hébergement et aux personnes qui leur assurent quotidiennement des services et des soins.

3.1 LA SITUATION RELATIVE À L'EMPLOI DES GESTIONNAIRES ET DES INTERVENANTS

Cette section des résultats vise à fournir une description des fonctions et des responsabilités des gestionnaires et intervenants, à décrire leurs expériences de travail antérieures et à faire ressortir les motifs les ayant incités à oeuvrer

dans le secteur de l'hébergement privé. Des informations sont également fournies sur les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail.

3.1.1 Le titre et le statut de propriétaire des gestionnaires

Dans les petites résidences (20 unités de logement et moins), les gestionnaires, généralement propriétaires ou copropriétaires de la résidence (4/5), font référence au titre de responsable, alors que dans les moyennes et grandes résidences, ils s'identifient comme directeur (10/13) dans la majorité des cas. Dans les grandes résidences, seulement une directrice est copropriétaire de la résidence. Par ailleurs, aucun des gestionnaires n'est propriétaire d'une autre résidence.

3.1.2 Les expériences antérieures et les horaires de travail

La majorité des gestionnaires de résidences (14/18) n'avaient pas occupé auparavant la même fonction ou une fonction similaire dans un autre établissement. Les quatre personnes ayant répondu affirmativement avaient quant à elles oeuvré dans le domaine de l'hébergement pour personnes âgées selon des périodes variant de 2 à 15 ans. Moins de la moitié des répondants (8/18) affirment avoir acquis de l'expérience rémunérée ou bénévole auprès des personnes âgées avant de travailler dans une résidence pour personnes âgées. Toutefois, l'ensemble des gestionnaires avait acquis diverses formes d'expérien-

ces de travail rémunéré dans une variété d'autres domaines : commerces privés, restauration et hôtellerie, secrétariat et comptabilité, secteur public et autres.

Du côté des intervenants, plus de la moitié de ceux-ci (28/37) mentionnent ne pas avoir occupé antérieurement un emploi dans une autre résidence. La majorité d'entre eux (20/37) travaillent à temps plein¹⁰, tandis que 16 occupent leur emploi à temps partiel, effectuant en moyenne 24 heures de travail par semaine. Le travail, selon les horaires, se répartit comme suit chez les intervenants : plus de la moitié (60 %) des intervenants travaillent surtout le jour, 20 % le soir, 14 % la nuit et 14 % selon une rotation régulière. Six intervenants mentionnent occuper parallèlement un autre emploi dans un autre domaine. Relativement peu d'entre eux ont pensé à quitter leur emploi au cours des années précédant l'enquête (5/37). Les raisons motivant ce désir se situent aux plans des conditions de travail et de la rémunération jugées inadéquates.

C'est chez les gestionnaires propriétaires et copropriétaires qu'on retrouve la plus haute moyenne d'heures/semaine travaillées, soit 67 heures/semaine. Chez les non-propriétaires, celle-ci se situe à 39,5 heures/semaine. Les horaires de travail les plus lourds sont mentionnés par les gestionnaires de petites résidences. Ceux-ci varient de 36 à 125 heures/semaine. Dans le dernier cas, la propriétaire assume l'ensemble des responsabilités et ne s'absente de la résidence qu'une journée aux deux semaines pour l'achat d'aliments et de biens

¹⁰ Le statut de travailleur à temps plein a été établi à 30 heures/semaine travaillées et plus, alors que celui de travailleur à temps partiel représente moins de 30 heures/semaine travaillées. À cet effet, nous nous sommes référés aux normes utilisées par le Bureau de la statistiques du Québec (Norbert et *al.*, 1996).

non périssables nécessaires au fonctionnement de la résidence. Quatre personnes demeurent sur place et des quatorze autres, cinq amènent du travail chez elle et se déplacent régulièrement, en tout temps, pour répondre aux urgences, et ce, dans les trois catégories de résidence.

3.1.3 Les motifs poussant les individus à travailler auprès de personnes âgées

Les principales raisons ayant motivé le choix des gestionnaires à oeuvrer dans le secteur de l'hébergement privé pour personnes âgées sont l'intérêt et l'amour pour les personnes âgées ainsi que le désir de posséder sa propre entreprise et de se créer un emploi. Divers aspects relatifs à la tâche tels la possibilité d'exercer sa créativité, la valorisation et la l'opportunité de progresser au plan personnel en profitant du vécu et des expériences des personnes âgées ont également encouragé les gestionnaires à travailler auprès des aînés vivant en milieu protégé. Pour certaines répondants, la gestion d'une résidence demeure un défi personnel qu'elles voulaient relever.

Quant aux intervenants, ils ont été motivés en premier lieu par l'intérêt et l'amour pour les personnes âgées ou une expérience antérieure, rémunérée ou bénévole, auprès d'aînés. Viennent ensuite l'altruisme, les concours de circonstances, le manque de travail dans d'autres domaines, la possibilité de tirer profit des expériences de vie des gens âgés et l'existence d'une formation liée au travail. À partir d'une grille de facteurs prédéterminés, les intervenants identifient l'intérêt personnel pour les gens âgés, le désir d'aider les autres et le sentiment

de valorisation retiré de leurs interactions avec les aînés comme principaux motifs les ayant encouragés à travailler dans une résidence pour personnes âgées.

3.2 LES FACTEURS DE SATISFACTION ET D'INSATISFACTION AU TRAVAIL

Les facteurs de satisfaction au travail chez les intervenants relèvent surtout des relations entretenues avec les personnes âgées et de la valorisation retirée de leur engagement personnel auprès de ces dernières. Ainsi, les intervenants estiment que ce qui leur apporte le plus de contentement, ce sont les contacts avec les résidents, le sentiment d'aider les autres, de recevoir des marques et témoignages d'appréciation, de constater la confiance qu'on leur accorde et de combler, par les services et les soins donnés, les attentes des personnes âgées. Le sentiment de pouvoir s'attribuer certaines améliorations des résidents, au plan physique ou psychologique, et de percevoir une certaine réciprocité dans les échanges sont aussi des aspects satisfaisants mentionnés par les intervenants.

Certains facteurs, davantage liés à l'accomplissement de la tâche et à la formation ont aussi été évoqués : on apprécie par exemple pouvoir quitter les lieux après avoir réussi à accomplir tout son travail, administrer des soins qui sont en lien avec la formation personnelle de l'intervenant et pouvoir discuter avec le médecin afin de mieux connaître l'évolution de l'état de santé des

résidents. L'approche directe de personnes vieillissantes semble aussi un facteur de satisfaction individuelle.

Les facteurs d'insatisfaction sont d'origines diversifiées; ils concernent l'accomplissement de la tâche, les relations et conditions de travail, les constats relatifs aux personnes âgées et les relations avec ces dernières. Le tableau 11 fait part des facteurs d'insatisfaction mentionnés par les intervenants.

Tableau 11
Facteurs d'insatisfaction au travail chez les intervenants

Facteurs liés à l'accomplissement de la tâche	<ul style="list-style-type: none"> • Les tâches ménagères • Le manque de temps pour effectuer toutes les tâches • La lourdeur des tâches en général • Le manque d'équipement spécialisé • L'aide ou les soins donnés à la dérobée
Facteurs liés aux relations et conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Les relations inadéquates et les conflits entre le personnel • Le constat de l'incompétence de certains employés • L'accomplissement de tâches non dévolues • L'attitude menaçante de certains gestionnaires • Les horaires de travail • Le sentiment d'exploitation • Le salaire inadéquat • La non-reconnaissance professionnelle • Les conditions de travail difficiles
Facteurs liés aux constats relatifs aux personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> • La lourdeur de la perte d'autonomie et la maladie • L'incapacité de réagir devant les déficiences physiques et psychologiques des résidents, et l'abandon de certains • Les décès ou les départs de résidents • Le manque d'engagement des familles • Le manque de suivi et de transparence en lien avec la santé des résidents
Facteurs liés aux relations avec les personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> • Les difficultés interrelationnelles avec les résidents • La mauvaise humeur et les comportements inappropriés des résidents

Les principaux facteurs de satisfaction au travail chez les gestionnaires se situent au plan de la gestion, du climat de travail et des relations avec les résidents et leurs familles. Les facteurs les plus souvent mentionnés, selon le type de résidences, apparaissent dans le tableau 12. Ceux-ci ont été regroupés sous trois catégories.

Tableau 12
Principaux facteurs de satisfaction au travail chez les gestionnaires

Facteurs de satisfaction	Taille des résidences		
	Petites (5)	Moyennes (8)	Grandes (5)
Facteurs personnels			
L'engagement personnel auprès de gens âgés	•	•	
La reconnaissance des résidents	•	•	•
La proximité du lieu de travail	•		
Le constat du bien-être des résidents	•	•	•
Les améliorations chez les résidents	•		•
La mise à profit de son expérience et de ses connaissances		•	
La possibilité de relever des défis		•	
Facteurs relationnels			
Les contacts personnels avec les résidents et la famille	•	•	
La possibilité d'apprendre des gens âgés	•		
Les liens de confiance qui se créent	•		
La bonne entente et le soutien de la famille	•		
Facteurs organisationnels			
L'atmosphère familiale	•	•	•
La bonne entente du personnel		•	•
L'aspect non routinier des tâches		•	
Un taux de location élevé		•	•
L'offre d'un service de qualité		•	

On remarque que les facteurs relationnels ne semblent intervenir qu'essentiellement dans les petites résidences. Les facteurs organisationnels joueraient par contre un rôle plus important dans les moyennes et grandes résidences. Les facteurs personnels semblent quant à eux se manifester dans l'ensemble des résidences.

Un exercice semblable nous permet de mettre en évidence les principaux facteurs d'insatisfaction rapportés par les gestionnaires. Plusieurs dimensions entrent en considération dans leur identification. Nous les avons donc répertoriés sous les dimensions gestion et administration, conditions de travail, relations externes, relations internes (personnel et résidents) et sentiments personnels (tableau 13).

Tableau 13
Principaux facteurs d'insatisfaction chez les gestionnaires

Dimensions	Facteurs d'insatisfaction	Taille des résidences		
		Petites (5)	Moyennes (8)	Grandes (5)
Gestion et administration	La gestion du personnel		•	
	L'objectif de rentabilité	•	•	•
	Le manque d'intérêt et de formation du personnel		•	
	Le manque de temps			•
Conditions de travail	Les tâches ménagères	•		
	La lourdeur de la tâche	•	•	•
	L'assiduité sur les lieux	•		
	Le salaire peu élevé	•	•	
	L'accroissement de la lourdeur des cas	•	•	•

...suite

Tableau 13 (suite)

Dimensions	Facteurs d'insatisfaction	Taille des résidences		
		Petites (5)	Moyennes (8)	Grandes (5)
Relations externes	L'isolement	•	•	•
	La compétition entre résidences	•	•	
	L'absence du partage d'idées et de collaboration entre les résidences	•		
	Le manque de collaboration des professionnels du réseau	•		•
	L'espionnage des façons de faire par des concurrents			
	Le manque d'information et de ressources externes	•	•	
Relations internes	La médiation entre les résidents et les administrateurs		•	
	Le manque de reconnaissance des personnes âgées	•	•	•
	Les conflits avec le personnel		•	
	La rigidité syndicale			•
	Les conflits résidents/personnel			•
Sentiments personnels	Le sentiment de responsabilité face aux personnes âgées	•	•	
	L'investissement émotif	•		
	Sentiment de tristesse lors de départ ou de décès	•		•
	La perte de sa vie personnelle		•	
	La déception de ne pouvoir privilégier la personne avant tout	•		•

On remarque que les objectifs de rentabilité, la lourdeur de la tâche, l'accroissement de la perte d'autonomie des résidents, le manque de reconnaissance des personnes âgées et l'isolement des gestionnaires constituent des

facteurs communs d'insatisfaction au travail chez les gestionnaires et ce, dans les trois types de résidences. Alors que les facteurs inhérents aux relations internes semblent constituer peu de motifs d'insatisfaction dans les petites résidences, les facteurs liés aux relations externes entrent davantage en considération dans l'évaluation des facteurs d'insatisfaction. Des résultats contrastants se constatent donc entre les moyennes et les grandes résidences.

3.3 LA PERCEPTION DES GESTIONNAIRES ET DES INTERVENANTS CONCERNANT LA CLIENTÈLE ÂGÉE ET DE SES BESOINS

Les gestionnaires ont donné une description beaucoup plus détaillée de l'ensemble de leur clientèle que ne l'ont fait les intervenants. Alors que les premiers ont plutôt proposé un portrait global des personnes âgées, les intervenants ont généralement référé à cinq ou six attributs positifs à l'égard des aînés. Parmi les plus souvent mentionnés, on retrouve les qualificatifs suivants : reconnaissante, gentille, attachante, différentes les uns des autres, enjouée, affectueuse et généreuse. Mentionnons toutefois que certains intervenants considèrent que les personnes âgées sont exigeantes et trop gâtées.

Pour les gestionnaires, les résidents sont généralement perçus comme des personnes très âgées, en grande perte d'autonomie, malades et ayant de grands besoins physiques et psychologiques. Ils sont de plus des êtres exigeants, vulnérables, insécures et attachants.

Afin de mieux illustrer les perceptions, qui diffèrent d'un gestionnaire à un autre et le caractère hétérogène des commentaires, nous avons retranscrit intégralement, après catégorisation selon deux tendances, certaines des descriptions fournies par les gestionnaires en les regroupant selon leur aspect plutôt positif ou plutôt négatif (tableau 14).

Tableau 14
Commentaires descriptifs des gestionnaires de leur clientèle

Description plutôt positives	<p>« Qui ont le goût de vivre, qui sont déprimés par moment, comme tous les autres. Qui ont besoin d'être stimulés pour conserver leur goût de vivre, d'animation, d'activités, d'être valorisés. Qui ont peur de déranger, de demander. Qui expriment peu leurs besoins. »</p> <p>« Ce sont des personnes autonomes qui parlent beaucoup. J'ai des personnes qui font beaucoup de commentaires. Elles ont toutes leurs petits défauts. Quand il y a quelque chose qui ne va pas ou qui va elles le disent. Elles sont franches. »</p> <p>« Relativement autonomes, qui ont un vécu très coloré. Dont la moyenne d'âge est de 72 ans. Qui ont un bagage important avec de bons et mauvais côtés avec lesquels on doit composer. Des personnes que j'aimerais voir retourner dans leur logement, reprendre leur pleine autonomie. »</p> <p>« Qui peuvent avoir des débordements d'amour, être chaleureux et spontanés. Qui ont une moyenne d'âge de 80 ans. Des gens qui sont lucides pour la plupart, qui veulent vivre, rire. »</p> <p>« Elles demandent beaucoup d'amour. Demandent plus à mesure que tu leur en donnes. Qui apprécient une petite sortie de temps en temps. Qui apprécient les petites choses simples. »</p> <p>« Des gens qui vivent en communauté, qui ont besoin d'être stimulés, des gens qu'on voit vieillir, perdre leur autonomie, des gens à qui on s'attache beaucoup. Qui ont besoin d'intimité et de respect. Qui comprennent mal ou interprètent mal en raison de leurs pertes (ouïe, vue). Qui ont besoin d'être aidés. »</p>
-------------------------------------	---

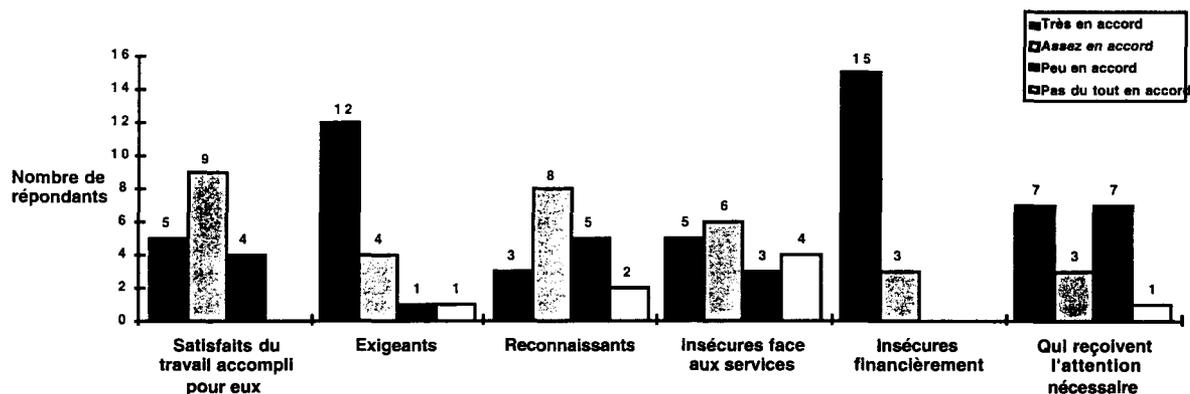
...suite

Tableau 14 (suite)

Description plutôt négatives	<p>« C'est une clientèle exigeante, malade et dépendante.»</p> <p>« La plupart sont assez autonomes, mais ce sont toutes des personnes malades avec leurs bobos. Des personnes qui demandent tout le temps. On dirait des fois qu'on est à l'école. Des gens dont l'humeur varie avec le temps. Qui veulent avoir tout de suite ce qu'ils demandent. Ils sont beaucoup dérangés par les problèmes de l'extérieur. Ils cachent leur jeu quand ils sont malades.»</p> <p>« Ils sont obsédés par les laxatifs, font des dégâts, alors c'est le drame. Ils ne sont pas faciles à vivre. Qui n'acceptent pas facilement le personnel, qui sont exigeants envers eux et qui peuvent être très durs. Qui seraient facilement exploitables, car ils sont prêts à payer pour tout.»</p> <p>« La plupart sont seules, 82 ans de moyenne d'âge, des femmes. Une minorité exige beaucoup. La plupart sont malades, ont des pertes de mémoire, de la surdité. C'est une clientèle avec de très grands besoins.»</p>
-------------------------------------	--

La perception des résidents par les gestionnaires a aussi été évaluée à partir d'une grille comportant certaines assertions préalablement définies (figure 4).

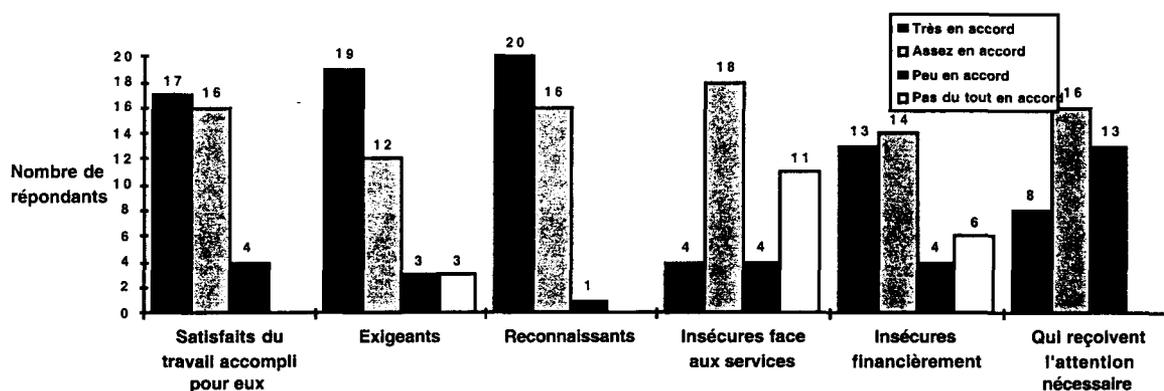
Figure 4
Perception qu'ont les gestionnaires de la clientèle



Une forte majorité des gestionnaires (14/18) estiment que les résidents sont satisfaits du travail qu'ils accomplissent tandis qu'un nombre presque équivalent (16) d'entre eux trouvent que les locataires sont exigeants. Un peu plus de la moitié des gestionnaires (11) affirment que les résidents sont reconnaissants. L'insécurité face au service semble généralement présente (11) alors que l'insécurité financière est approuvée unanimement (18). Les résultats semblent cependant équitablement partagés en ce qui a trait à l'attention nécessaire reçue (10 contre 8).

Chez les intervenants, on constate, à la figure 5, qu'une situation similaire se dégage en ce qui a trait à la satisfaction face au travail accompli (33/37) et à l'exigence des résidents (31). Cependant, les intervenants perçoivent beaucoup plus de reconnaissance de la part des locataires (36). Les résultats relatifs à l'insécurité face aux services à recevoir et à leur situation financière, ainsi qu'à l'attention reçue semblent rejoindre la perception des gestionnaires.

Figure 5
Perception qu'ont les intervenants de la clientèle



Les principaux besoins des aînés vivant en résidence ont été regroupés, selon l'ordre d'importance accordé par les répondants, dans le tableau 15. Les données recueillies démontrent que les intervenants et les gestionnaires ont à peu près la même perception des besoins des personnes âgées, même si l'ordre d'importance des mentions diffère quelque peu. Les besoins de sécurité, d'attention et d'écoute ainsi que les soins de santé sont, aux dires des répondants, les principaux besoins des résidents.

Plus des trois quarts des gestionnaires (14/18) et des intervenants (26/37) estiment toutefois que plusieurs besoins des résidents ne sont que partiellement ou pas comblés. Pour l'ensemble ayant mentionné cette situation, les principales lacunes constatées sont liées à la rencontre des besoins affectifs et sociaux des personnes âgées. Ainsi, les besoins se rapportant à l'attention, l'affection et l'écoute, la présence et le soutien de la famille ou de bénévoles, l'atténuation de l'isolement et de la solitude, l'adaptation et l'intégration en résidence, et finalement, l'animation et les divertissements accusent un déficit. Certains aspects des soins et services liés à la santé physique et psychologique des résidents semblent de plus ne pas rencontrer les besoins de ces derniers, selon les répondants. Entre autres, les soins infirmiers et médicaux, l'aide psychologique, les soins personnels et les soins d'hygiène, la compréhension et l'acceptation de la perte d'autonomie sont des aspects qui, selon plusieurs, ne rencontrent pas les besoins des personnes âgées en raison de leur absence ou de leur insuffisance.

Tableau 15
Identification des principaux besoins des personnes âgées
par les répondants

Principaux besoins identifiés par les gestionnaires	Principaux besoins identifiés par les intervenants
<ul style="list-style-type: none"> • Le sentiment de sécurité • Les besoins physiques de base • Les soins de santé • La disponibilité du personnel • Le soutien de leur famille • Les attentions particulières • La liberté de partir ou de rester • L'animation • La possibilité de prendre des décisions • L'amour • L'écoute • L'approche individualisée • L'acceptation inconditionnelle • Les contacts physiques • Le sentiment d'être « chez soi » • La stimulation physique et psychologique • L'appropriation de la vie en communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • L'attention et l'écoute • Le sentiment de sécurité • Les distractions et l'animation • L'amour • Briser l'isolement et la solitude • L'aide physique et psychologique • Les soins infirmiers et médicaux • La communication, l'encouragement, la compréhension et la valorisation • Le soutien familial • L'approche individualisée • Les contacts physiques • L'aide pour préserver leur autonomie • Le maintien de leur pouvoir de décision • Le développer de relations personnelles avec les intervenants • L'information sur leurs pertes d'autonomie • L'aide pour gérer leur finances • Les ressources financières • L'accès à un personnel prompt et disponible

3.4 LA DIMENSION ADMINISTRATIVE DU TRAVAIL DES GESTIONNAIRES

Dans l'ensemble des résidences, les gestionnaires sont confrontés à une grande diversité de tâches administratives. Celles-ci réfèrent généralement aux

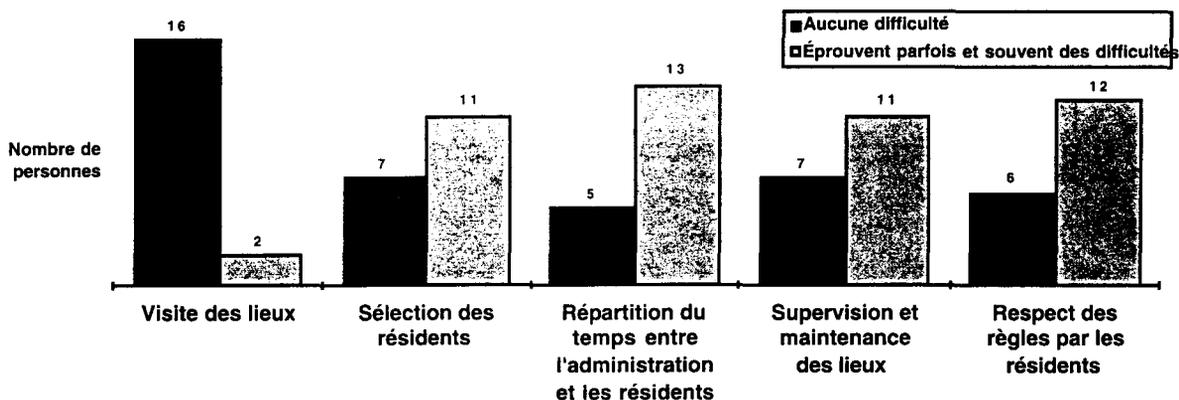
activités générales de fonctionnement d'un l'établissement comme l'approvisionnement en biens périssables et non périssables, la gestion des contrats avec les fournisseurs, l'entretien et les réparations intérieures et extérieures, la commande et la réception de médicaments, et la supervision d'aménagements physiques importants. Les tâches administratives orientées vers la clientèle sont les activités de promotion de l'établissement, la visite des lieux, la signature et la cassation des baux ainsi que la perception des loyers. Les activités budgétaires telles la paie des employés, la gestion du budget opérationnel, les rapports de fin de mois, le paiement des factures, les dépôts bancaires ainsi que diverses autres activités à caractère financier sont également des aspects inclus dans le quotidien des directeurs et responsables. Dans les grandes résidences, les rencontres et les échanges avec les conseils d'administration et autres instances du secteur public exigent également beaucoup de disponibilité.

La majorité (16/18) des directeurs et responsables ont aussi à effectuer des tâches de gestion et de supervision du personnel. Celles-ci concernent l'embauche d'intervenants, la confection des horaires et la répartition du travail, la formation et la supervision, le counselling et, dans bien des cas, la motivation et la transmission de la philosophie ou de la ligne directrice qu'on désire voir adopter par les employés.

3.4.1 Les difficultés rencontrées

Près de la moitié des gestionnaires interrogés (8/18) mentionnent éprouver des difficultés relatives à l'aspect administratif. Ces difficultés se situent aux plans de la lourdeur de la tâche, du respect des lois et règlements de divers paliers de gouvernements, et de l'insuffisance de temps pour « voir à tout ». L'atteinte de la pleine location et de la rentabilité, et la forte compétitivité dans le secteur de l'hébergement sont également des facteurs importants de préoccupation pour les gestionnaires. La figure 6 présente les principales difficultés rencontrées par les gestionnaires lors de l'accomplissement de certaines tâches et activités administratives, et démontre que c'est au regard du partage du temps de travail entre les activités administratives et celles orientées vers le résident, et du respect des règles de fonctionnement de l'établissement par les résidents que les répondants semblent éprouver le plus de difficultés.

Figure 6
Difficultés relatives aux tâches et activités administratives



La sélection des résidents ainsi que la supervision et la maintenance des lieux représentent également des difficultés pour plus de la moitié des répondants (11/18).

C'est presque l'ensemble du groupe de gestionnaires ayant à effectuer des activités de gestion du personnel (14/16) qui affirme rencontrer des difficultés liées aux activités qui en découlent, les principales se situant, en ordre décroissant, aux plans suivants :

- la difficulté de recruter du « bon » personnel;
- la motivation et les attitudes face au travail;
- la gestion des conflits internes;
- le roulement de personnel;
- le comportement et les attitudes inadéquates envers les personnes âgées;
- le manque de polyvalence et de travail d'équipe;
- la répétition constante;
- le manque de temps pour la formation.

Ont aussi fait l'objet de mentions : le respect de la confidentialité en général, le manque de discernement des employés, la gestion des priorités de travail et les projets de syndicalisation. Le tableau 16 fait part du nombre de directeurs et responsables éprouvant des difficultés face à différentes activités prédéfinies et relatives à la gestion et à la supervision du personnel.

Tableau 16
Nombre de gestionnaires éprouvant des difficultés relatives
à certains aspects de la gestion du personnel

Types d'activités	Souvent/ Occasion- nellement	Rarement/ Jamais
Embaucher du personnel compétent	12	2
Prévoir et encourager la formation du personnel	10	4
Faire respecter les règlements et procédures de la résidence par le personnel	9	5
Prendre des sanction à l'égard du personnel	8	3
Détecter les comportements inappropriés envers les résidents	7	7

De plus, la moitié des gestionnaires (8/16) évoquent se sentir à court de ressources dans les situations problématiques liées à la gestion et à la supervision du personnel.

3.5 LES INTERACTIONS ET LES RAPPORTS DES GESTIONNAIRES ET DES INTERVENANTS AVEC LES RÉSIDENTS ET LEURS PROCHES

Les relations et les interactions avec les résidents et les membres de leur famille sont une composante majeure et quotidienne du travail des gestionnaires et des intervenants du secteur de l'hébergement privé. Les rapports entretenus à travers l'accomplissement de tâches journalières et l'établissement d'une certaine routine peuvent sembler, à prime abord, avoir peu d'incidence sur la dynamique existant au sein de la résidence, mais ils influent très fortement sur la

satisfaction au travail et la qualité de vie des aînés par les aspects positifs et négatifs qui s'en dégagent.

3.5.1 Les activités réalisées

L'ensemble des répondants (55/55), qu'ils soient gestionnaires ou intervenants, mentionnent des rapports et des interactions variés et fréquents avec les résidents. Dans les petites résidences, on note peu de différence entre les gestionnaires et les intervenants en ce qui a trait aux types d'interactions avec les personnes âgées. Cette similarité tend à s'estomper avec l'augmentation de la taille de la résidence. Les directeurs semblent s'engager moins dans les interactions impliquant un contact direct avec les aînés, contact habituellement établi lors de l'entretien physique ou ménager du logement, ou lors de services et soins à la personne même (alimentation, soins d'hygiène et de santé).

En ce qui concerne les rapports avec les proches, la majorité des répondants (50/55) mentionnent en entretenir à des degrés différents. Alors que les intervenants ont tendance à faire référence à des interactions plutôt brèves et superficielles, bien que jugées essentielles, les gestionnaires semblent accorder plus de temps et d'importance à cet aspect. Ils considèrent que les échanges avec les proches sont indissociables du bon fonctionnement de l'établissement et du bien-être des résidents.

3.5.2 Les aspects positifs

Les aspects positifs des interactions avec les résidents ayant été le plus souvent mentionnés chez les deux catégories de répondants originent de la valorisation personnelle que procure la réciprocité des échanges.

Sous cet aspect, les gestionnaires font surtout référence à la reconnaissance des personnes âgées, aux possibilités d'apprendre d'elles, à la création de liens profonds et d'une certaine intimité. Le fait de pouvoir faire plaisir aux personnes âgées et de répondre aux besoins de ces dernières est également une source de satisfaction. Chez les intervenants, les aspects positifs relèvent surtout de la possibilité d'améliorer le bien-être physique et psychologique des aînés, de développer ou perfectionner certaines qualités personnelles, de constater l'appréciation et la reconnaissance des personnes âgées. Pour les intervenants, les sentiments d'utilité et de valorisation sont aussi des aspects positifs de leurs relations avec les résidents.

Selon les gestionnaires, les aspects positifs des rapports avec les proches des résidents tiennent en premier lieu à la manifestation d'une attitude collaborative par ces derniers. Des informations sur l'histoire personnelle des résidents, leurs goûts, leurs habitudes, leurs difficultés particulières et sur l'existence d'événements extérieurs (divorce, maladie d'enfants, etc.) pouvant influencer le bien-être physique ou psychologique des résidents favorisent une approche individualisée de la personne âgée. Ces renseignements privilégient de plus un échange soutenu et enrichissant entre les gestionnaires et les résidents, et

favorisent le travail d'équipe où les proches sont vus comme parties prenantes. L'appui régulier et la présence des membres de la famille permettent aussi l'allégement de la tâche des gestionnaires et un climat d'échange pouvant profiter aux deux parties. Les témoignages de reconnaissance de la famille sont également un aspect qui entre en considération dans l'aspect positif des interactions avec cette dernière.

Les intervenants mentionnent quant à eux que les aspects positifs de leurs rapports avec les proches sont liés à une meilleure connaissance de la personne âgée et à une intervention plus adaptée à ses besoins. Les témoignages de reconnaissance, les échanges d'informations enrichissants, l'appui de la famille et le partage des responsabilités sont aussi des éléments qui contribuent à augmenter les sentiments de confiance et de valorisation au travail chez les intervenants.

3.5.3 Les aspects négatifs

Les gestionnaires ayant mentionné des aspects négatifs (16/18) estiment que les exigences des résidents, la gestion des problèmes de santé physique, les pertes cognitives des aînés (incapacité à prendre des décisions, le « retour en enfance », etc..), le retrait et l'isolement de certains locataires ainsi que leurs difficultés d'adaptation leur apportent des sources de stress considérable. Ont aussi été mentionnés comme aspects négatifs : les décès des résidents, les conflits entre aînés, les situations financières précaires, la critique, l'agressivité et les

réactions ou les expressions de détresse. Une personne a de plus mis en évidence la lourdeur du rôle de médiatrice entre les résidents et leurs familles comme un des aspects négatifs relatifs aux interactions avec les locataires.

L'insuffisance, voire l'absence, de collaboration et d'engagement de la famille des proches pour l'assistance aux soins physiques et au support psychologique aux aînés demeure la principale source de frustration des gestionnaires. Les interventions des proches entrant en contradiction avec celles préconisées par la résidence, les difficultés d'adaptation des familles aux pertes de leurs parents et la non-divulgence de certains éléments ou faits liés à la situation des personnes âgées par la famille constituent aussi des aspects négatifs rencontrés par les gestionnaires.

En ce qui a trait aux intervenants ayant mentionné des aspects négatifs dans leurs relations avec les résidents (31/37), ceux-ci réfèrent en premier lieu aux attitudes et comportements inappropriés envers eux, soit : les réactions agressives, l'intrusion dans la vie privée ou une trop grande familiarité des résidents. Viennent ensuite les sentiments négatifs, voire dépressifs, des personnes âgées tels l'ennui, le découragement et le désir de mourir. Le constat du déclin de la santé tant physique que psychologique représente également un aspect négatif des interactions avec les résidents. La rivalité et la mésentente entre les locataires, les départs et les décès, l'abandon de certains aînés par leur famille ainsi que l'insatisfaction et la critique constituent également des aspects négatifs mentionnés par les intervenants.

Pour les intervenants, ce sont surtout le manque de reconnaissance et la critique face au personnel ainsi que l'absence et l'insensibilité des enfants envers leurs parents qui constituent les principaux aspects négatifs dans leurs contacts avec les membres des familles.

3.5.4 Les difficultés majeures des gestionnaires et des intervenants

Dans l'ensemble, plusieurs personnes (72 % des gestionnaires et 57 % des intervenants) disent se sentir à court de ressources lors de leurs rapports ou interactions avec les résidents et leurs proches. Le tableau 17 fait état de cinq responsabilités ou situations comportant le plus de difficultés pour les gestionnaires et les intervenants.

Tableau 17

Principales difficultés perçues dans les relations avec les résidents selon le statut des répondants et l'ordre d'importance

Position	Gestionnaires de résidences	Intervenants
1	Réagir de façon appropriée aux comportements difficiles d'un résident	Faire face au décès d'un résident
2	Prévenir ou gérer une situation de crise	Réagir de façon appropriée aux comportements difficiles d'un résident
3	Évaluer les besoins des résidents	Déceler une situation d'abus par une personne de l'extérieur
4	Engager les résidents dans les décisions qui les concernent	Intervenir lors d'une situation d'abus
5	Procéder au transfert ou au placement d'un résident vers une autre ressource	Évaluer les besoins des résidents

On constate donc l'identification de deux types de difficultés communes chez les deux catégories de répondants, soit de réagir aux comportements difficiles des résidents et d'évaluer leurs besoins.

3.6 LES ACTIVITÉS SOCIALES ET RÉCRÉATIVES

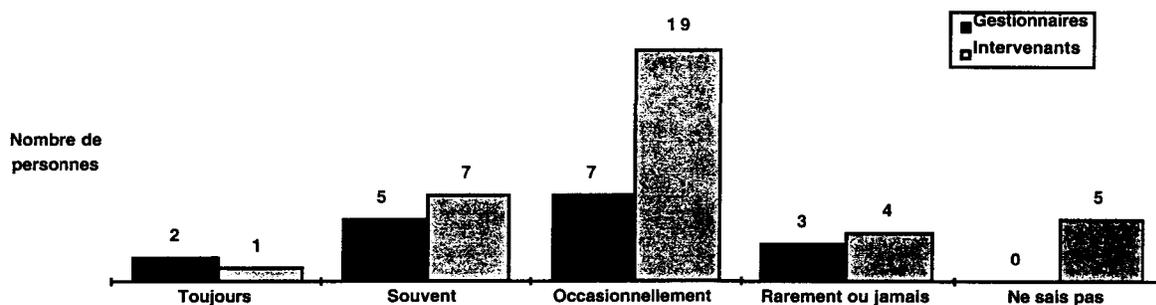
La majorité des gestionnaires (16/18) mentionne s'impliquer dans l'organisation d'activités récréatives et sociales au sein de la résidence. En général, l'engagement va au-delà de la mise en place et de la simple supervision mais il englobe un investissement actif et souvent l'animation même des activités. Dans une petite résidence, le degré d'autonomie des résidents ne permet pas l'organisation d'activités et dans une autre on préfère ne pas s'engager dans ce domaine. Dans trois résidences de densité supérieure, l'organisation est confiée à des animateurs, les gestionnaires démontrent toutefois leur intérêt en participant aux activités.

Le genre d'activités varie selon le type de résidence puisque le nombre de participants entre en ligne de compte dans leur réalisation. Les activités les plus populaires sont les jeux se pratiquant en groupe (cartes, bingo, poches, etc.) et le soulignement d'événements spéciaux (anniversaires de naissance, fêtes annuelles, etc.). Les activités à l'extérieur de la résidence ne sont que très peu mentionnées (1/18).

Selon la majorité des gestionnaires (14/17), l'organisation et le déroulement de telles activités semblent comporter des difficultés. Ces difficultés font référence au désintéressement et à l'isolement des personnes âgées, aux pertes fonctionnelles et aux problèmes de santé des résidents, à l'incapacité à satisfaire les goûts particuliers et à la mésentente entre les locataires. La situation financière précaire de certains individus ainsi que le manque de bénévoles ou de personnel constituent également des freins aux activités récréatives et sociales dans certaines résidences.

Chez les intervenants ayant mentionné l'existence de difficultés relatives à l'organisation d'activités récréatives ou sociales (27/37), celles-ci se situent surtout aux plans de l'organisation et de la participation, car il est difficile d'obtenir la participation d'un grand nombre de résidents aux activités. De plus, la gestion des situations conflictuelles entre les aînés s'avère problématique. La figure 7 illustre la fréquence des difficultés relatives à l'organisation d'activités récréatives et sociales, selon les deux catégories de répondants.

Figure 7
Fréquence des difficultés relatives à l'organisation et la réalisation d'activités selon les gestionnaires et les intervenants



3.7 L'ASSISTANCE ET LE SUPPORT AUX RÉSIDENTS

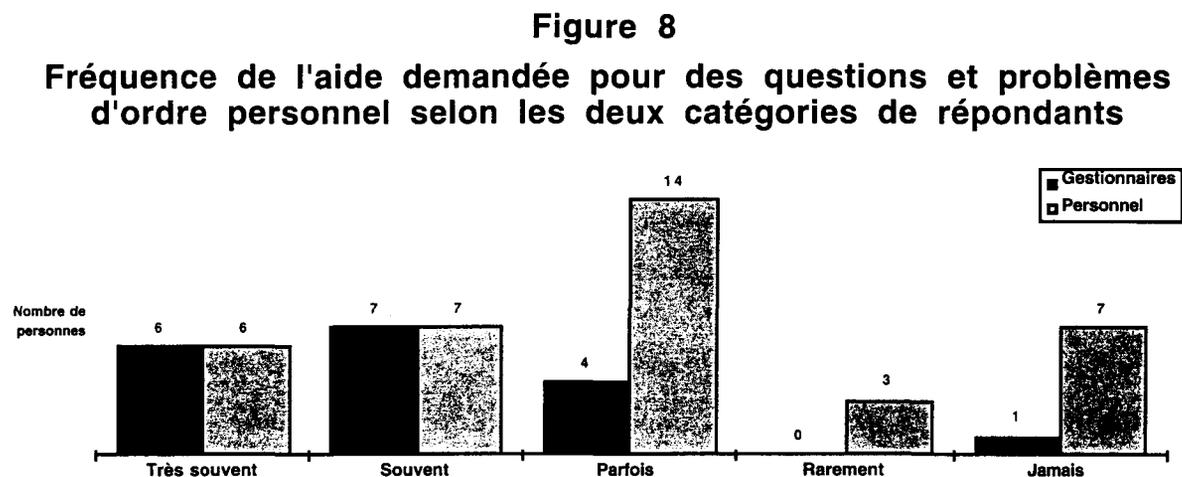
Dans l'ensemble, un gestionnaire sur deux offre assistance et support pour l'entretien de l'unité d'habitation. Cette situation se constate surtout dans les petites résidences où tous les responsables effectuent plusieurs, sinon tous les genres de tâches ménagères (aspirateur, entretien de la salle de bain, lessive des vêtements et lingerie, etc.). Dans les résidences de dimension moyenne, l'aide est plutôt ponctuelle et vise davantage à donner un léger coup de main aux employés et à superviser la qualité du travail effectué, tandis que dans les grandes résidences, aucun gestionnaire n'est concerné par ces activités.

Moins de la moitié des intervenants (18/37) aident les locataires pour l'entretien ménager. Cette aide est apportée en fonction de l'entretien ménager général, de travaux plus lourds, de réparations mineures et d'aide ponctuelle.

En regard des soins personnels, la majorité des gestionnaires (11/18) assiste les aînés, selon les besoins. L'aide donnée par les gestionnaires de petites résidences couvre l'ensemble des soins personnels et d'hygiène (choix des vêtements, habillement, coiffure, toilette partielle, aide pour le bain, etc.). Dans les moyennes et grandes résidences, ce type d'aide se limite généralement à l'habillement, à porter les repas à la chambre lors de maladie ou à déplacer les gens non mobiles. Une directrice mentionne toutefois porter assistance pour les injections d'insuline et une autre, pour les changements de sous-vêtements sanitaires.

La majorité des intervenants prodiguent des soins personnels aux résidents. Ces soins se rapportent à l'aide pour la coiffure, l'habillement, les soins d'hygiène partiels ou complets, l'aide aux déplacements et l'assistance pour le lever et le coucher. Des soins comportant un aspect plus médical sont aussi prodigués : administration de gouttes dans les yeux, prise de tension artérielle, glycémies et injections d'insuline, changements de pansements, surveillance et administration de médicaments, etc..

C'est dans des proportions de 94 % chez les gestionnaires, et de 73 % chez les intervenants, que se manifeste la référence au personnel pour des conseils relatifs à des problèmes ou questions d'ordre personnel. La figure 8 exprime la fréquence des demandes des personnes âgées aux deux catégories de répondants.



Les réactions des gestionnaires aux différentes demandes des résidents se concrétisent en des attitudes d'écoute et d'attention, en des références à diverses ressources des secteurs public et privé ou encore à la famille.

D'autres réactions se manifestent sous forme d'évitement ou de non-engagement dans des situations jugées trop délicates, conflictuelles ou trop ambiguës. Ces situations sont le plus souvent liées aux relations familiales ou aux problèmes financiers des résidents.

Les conseils ou l'aide personnelle s'adressant aux intervenants se situent aux plans de la santé, de l'insécurité et du manque de ressources financières ou matérielles. Ces demandes se veulent aussi l'expression d'inquiétudes et de questionnements des personnes âgées aux plans personnel et relationnel.

Les personnes âgées s'adressent donc aux intervenants pour obtenir de l'information et des conseils sur leur état de santé physique, plus spécifiquement sur les diverses pathologies qui les affectent et les avenues possibles de soulagement. Elles veulent également comprendre leurs réactions face à leurs pertes d'autonomie ou à celles de leur conjoint et connaître le type d'alimentation pouvant leur être bénéfique. Elles discutent aussi avec les intervenants de leurs problèmes financiers et matériels tels le manque d'argent pour assumer le coût du loyer et des médicaments, leurs besoins vestimentaires et l'assistance financière aux enfants. De plus, elles font état de certaines privations matérielles auxquelles elles sont confrontées (petits appareils électroménagers, accessibilité à des loisirs et activités, cigarettes, etc.). Elles vont également s'enquérir d'infor-

mations de base nécessitées dans certains cas par une altération de leurs capacités mnémoniques. Certains résidents oublient, par exemple, le nom de la directrice de la résidence.

D'autres résidents manifestent aussi, par leurs diverses demandes d'aide et de conseils, leurs sentiments de tristesse et de solitude, leurs relations difficiles avec leurs enfants ou d'autres membres de leur famille, leurs sentiments d'abandon ainsi que l'abus et la violence sous diverses formes (psychologiques, financiers, etc.) dont ils peuvent être l'objet. Les situations conflictuelles avec les autres résidents sont aussi l'occasion d'échanges intimes avec les intervenants. De plus, certaines personnes éprouvent beaucoup de difficultés en regard de la compréhension et du fonctionnement des politiques et procédures gouvernementales ou de la technologie, d'autres ne peuvent tout simplement pas lire ou écrire.

La majorité des deux catégories de répondants (41/55) mentionnent que les résidents font rarement ou jamais appel à eux pour l'aide aux déplacements et le transport. De ce nombre, quelques personnes (4/41) acquiescent aux demandes et amènent les personnes âgées à l'endroit désiré alors que d'autres (3/41) leur rendent service en effectuant pour elles un dépôt bancaire, la mise d'une lettre à la poste ou l'achat de divers articles. Généralement, il semble exister une politique de refus d'aide aux déplacements en raison des motifs suivants : l'absence d'assurances requises, les risques de créer des précédents, la crainte de créer une habitude ainsi que des conflits entre les résidents. Les répondants ont de plus mentionné l'existence d'autres solutions pouvant sup-

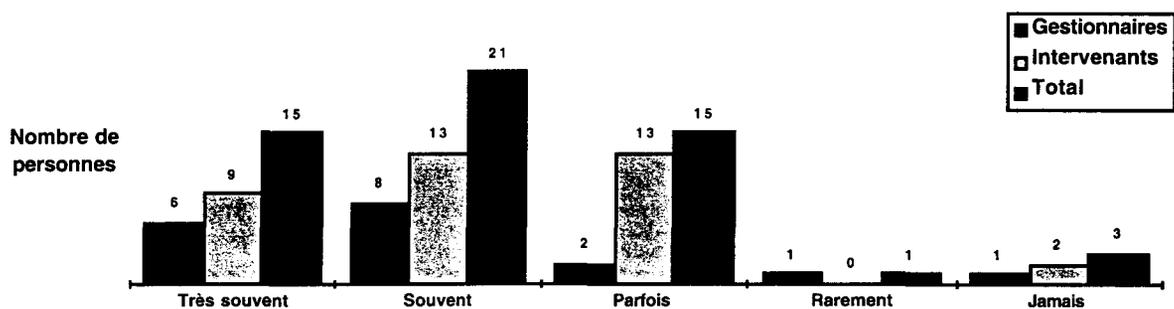
pléer aux besoins de déplacements et de transport (taxi, organismes bénévoles, familles).

3.7.1 Les besoins de nature psychosociale des résidents

C'est presque la totalité des répondants qui font mention d'appels à l'aide de la part des résidents lorsque ceux-ci rencontrent des difficultés ou des besoins de nature psychosociale, soit 95 % des gestionnaires et 89 % des intervenants. La figure 9 illustre la fréquence d'expression des personnes âgées sous cet aspect.

Figure 9

Fréquence de l'expression des besoins et difficultés de nature psychosociale des personnes âgées aux deux catégories de répondants



Les gestionnaires réagissent en procédant à l'écoute et en tentant de rassurer les résidents (9/16), en essayant de leur changer les idées (3/16) et en les amenant à accepter leur situation actuelle (3/16). D'autres mentionnent que les références ou les confidences des personnes âgées produisent bien

souvent un effet de stupéfaction chez eux et avouent se sentir dépassés par ce qu'ils entendent (5/16), alors que certains gestionnaires essaient de se protéger émotionnellement en gardant une certaine distance émotionnelle (2/16). L'épuisement semble aussi une cause limitant l'investissement émotionnel. Deux gestionnaires adoptent une attitude proactive et essaient de prioriser la réponse aux difficultés et aux besoins psychosociaux des résidents et transmettent cette philosophie aux employés; on essaie donc de détecter les difficultés psychosociales des résidents, d'aller au devant des complications. Dans certaines résidences (2/16), un plan d'intervention est établi avec les ressources disponibles (familles - réseau public - bénévoles). Plus de la moitié des gestionnaires (67 %) s'identifient comme la première personne à qui s'adressent les résidents lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés ou à des besoins de nature psychosociale.

Sous cet aspect, les intervenants réagissent de façon semblable aux gestionnaires en procédant à l'écoute et à l'encouragement des personnes âgées (13/35), en essayant de les distraire et de leur changer les idées (8/35), en avisant les proches ou en en référant à la direction ou à d'autres ressources (5/35). Certains intervenants essaient d'amener les aînés à accepter leur situation (5/35) et tentent de les intégrer davantage au sein de la résidence (5/35). Plusieurs intervenants rapportent des sentiments d'impuissance, de tristesse et de révolte lors de constats de difficultés rencontrées par les résidents. La majorité des intervenants (65 %) ont mentionné que, généralement, les besoins d'aide et d'assistance leur étaient directement adressés par les résidents.

Par ailleurs, plus de la moitié des gestionnaires (60 %) et des intervenants (69 %) affirment se sentir souvent ou parfois démunis dans les situations où les personnes âgées requièrent de l'aide psychosociale.

3.7.2 Les situations provoquant un sentiment d'impuissance chez les gestionnaires et les intervenants

Invitées à faire part d'une situation où elles se sont senties particulièrement démunies face à un besoin de nature psychosociale exprimé par un résident, les deux catégories de répondants ont fait part de situations se rapportant aux thèmes suivants :

- la perte du goût de vivre ou le désir de mort des résidents;
- la dépression ou la déprime profonde des résidents;
- la violence physique et psychologique envers les personnes âgées;
- les difficultés d'adaptation ou l'incompréhension du conjoint; ou des enfants aux maladies et à la perte d'autonomie des résidents;
- le retrait, l'isolement et l'incapacité d'intégration des résidents;
- les réactions des personnes âgées face aux décès d'enfants, d'amis ou de connaissances;
- l'abandon et la solitude des résidents;
- les maladies physiques et psychologiques incurables (cancer, sida, divers types de démences, etc.) ainsi que l'imminence de la mort;
- les difficultés financières des résidents;
- les comportements agressifs et dérangeants;

- l'épuisement de la famille ou l'abandon de celle-ci;
- le suicide et les tentatives de suicide;
- les intoxications aux médicaments.

Les gestionnaires ont de plus fait référence à des situations où l'aspect administratif entre en considération :

- l'expulsion de locataires;
- la difficulté d'administrer une entreprise et de répondre convenablement, et de façon concomitante, aux besoins des résidents;
- les départs massifs de résidents vers d'autres ressources d'hébergement;
- les déménagements de résidents imposés par les enfants.

3.7.3 Les difficultés rencontrées

Au total, six gestionnaires déclarent se sentir débordés et à court de ressources en ce qui a trait aux activités liées à l'entretien physique ou ménager de l'établissement. Chez les intervenants, malgré le fait que la majorité du groupe (16/18) ait mentionné ne pas se sentir à court de ressources au regard de cet aspect, cinq répondants ont évoqué certaines situations les limitant dans l'accomplissement de leurs tâches. Ils ont fait référence à des limites de temps disponible, aux contraintes imposées par la description de tâches, au refus du

résident de laisser procéder à l'entretien du logement et au fait d'écoper de tâches dévolues à d'autres employés.

Alors que deux gestionnaires affirment se sentir démunis ou à court de ressources lorsqu'ils donnent des soins personnels aux personnes âgées, plusieurs (9/26) intervenants mentionnent la même situation, plus spécifiquement lorsqu'il s'agit de vérifier la tension artérielle ou de prodiguer des soins d'hygiène intimes. Certains disent aussi qu'un manque de connaissances relatives à la médication et à la santé les place occasionnellement dans des situations embarrassantes. La santé mentale de certains résidents, bien que n'ayant pas été mentionnée comme une contrainte, constitue également un aspect à prendre en considération dans la prodigation d'aide personnelle. En effet, six personnes ont mentionné devoir habiller les résidents qui ne savaient plus comment le faire ou encore devoir aller les chercher lorsque ceux-ci oubliaient tout simplement d'aller prendre leurs repas.

Bien que la majorité des gestionnaires affirme se sentir à l'aise lorsque les personnes âgées se réfèrent à eux pour exprimer et trouver des solutions à des problèmes personnels, le tiers d'entre eux se sent dépourvu et ne sait pas comment réagir en de telles circonstances. Plus de la moitié des intervenants (55 %) confrontés à des situations semblables disent se sentir à court de ressources.

3.7.4 Le sommaire des principales difficultés rencontrées par les gestionnaires et les intervenants

Afin de recueillir l'information sur les activités, tâches et responsabilités des gestionnaires et des intervenants, celles-ci ont été regroupées sous cinq dimensions, cinq pour les gestionnaires et trois pour les intervenants. La dimension administrative et celle de la gestion du personnel sont spécifiques aux gestionnaires. Ce sont les difficultés relatives à la lourdeur de la tâche dans son ensemble et à la réglementation ainsi que le recrutement, la gestion de conflits et la formation du personnel qui sont les aspects les plus contraignants évoqués par les gestionnaires.

En ce qui a trait aux autres dimensions, certains points communs se dégagent des propos des participants. Les interactions et rapports avec les résidents et leurs proches font état, autant chez les gestionnaires que chez les intervenants, de difficultés quant à leur capacité de répondre aux exigences des personnes âgées ainsi qu'à gérer les maladies et les pertes d'autonomie des aînés (tableau 18).

L'investissement émotionnel constitue une difficulté pour les gestionnaires tandis que la présence de comportements irritables et agressifs de la part de résidents sont identifiés comme générateurs de difficultés pour les intervenants. Dans le secteur de l'animation et de l'engagement social, les difficultés communes sont celles d'inciter les résidents à participer aux activités et de trouver des activités qui conviennent. Selon les gestionnaires, l'intégration des personnes âgées à leur nouveau milieu de vie représente également une difficulté qu'ils

doivent gérer. La gestion des conflits entre les résidents et les mécontentes parmi les locataires quant à l'organisation et au déroulement des activités s'avèrent aussi problématiques pour les intervenants. Concernant l'assistance et le support aux aînés, c'est le manque de temps qui fait l'unanimité chez les deux groupes de répondants. Chez les gestionnaires, la surcharge de travail et la pénurie de ressources, tant internes qu'externes, constituent également un obstacle à fournir toute l'assistance et le support requis par aînés. Les intervenants ont de plus évoqué des difficultés liées à l'administration des soins personnels et se plaignent d'être confrontés à l'impuissance ou à l'incertitude devant certaines situations délicates.

Tableau 18
Sommaire des principales difficultés rencontrées
par les gestionnaires et les intervenants

Dimensions	Gestionnaires	Intervenants
Administration	<ul style="list-style-type: none"> • La lourdeur de la tâche • Le respect des lois et des règlements 	-----
Gestion et supervision de personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Le recrutement d'intervenants motivés et compétents • La gestion des conflits chez le personnel • Le manque de temps pour la formation 	-----
Interactions et rapports avec les résidents et leurs proches	<ul style="list-style-type: none"> • La réponse aux diverses exigences • La gestion de la maladie et de la perte d'autonomie • L'investissement émotionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • L'Irritabilité et l'agressivité des résidents • La maladie et la perte d'autonomie des résidents • La réponse aux nombreuses exigences des résidents

...suite

Tableau 18 (suite)

Dimensions	Gestionnaires	Intervenants
Animation et engagement social	<ul style="list-style-type: none"> • La participation des aînés aux activités • Le choix d'activités qui conviennent au plus grand nombre • La facilitation de l'intégration 	<ul style="list-style-type: none"> • La participation des aînés aux activités • La gestion des conflits relatifs aux activités • Le choix d'activités qui conviennent au plus grand nombre
Assistance et support aux aînés	<ul style="list-style-type: none"> • Le manque de temps • Le surcroît de travail • L'insuffisance de ressources internes et externes 	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins d'hygiène personnelle • Le manque de temps • L'incapacité de réagir ou l'insuffisance de moyens face aux situations délicates

3.8 LES SITUATIONS DE STRESS AU TRAVAIL

Au cours des six mois précédant l'enquête, la majorité des gestionnaires et des intervenants ont été aux prises avec des situations générant beaucoup de stress. Chez les intervenants, ce sont le plus souvent les interventions d'urgence auprès de personnes faisant face à des problèmes d'ordre médical, les décès et les problèmes avec la direction qui ont constitué les événements les plus stressants. Pour d'autres, ce sont les soins personnels à des personnes aux prises avec un problème majeur de santé, une épidémie de gastro-entérite chez les résidents, un début d'incendie dans la chambre d'un locataire, les craintes généralisées à la suite des inondations et les difficultés liées au transfert involontaire d'une personne âgée.

Certains répondants ont aussi mentionné que le manque de temps pour vaquer à leurs tâches tout en s'occupant des résidents, l'impossibilité de répondre aux nombreuses demandes et les comportements difficiles de résidents leur avaient occasionné un stress important.

Du point de vue des gestionnaires, c'est l'atteinte d'une pleine location pour des raisons de survie ou de rentabilité, les décès survenus dans l'établissement, l'arrivée de l'assurance-médicaments qui représentent les principales situations de stress. Le départ ou le transfert de résidents, les cas de suicide, la difficulté de respecter l'horaire de la distribution des médicaments, la violence subie par une résidente de la part de ses proches, la gestion de la maladie et de la souffrance de résidents, les conséquences des inondations de juillet 1996 et les travaux d'agrandissement et de réparations sont également apparus comme des situations particulièrement difficiles.

3.9 LE POINT DE VUE SUR LES COMPÉTENCES ET LES HABILITÉS

L'ensemble des gestionnaires de résidences croient que le métier qu'ils exercent nécessite des habiletés et compétences particulières pour les aspects administratif, relationnel et humain que comportent leur fonction. Ces répondants ont aussi fait mention de la nécessité de posséder une bonne connaissance du processus de vieillissement et de ses effets sur la santé physique et psychologique des individus.

Relativement à l'aspect administratif, les gestionnaires ont surtout identifié les compétences ou habiletés suivantes : la capacité à mettre en valeur les services offerts dans un secteur compétitif, l'expérience des échanges avec le public, les connaissances en comptabilité et en finances ainsi qu'en techniques de recrutement et en gestion du personnel. La capacité à régler promptement les situations problématiques et à gérer efficacement son temps, la connaissance des ressources des réseaux public et communautaire et la possibilité de s'y référer au besoin, l'acquisition d'expériences antérieures dans le domaine de l'hébergement privé pour aînés et les habiletés à sélectionner la clientèle ont également été mentionnés comme éléments essentiels à la bonne gestion d'une résidence.

Les habiletés relationnelles requises par les gestionnaires qui ont été le plus souvent mentionnées sont la gestion du temps qui permet de se rendre disponible pour les locataires et les intervenants, la capacité de communiquer et d'intervenir lors de situations délicates, conflictuelles ou émotionnellement difficiles, le respect, l'amour des personnes âgées et la connaissance de ses propres limites.

Afin d'exercer leurs fonctions, les intervenants croient également que certaines habiletés et compétences sont requises. Celles-ci concernent le maintien et l'amélioration de la santé physique et psychologique des résidents, l'accomplissement et la gestion de leur tâches et responsabilités ainsi que les attitudes et comportements à adopter au travail et face aux personnes âgées. Le tableau 19 fait mention, en ordre décroissant, des éléments jugés importants,

selon les catégories susmentionnées. Notons que la majorité des répondants (83 % des gestionnaires et 70 % des intervenants) estiment que le personnel oeuvrant actuellement dans les résidences privées possède les compétences et habiletés mentionnées.

Tableau 19
Habiletés et compétences nécessaires selon les intervenants

Catégories	Habiletés et compétences	Nombre de mentions
Maintien et amélioration de la santé physique	• Formation en premiers soins et RCR	19
	• Connaissances sur les soins de santé généraux (injection d'insuline, tension artérielle, pansements, etc.)	6
	• Connaissances en gérontologie	6
	• Formation de préposée aux bénéficiaires	3
	• Capacité à administrer des soins d'hygiène personnelle	2
	• Connaissances liées à l'alimentation et à la diététique	2
Maintien et amélioration de la santé psychologique	• Écoute et relation d'aide	16
	• Capacité d'animer et de divertir	3
	• Notions de psychologie	3
	• Capacité à référer aux ressources externes	2
Accomplissement et gestion des tâches et responsabilités	• Capacité d'observer, de juger et d'intervenir promptement et avec sang-froid lors de situations difficiles	10
	• Faculté de gérer les tâches à accomplir en fonction du temps disponible	4
	• Aptitudes à gérer les conflits entre résidents	1
	• Bonne santé physique	1
	• Habileté à travailler en équipe	1

...suite

Tableau 19 (suite)

Catégories	Habilités et compétences	Nombre de mentions
Attitudes et comportement	• Facilité à communiquer avec les personnes âgées	10
	• Aptitudes à doser son engagement affectif	5
	• Savoir reconnaître les comportements abusifs de personnes âgées	3
	• Approche basée sur l'individualité et la diversité des personnes âgées	3
	• Respect de la confidentialité	2
	• Faculté à ne pas se laisser atteindre par les comportements et attitudes inappropriés des résidents	2
	• Amour pour les personnes âgées	1

3.9.1 Les qualités requises

Les deux types de répondants ont aussi identifié quelles étaient les principales qualités personnelles requises pour travailler auprès d'aînés. Celles qui sont les plus souvent mentionnées apparaissent au tableau 20.

La patience apparaît comme la qualité personnelle primordiale ayant été identifiée par les gestionnaires et les intervenants. Alors que les gestionnaires évoquent la fermeté, les intervenants optent plutôt pour la douceur. L'amour pour les personnes âgées est également mentionné par les deux catégories de répondants.

Tableau 20
Qualités personnelles identifiées par les répondants

Gestionnaires	Intervenants
<ul style="list-style-type: none"> • Patience • Polyvalence, bon jugement • Fermeté • Prévoyance et disponibilité • <i>Amour des personnes âgées</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Patience • Bonne humeur • Écoute, amour des personnes âgées • Discrétion • <i>Douceur</i>

3.9.2 Les améliorations souhaitées des compétences, habiletés et qualités

Bien que la majorité des intervenants (26/37) aient suggéré que le personnel oeuvrant dans les résidences privées possède les compétences et qualités requises pour effectuer leur travail, la plupart (28/37) ont estimé que dans plusieurs domaines, des améliorations sont jugées souhaitables. Celles-ci se situent, en ordre décroissant, aux plans suivants : une formation accrue du personnel, l'augmentation du nombre d'intervenants sur place, une meilleure sélection des employés en fonction des compétences et qualités requises, la promotion et l'amélioration des activités disponibles aux personnes âgées, la diminution de la lourdeur de la tâche et l'augmentation du temps disponible aux résidents. Un engagement accru des familles et un accroissement du travail d'équipe seraient aussi requis, selon le point de vue des répondants.

Les gestionnaires estiment, quant à eux, que les aspects à améliorer chez le personnel se situent aux plans de la formation en gérontologie, des attitudes et comportements face aux personnes âgées (agir avec plus de maturité, de discrétion et de discernement). On suggère aussi qu'une plus grande familiarité avec la diversité des tempéraments et une habileté à se prémunir contre les comportements inappropriés de certains résidents faciliteraient le travail des intervenants. Une formation de base en psychologie, une connaissance de l'approche du mourant et l'acquisition de connaissances générales dans le domaine des soins de santé à donner semblent aussi des aspects déficients que l'on souhaiterait voir améliorer.

3.10 LA FORMATION : CONSTAT, BESOINS, INCITATIFS ET OBSTACLES CHEZ LES GESTIONNAIRES ET LES INTERVENANTS

Les données recueillies au plan de la formation concernent les initiatives personnelles d'acquisition de connaissances liées à la fonction occupée et les actions posées par l'établissement au plan de la formation continue. Il s'agit donc de la formation reçue tant à l'extérieur du milieu de travail que celle donnée sur place. Nous avons également identifié quels étaient les besoins de formation ressentis par les répondants ainsi que les facteurs incitatifs et les obstacles à l'acquisition des connaissances nécessaires préalablement identifiées.

3.10.1 La formation antérieure et actuelle

Plusieurs gestionnaires (11) font mention de formation déjà reçue à l'extérieur du milieu de travail et donnée par diverses institutions d'enseignement ou organismes. Le tableau 21 présente les types de formation acquise selon le mode offert et la fréquence des mentions.

Tableau 21
Types de formation acquise par les gestionnaires
à l'extérieur du milieu de travail

Établissements et organismes	Types de formation	Nombre de mentions
Universités	Baccalauréat en psycho-éducation	1
	Baccalauréat en travail social	1
	Certificat ou cours en administration ou gestion	4
	Certificat et cours en gérontologie et gériatrie	4
	Cours en psychologie	1
Cégep	Techniques administratives	1
	Techniques en santé	1
Commissions scolaires	Cours d'auxiliaire infirmière	2
Ambulance Saint-Jean, Croix-Rouge, CSST Sanatorium Bégin	Premiers soins, RCR, techniques ambulancières	3
	Sessions et conférences	3

Deux gestionnaires mentionnent également parfaire de manière auto-didacte leur formation tandis qu'une autre personne précise avoir acquis une formation en gérontologie et gériatrie lors de stages en Europe. Trois gestion-

naires poursuivaient une formation à l'extérieur du milieu de travail au moment de l'enquête. Ces formations concernaient la croissance personnelle et le perfectionnement en comptabilité et en informatique. Au plan de la formation reçue antérieurement dans le milieu de travail, trois répondants ont suivi des cours de premiers soins ou de secourisme donnés par Palli-Aide, la Commission de santé et sécurité au travail (CSST) ou la Croix-Rouge. Aucun gestionnaire n'était en processus de formation dans son milieu de travail au moment de l'enquête.

Plus de la moitié (59 %) des intervenants ont fait mention d'une formation liée à leur emploi et reçue à l'extérieur de leur milieu de travail. Huit intervenants possèdent une formation collégiale (7/8) ou universitaire (1/8) en soins infirmiers, en diététique ou en gérontologie. Quatre personnes ont obtenu leur formation par le biais de programmes donnés au secondaire ou au professionnel, soit des cours de préposés aux bénéficiaires ou de cuisine.

Pour les autres intervenants ayant acquis de la formation à l'externe, celle-ci concerne le plus souvent des sessions de secourisme et de réanimation cardiorespiratoire (RCR) (12/37), les techniques de déplacement (2/37), les principes d'alimentation (2/37) et les journées du Sanatorium Bégin (1/37). La durée de ces types de formation s'étend généralement sur deux jours ou moins. Seulement une intervenante mentionne suivre une formation à l'extérieur de son milieu de travail actuellement.

Près de la moitié (43 %) des intervenants confirment avoir déjà reçu de la formation sur leur lieu de travail, dont des formations en RCR ou en secourisme données par la Croix Rouge ou la CSST. Deux intervenants mentionnent avoir bénéficié de l'approche du mourant donnée par le CLSC et quelques personnes disent avoir été formées « sur le tas » par la directrice ou l'infirmière de la résidence. Aucune formation structurée n'est donnée actuellement sur les lieux de travail des intervenants.

3.10.2 Les besoins de formation

C'est presque l'ensemble des gestionnaires (15/18) et des intervenants (34/37) interrogés qui ont identifié des aspects ou des domaines dans lesquels ils désiraient acquérir de la formation ou parfaire leurs connaissances. Le tableau 22 exprime le point de vue des répondants quant aux types de formation souhaitée selon l'importance des mentions.

Selon les besoins exprimés, on se rend compte de l'existence de deux besoins communs, soit les cours en gérontologie et en relation d'aide. On remarque également que les intervenants désirent acquérir plus de techniques pour offrir des soins adéquats aux personnes âgées, tandis que les gestionnaires souhaitent améliorer leurs performances administratives.

Tableau 22
Besoins de formation identifiés par les gestionnaires
et les intervenants

Gestionnaires	Intervenants
<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance du vécu et des besoins des personnes âgées (cours en gérontologie) • Relation d'aide • Gestion administrative • Informatique 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins à donner • Connaissance des besoins et du vécu des personnes âgées (cours en gérontologie) • Relation d'aide • Cours de premiers soins • Approche du mourant

3.10.3 Les facteurs incitatifs et les obstacles à la formation

À partir d'une question ouverte, les répondants ont été invités à s'exprimer sur les facteurs qui les inciteraient à acquérir de la formation pouvant être utile dans leur travail. Selon les gestionnaires et les intervenants, une formation axée sur l'amélioration concrète de leur performance constitue une incitation à se prévaloir de la formation. Les intervenants seraient également incitées à se former davantage moyennant une aide monétaire. Ils désirent par exemple, en plus d'un soutien financier, obtenir un dégageant pour assister à des cours ou à des sessions de formation, donnés si possible, sur les lieux de travail. L'amélioration des conditions de travail apparaît également comme un déterminant important de l'acquisition de formation de base ou supplémentaire (tableau 23).

Tableau 23
**Facteurs incitatifs à la formation chez les gestionnaires
 et les intervenants**

Facteurs incitatifs à l'acquisition de formation utile au travail	
Gestionnaires	Intervenants
<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration concrète de la performance • Meilleure gestion administrative et financière 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien financier • Amélioration concrète de la performance • Amélioration des conditions de travail (salaire et poste) • Dégagement/libération • Formation donnée sur place

Si certains facteurs peuvent inciter les personnes oeuvrant dans le secteur de l'hébergement privé pour personnes âgées à acquérir de la formation, d'autres éléments semblent constituer des obstacles et des empêchements. À partir d'une grille où six facteurs principaux pouvant constituer des contraintes à la formation ont été proposés aux répondants, ceux-ci ont identifié le manque de temps comme facteur principal. Les moyens financiers limités sont également apparus comme un empêchement commun chez les deux catégories de répondants. Le tableau 24 rend compte des résultats obtenus selon la priorité accordée aux obstacles.

D'autres facteurs pouvant limiter l'acquisition de formation interviennent également. Selon certains intervenants, le peu d'intérêt des propriétaires ou gestionnaires à la formation des employés, le fait qu'une formation supplémentaire ne soit pas associée à de l'avancement ou à une amélioration de la

rémunération ainsi que la distance à parcourir pour avoir accès aux établissements d'enseignement sont considérés comme des obstacles importants.

Tableau 24
Obstacles et empêchements à l'acquisition de formation

Facteurs	Catégories de répondants	
Position	Gestionnaires	Intervenants
Principal Secondaire Tertiaire	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de temps (17/18) • Problèmes d'identification des besoins (13/18) • Moyens financiers limités (11/18) 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de temps (26/37) • Moyens financiers limités (21/37) • Manque d'information sur les cours ou programmes disponibles (26/37)

3.11 LE POINT DE VUE DES PERSONNES ÂGÉES

Les résidents des établissements privés ont également été mis à contribution dans la poursuite de nos objectifs. Les personnes âgées ont donc exprimé leurs attentes face à leur ressource d'hébergement. Elles ont de plus fait connaître leur point de vue en ce qui a trait aux caractéristiques recherchées chez les gestionnaires et intervenants avec lesquels elles ont des contacts quotidiens. Certains aspects liés aux services et aux soins reçus ainsi qu'aux attitudes et comportements manifestés par le personnel ont aussi fait l'objet de questions. Les personnes âgées ont également fait connaître ce qu'elles appréciaient dans leurs relations avec les gestionnaires et les intervenants, et les aspects de l'hébergement qu'elles souhaiteraient voir améliorer.

3.11.1 La décision d'intégrer une résidence

La plupart des personnes âgées interrogées demeurent depuis moins de deux ans dans la résidence actuelle (68 %) et occupent généralement seules leur logement ou chambre (84 %). Elles ont habituellement connu l'existence de la résidence par le biais des membres de leur famille, par diverses mesures publicitaires ou par l'intermédiaire d'amis ou du personnel du réseau de la santé et des services sociaux.

Pour la presque totalité des aînés (92 %), le déménagement en résidence représentait une solution avec laquelle ils étaient en accord. L'initiative d'intégrer la résidence leur est généralement propre (70 %) ou suggérée par leurs enfants (12 %). Plus de la moitié des personnes interrogées (63 %) ont toutefois reçu des encouragements dans la poursuite de leurs démarches pour changer de milieu de vie. Ces appuis provenaient le plus souvent de membres de la famille immédiate (85 %).

Les motifs pour aller vivre en résidence sont liés le plus souvent à des facteurs reliés à l'état de santé des personnes âgées, soit : la détérioration de l'état de santé (66 %), l'incapacité de poursuivre les activités quotidiennes habituelles (61 %), l'insécurité (55 %), la solitude et l'isolement (51 %) ainsi que la diminution croissante, voire l'absence de support familial (49 %).

3.11.2 L'arrivée en résidence et l'intégration à la vie en collectivité

Les sentiments ressentis par les personnes âgées lors de leur arrivée en résidence semblent plutôt mitigés. La réalité d'une nécessaire adaptation, qu'elle soit facile ou exigeante, transparaît dans plusieurs commentaires. Alors que certaines personnes évoquent le plaisir de se retrouver en communauté, d'autres identifient leur installation en résidence à un véritable choc. Le fait d'avoir été confrontées à plusieurs personnes de classes sociales et de milieux différents, la diversité dans les habitudes et comportements des pairs, l'altération de l'état de santé physique ou mentale de certains locataires ont causé des difficultés majeures à plusieurs aînés. L'abandon de leur maison ou logement et le fait de se départir de leurs meubles et autres biens familiers ont aussi constitué d'autres problèmes d'intégration à la vie en résidence. Plusieurs personnes mentionnent également avoir été surprises par l'étroitesse de leur nouveau logement ou de leur chambre et s'être senties mal à l'aise dans un milieu de vie étranger. La désorientation, la gêne d'avoir à demander et la crainte de déranger ont également été soulignés par les aînés. Les préparatifs du déménagement et les préoccupations liées à la vente de la maison, des biens et autres transactions semblent également avoir augmenté la vulnérabilité des personnes âgées.

Pour certains résidents, le fait de devoir partager une salle de bain, la buanderie ou des espaces communs (salle à manger, salle de séjour, etc.) correspond à une perte d'intimité et d'autonomie. D'autres, s'estimant encore en bonne santé, évoquent aussi les difficultés de vivre de façon constante avec des

personnes malades ou en perte d'autonomie. Cette situation contribue à atténuer leur entrain et leur moral.

L'intégration a été facilitée, selon quelques résidents, par le fait que la résidence soit située près de l'endroit où ils sont nés et ont passé une partie de leur vie. D'éprouver un sentiment de sécurité, de se dégager des responsabilités liées à l'entretien de leur maison ou de leur appartement, ainsi que la possibilité de pouvoir briser l'isolement semblent également des facteurs facilitant l'intégration en résidence.

3.11.3 La perception des aînés de la qualité de vie en résidence

La majorité des aînés (62 %) qui sont allés vivre en résidence privée semblaient avoir une idée précise des soins et services qu'ils s'attendaient à recevoir. À la suite de leur arrivée, quelques-uns ont constaté que les soins et services reçus étaient meilleurs que ce qu'ils avaient imaginé (16 %), un plus grand nombre évoque qu'ils correspondaient à ce qu'ils avaient prévu (78 %) et une minorité mentionne s'avérer déçue sous cet aspect (6 %).

Interrogés sur les événements et sur les services les ayant agréablement surpris depuis les six derniers mois, moins de la moitié des répondants ont été capables de rapporter une telle situation. Le fait d'avoir vu souligner leur anniversaire ou encore une fête annuelle a par contre été apprécié par un nombre non négligeable de répondants. Certaines personnes ont aussi fait mention de

petites attentions ou cadeaux qu'ils ont reçus du personnel et d'activités intéressantes offertes à la résidence. La possibilité de prendre leur repas dans leur chambre lorsqu'ils sont malades, de pouvoir dîner en agréable compagnie et de recevoir rapidement de l'aide en situation d'urgence font également partie des événements marquants qui ont pu rendre heureux les aînés.

Certaines situations ont toutefois déçu les locataires au cours des six derniers mois. Le coût exorbitant du logement, une nourriture en quantité insuffisante, la négligence quant à la propreté des lieux, l'absence de personnel infirmier et la présence de certaines difficultés relationnelles avec la direction ou le personnel sont les principales sources d'insatisfaction des aînés.

Nous avons également voulu connaître quel était le point de vue des aînés sur les critères de qualité d'une résidence. Une résidence exemplaire devrait répondre à leurs besoins de base, psychologiques et sociaux. On mentionne que la présence d'intervenants chaleureux, prévenants et compréhensifs est un atout indispensable. L'importance d'une atmosphère accueillante et familiale semble aussi une des priorités des aînés. Viennent ensuite la propreté de lieux, une bonne nourriture et la présence de mécanismes de sécurité.

Les résidents ont aussi attribué à une résidence de qualité d'autres caractéristiques, la définissant comme un endroit où on respecte la liberté, les choix et les goûts des résidents et où il existe une entente cordiale avec les autres locataires et le personnel. Certaines caractéristiques physiques sont aussi

importantes pour les aînés. On estime, par exemple, qu'une résidence correspondant aux besoins des aînés doit procurer l'accès à une salle de bain privée pour tous les locataires et que chacun d'entre eux doit pouvoir disposer d'un service de buanderie. La résidence doit être confortable et paisible, et agréablement aménagée tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Les locataires mentionnent aussi l'importance d'être consultés pour les soins et services offerts. Ils soulignent aussi que la présence d'infirmières sur place leur est nécessaire. La souplesse des règlements, notamment la possibilité de recevoir de la visite à son gré, la disponibilité du personnel, la sensation d'être à l'aise et apprécié par les intervenants ainsi que l'approche individuelle sont également des caractéristiques qu'associent les aînés à une résidence de qualité.

3.11.4 Les attentes et l'expression des besoins des aînés face à la ressource

Toutes les personnes interrogées rapportent recevoir des services de repas réguliers et d'entretien ménager. Dix-huit personnes ont fait mention d'accès à des services donnés par du personnel infirmier et six à des visites médicales sur les lieux aux deux ou trois semaines. Relativement peu de résidents ont évoqué l'existence de services de surveillance et de sécurité ainsi qu'à de l'aide pour les emplettes ou du transport. Quelques grandes résidences offrent toutefois certains services particuliers tels les soins capillaires, les services religieux et un guichet bancaire.

Pour la majorité des aînés (41/55) les services reçus correspondent à leurs attentes. Les insatisfactions proviennent surtout d'un manque d'aide pour l'entretien de la chambre ou des lacunes au plan de l'entretien des aires communes. L'insuffisance d'aide pour le transport, les menus trop routiniers, la nourriture en quantité limitée, l'absence de personnel infirmier, les attitudes inappropriées de certains membres du personnel ou de la direction, l'absence d'activités récréatives ou sociales ainsi que l'aménagement ou l'entretien extérieur inadéquat de la résidence constituent aussi des facteurs d'insatisfaction chez certains résidents. D'autres ont évoqué que le temps d'attente pour le service des repas, l'impossibilité de choisir ou de changer de place ou de voisinage à la salle à manger, le manque de personnel et l'absence de formation chez certains intervenants représentaient des situations contraires à leurs attentes.

Selon les personnes âgées, l'amélioration des services pourrait se concrétiser par l'application des mesures suivantes :

- la disponibilité d'un moyen de transport;
- une meilleure formation du personnel;
- un extérieur mieux adapté (déblaiement, éclairage);
- la disponibilité d'un service d'accompagnement;
- une plus grande disponibilité du personnel;
- une animation récréative et sociale;
- des horaires moins rigides à la salle à manger;
- l'installation d'une boîte à suggestion pour les résidents.

Près de la moitié des résidents interrogés mentionnent recevoir de l'aide ou des soins personnels tels l'assistance pour les soins personnels, l'administration des médicaments, la prise de tension artérielle, les massages et, dans certains cas, l'injection d'insuline. Trois personnes évoquent que le type d'aide reçue ne correspond pas à leurs attentes en raison d'un manque de formation du personnel.

Selon les personnes âgées, les moyens d'améliorer les soins personnels reçus sont la présence d'un personnel infirmier sur place, une disponibilité accrue du personnel et une formation adéquate des intervenants. Près du tiers résidents mentionnent avoir fait part à la direction de changements qu'ils désireraient voir apporter au sein de la résidence. La moitié d'entre eux affirment avoir reçu une réponse satisfaisante à leurs demandes.

3.11.5 Les perceptions et les attentes face aux intervenants

Les résidents ont été invités à faire part des sentiments qu'ils ressentent lorsqu'ils reçoivent des services ou des soins de la part des intervenants ou des membres de l'administration. Comme l'indique le tableau 25, la plupart des résidents semblent se sentir à l'aise et en confiance avec le personnel. Paradoxalement, un nombre non négligeable de personnes estime avoir l'impression que la personne qui les aide ne fait pas de son mieux.

Tableau 25
Sentiments ressentis face au personnel (en nombre)

Énoncés proposés	Oui	Non	Ne sait pas
Je me sens généralement à l'aise avec le personnel	49	1	1
Je me sens en confiance avec le personnel	50	0	1
J'ai le sentiment que la personne qui m'aide fait de son mieux	31	20	0
J'ai l'impression que je dérange la personne qui m'aide	8	42	1
Je suis capable d'exprimer mes besoins	48	3	0
La personne manque de compétences pour m'aider	6	44	1

La majorité des résidents (84 %) estiment que les intervenants qui travaillent auprès de personnes âgées devraient posséder des qualités personnelles particulières. Parmi les qualités les plus souvent mentionnées par les répondants, on retrouve l'amour pour les aînés, la gentillesse, la bonne humeur, la douceur, la compréhension et le respect. La formation appropriée, bien que constituant une compétence, a par ailleurs été souvent mentionnée à titre de qualité recherchée par les personnes âgées. Les aînés croient que les intervenants qui oeuvrent dans le domaine de l'hébergement pour personnes âgées devraient être formés en gérontologie.

Cinq personnes ont mentionné que certains des intervenants qu'elles côtoient ne possèdent pas les qualités personnelles nécessaires. Les résidents affirment que les aspects dont les intervenants devraient surtout se préoccuper lors des services et des soins sont, selon l'importance des mentions, l'adaptation au rythme personnel des résidents et à leur état de santé physique et

psychologique. Le respect des états d'âme des aînés, de leur gêne ou de leur réticence à demander de l'aide font également partie des attentes des répondants. Certains répondants aimeraient également que l'on respecte l'intimité des locataires ainsi que leur âge et leurs pertes d'autonomie. Les goûts, habitudes et besoins personnels devraient également être pris en considération par les intervenants. On souhaite aussi que le personnel adopte des comportements prévenants face aux aînés.

Parmi les qualités les plus appréciées chez le personnel que les personnes âgées côtoient quotidiennement, on retrouve surtout la bonne humeur, la disponibilité, la gentillesse, la bonté et l'écoute attentive. Ce que l'on apprécie le moins, c'est le manque d'attention du personnel à cause d'un surcroît de travail, la mauvaise humeur et la brusquerie. Les personnes âgées qui éprouvent le sentiment qu'elles dérangent et qui ont remarqué des indiscretions des intervenants soulignent leur insatisfaction.

Comme le rapporte le tableau 26, le personnel semble généralement adopter des attitudes et comportements correspondant aux attentes des aînés. Les données démontrent toutefois que certains intervenants manquent de disponibilité à l'égard des résidents puisque plusieurs personnes mentionnent que le personnel semble davantage préoccupé par son travail que par les besoins des aînés. De plus, un nombre non négligeable d'aînés mentionne que les intervenants sont distants ou comprennent peu ce qu'ils vivent.

Tableau 26
Perception des aînés des comportements
et attitudes des intervenants leur endroit

Énoncés proposés	Degré d'accord selon le nombre de personnes	
	En accord	En désaccord
Les intervenants sont des personnes qui...		
... accomplissent très bien leur travail	51	0
... sont à l'écoute de vos besoins	49	2
... comprennent ce que vous vivez	48	3
... respectent votre intimité	51	0
... établissent des rapports cordiaux avec vous	45	6
... sont plus préoccupés par leur travail que par vos besoins	11	40
... travaillent plus ou moins bien	6	45
... s'insèrent dans votre vie privée	5	46
... sont distants	11	40
... comprennent peu ce que vous vivez	12	39

3.12 LES FAITS ET POINTS SAILLANTS

Voici les principaux faits et points saillants qui ressortent des résultats obtenus auprès des gestionnaires et intervenants ainsi que des personnes âgées.

3.12.1 Le contexte général

Le retrait graduel de l'État dans le domaine de l'hébergement pour personnes âgées, le vieillissement accéléré de la population et la dynamique néolibérale qui prédomine favorisent le développement et la prise en charge de l'hébergement des aînés par le secteur privé. Ce secteur semble n'être soumis qu'à une réglementation et un encadrement qui ne s'adressent généralement qu'à la dimension physique des lieux (salubrité, sécurité, etc.). On remarque une croissance rapide du nombre de résidences privées en région et il existe une forte diversité dans les types de ressources existantes. Cette diversité se démarque sous différents aspects, entre autres : la taille de la résidence, les structures juridiques et organisationnelles, la quantité et la qualité des services et de l'aide disponibles, la philosophie et les modes d'opération privilégiés par les gestionnaires, la formation du personnel, le type de clientèle hébergée en fonction de son autonomie et de ses capacités physiques, psychologiques et économiques. Les résidences privées sont avant tout des entreprises qui doivent rencontrer des objectifs de rentabilité économique et qui sont soumises aux mêmes règles de compétitivité et de concurrence rencontrées dans d'autres secteurs d'activités.

3.12.2 Les principales difficultés rencontrées par les gestionnaires et les intervenants

- Les gestionnaires de résidences sont confrontés à une importante diversité de rôles et de responsabilités à assumer. Ceux-ci ne sont pas toujours

compatibles et sont souvent difficiles à concilier, notamment en ce qui a trait au partage du temps et des énergies entre les activités d'administration, de gestion du personnel et des besoins des résidents.

- Dans toutes les résidences, les gestionnaires doivent assurer une constante disponibilité qui peut interférer avec les aspects de leur vie personnelle et familiale.

- Le nombre d'heures de travail des propriétaires de résidences est excessif, surtout chez les propriétaires de résidences de petite taille.

- L'objectif de rentabilité et la dynamique de concurrence entre les résidences constituent des préoccupations majeures pour plusieurs gestionnaires.

- Les activités liées à la gestion du personnel représentent des difficultés pour une forte majorité de gestionnaires (14/16).

- Une majorité de gestionnaires (72 %) et d'intervenants (57 %) mentionnent se sentir à court de ressources lors d'interactions avec les résidents et leurs proches.

- Les activités sociales et récréatives comportent des difficultés pour la majorité des gestionnaires et intervenants, tant au plan de l'organisation, du déroulement que de la participation des aînés.

- Les personnes âgées font amplement appel aux gestionnaires et aux intervenants en ce qui a trait à leurs problèmes de santé, leurs problèmes familiaux et financiers. Cette situation est mentionnée par 94 % des gestionnaires et 73 % des intervenants. De plus, 95 % des gestionnaires et 89 % des intervenants évoquent que les résidents s'adressent à eux lorsqu'ils éprouvent des difficultés ou des besoins de nature psychosociale. Plus de la moitié d'entre eux mentionnent par ailleurs se sentir souvent ou parfois démunis sous cet aspect.

- La gestion des problèmes de santé physique et psychologique des résidents ainsi que de leurs pertes d'autonomie, tout comme la réponse aux diverses demandes exprimées par la clientèle âgée, représentent des difficultés communes aux gestionnaires et aux intervenants.

Le tableau-synthèse numéro 27 de la page suivante présente les principales difficultés rencontrées par les gestionnaires et les intervenants.

3.12.3 Le point de vue sur les compétences, habiletés et qualités personnelles requises

- Tous les gestionnaires mentionnent que leur métier exige des compétences et des habiletés administratives, relationnelles et humaines ainsi qu'une connaissance du processus de vieillissement dans son ensemble.

Tableau 27

**Difficultés rencontrées par les gestionnaires et les intervenants
des résidences du Saguenay**

Gestionnaires	Intervenants
<p>A) <u>Gestion de l'immeuble</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • lourdeur de la tâche • respect des lois et des règlements des divers paliers gouvernementaux • compétitivité du marché • atteinte de la pleine location • sélection des résidents • entretien des lieux <p>B) <u>Gestion du personnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • embauche, orientation, supervision et renvoi du personnel • manque de motivation des travailleurs • attitudes négatives du personnel • gestion des conflits internes • comportements et attitudes inadéquates du personnel envers les aînés • manque de temps pour la formation • respect de la confidentialité • manque de discernement des employés • syndicalisation des employés <p>C) <u>Interactions avec les aînés et leurs proches</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • comportements difficiles des résidents • gestion d'une situation de crise • évaluation des besoins des résidents • manque d'engagement des résidents dans les décisions qui les concernent • transfert et placement d'un locataire • gestion de la maladie, de la perte d'autonomie <p>D) <u>Assistance et support aux résidents</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • écoute des problèmes personnels des aînés • gestion de la dépression d'un résident • détection de situations d'abus, de négligence ou de violence envers un résident • manque de temps • surcharge de travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilité et agressivité des résidents • maladie et perte d'autonomie des résidents • réponse aux exigences • le fait d'amener les gens à participer, de gérer les conflits relatifs aux activités • choix des activités qui conviennent • soins d'hygiène personnelle • décès d'un résident • comportement perturbateurs d'un résident • évaluation des besoins des résidents • détection d'une situation de négligence, d'abus ou de violence • intervention en situation d'abus

- Les intervenants estiment qu'ils doivent posséder des compétences et habiletés qui privilégient le maintien et l'amélioration de l'état de santé physique et psychologique des aînés, facilitent l'accomplissement de leurs tâches et responsabilités, et qui favorisent la promotion d'attitudes et de comportements appropriés au travail et envers les aînés.

- La patience est la principale qualité personnelle identifiée pour travailler auprès des aînés, tant chez les gestionnaires que chez les intervenants, alors que l'amour pour les aînés est ressorti comme primordial chez les deux groupes de répondants.

- La majorité des gestionnaires et des intervenants croient que le personnel des résidences privées possède les attitudes et les qualités requises pour oeuvrer auprès des aînés.

Les principales compétences, habiletés et qualités personnelles requises pour le travail auprès d'aînés qui sont citées par les gestionnaires et les intervenants apparaissent dans le tableau-synthèse numéro 28.

3.12.4 La formation et l'expérience

- Une importante diversité d'expériences de travail antérieures se constate chez les gestionnaires et les intervenants. Cependant peu d'entre eux

mentionnent une expérience professionnelle dans une autre résidence avant d'occuper leurs fonctions actuelles (13/55).

Tableau 28
Compétences, habiletés et qualités personnelles
identifiées par les gestionnaires et les intervenants

Gestionnaires	Intervenants
<p>A) <u>Compétences et habiletés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • bonne connaissance du processus du vieillissement • capacité à parler en public • connaissances en comptabilité et finances • gestion adéquate du temps • réactions rapides • écoute attentive • expérience antérieure auprès d'aînés <p>B) <u>Qualités requises</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • patience • prévoyance • polyvalence • disponibilité • bon jugement • amour des personnes âgées • fermeté 	<p>A) <u>Compétences et habiletés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • formation en premiers soins et en réanimation cardiovasculaire • connaissances générales sur les soins de santé (injection d'insuline, tension artérielle, pansements, etc.) • connaissances en gérontologie • écoute et relation d'aide • capacité d'observer, de juger et d'intervenir • facilité à communiquer avec les personnes âgées • aptitudes à doser son engagement affectif <p>B) <u>Qualités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • patience • bonne humeur • disponibilité • amour des personnes âgées • discrétion • douceur

- Bien qu'une majorité des répondants disent posséder une formation liée à leur travail reçue d'un établissement ou d'un organisme externe, leur formation gérontologique est presque inexistante.

- Une forte majorité des gestionnaires (15/18) et des intervenants (34/37) ont identifié des domaines dans lesquels ils souhaiteraient acquérir de la formation ou parfaire leurs connaissances actuelles.

- Les besoins de formation communs que citent les gestionnaires et les intervenants concernent la gérontologie et la relation d'aide.

- Ce qui inciterait davantage les gestionnaires à se former, ce sont les possibilités d'améliorer leur performance au travail et de procéder à une meilleure gestion administrative. Les principaux incitatifs à la formation chez les intervenants sont le soutien financier et l'amélioration de leur performance au travail, de leur rémunération et de leurs conditions de travail.

- Ce sont surtout le manque de temps et les limites financières des gestionnaires et intervenants qui constituent les principaux obstacles à l'acquisition de formation supplémentaire.

Les besoins de formation des gestionnaires et des intervenants, ainsi que les incitatifs et les obstacles rencontrés au regard de ces derniers, sont décrits dans le tableau-synthèse numéro 29 (page suivante).

Tableau 29
Besoins, incitatifs et obstacles à la formation
selon les gestionnaires et les intervenants

Gestionnaires	Intervenants
<p>A) <u>Besoins de formation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • connaissance du vécu et des besoins des personnes âgées (cours en gérontologie) • relation d'aide • gestion administrative • informatique <p>B) <u>Incitatifs à la formation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • amélioration concrète de la performance • meilleure gestion administrative et financière <p>C) <u>Obstacles à la formation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • manque de temps • méconnaissance de ses propres besoins de formation • moyens financiers limités 	<p>A) <u>Besoins de formation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • soins à donner • connaissance des besoins et du vécu des personnes âgées (cours en gérontologie) • relation d'aide • cours de premiers soins • accompagnement du mourant <p>B) <u>Incitatifs à la formation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • soutien financier • amélioration concrète de la performance • amélioration des conditions de travail (salaire et poste) • dégageement et libération • formation donnée sur place <p>C) <u>Obstacles à la formation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • manque de temps • manque d'information sur les programmes disponibles • capacité financière limitée

3.12.5 Le point de vue des personnes âgées

- Plus de la moitié des personnes (68 %) demeurent dans leur résidence depuis moins de deux ans et leur moyenne d'âge est de 79 ans. Elles habitent généralement seule leur logement ou leur chambre (84 %).

- Plus de la moitié des résidents ont mentionné que des motifs liés à leur état de santé, l'insécurité, la solitude et l'isolement ainsi qu'une diminution de

leurs ressources familiales étaient intervenus dans leur décision d'intégrer la résidence.

- Pour plusieurs aînés l'intégration d'une résidence s'avère une étape très difficile à vivre et nécessite une période d'adaptation.

- Les résidents avaient généralement une idée assez précise des services et des soins qu'ils s'attendaient à recevoir dans leurs ressources d'hébergement respectives et ceux-ci correspondent pour la majorité (78 %) à ce qu'ils avaient prévu.

- Moins de la moitié des répondants a mentionné avoir été agréablement surpris dans les six mois précédant l'enquête en regard des services et soins reçus.

- Les principaux critères de qualité d'une résidence identifiés par les aînés sont la présence de gestionnaires et d'intervenants chaleureux, prévenants et compréhensifs ainsi qu'une atmosphère accueillante et familiale.

- Près de 90 % des aînés estiment que les intervenants côtoyés doivent posséder des qualités personnelles particulières. Les principales étant l'amour pour les personnes âgées, la gentillesse, la bonne humeur, la douceur, la compréhension et le respect. Une formation adéquate des intervenants est aussi mentionné comme un atout nécessaire chez ces derniers.

- Ce que les aînés apprécient le moins chez le personnel côtoyé, ce sont le manque d'attention à leur endroit en raison d'un surcroît de travail, la mauvaise humeur et la brusquerie, le sentiment de déranger et le manque de discrétion.

Le tableau-synthèse numéro 30 fait état de la perception des aînés en ce qui a trait aux attributs et aux qualités qu'ils recherchent chez leur ressource d'hébergement ainsi que chez le personnel qu'ils y côtoient. Il démontre également les améliorations souhaitées par les personnes âgées vivant en résidences privées au Saguenay.

Tableau 30
Perceptions des aînés de la qualité d'une résidence
et de son personnel

Attributs de la résidence	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'intervenants chaleureux, prévenants, compréhensifs • Atmosphère accueillante et familiale • Propreté des lieux • Respect de la liberté, des choix et des goûts des résidents • Entente cordiale entre intervenants et personnes âgées • Accès à une salle de bain privée • Aménagement intérieur et extérieur agréable • Présence d'un service de buanderie • Présence d'un service de soins infirmiers • Réglementation souple • Présence d'un personnel disponible qui adapte ses interventions aux besoins individuels des résidents • Nourriture adéquate • Présence de mécanismes de sécurité
----------------------------------	---

...suite

Tableau 30 (suite)

Qualités et habiletés du personnel	<ul style="list-style-type: none">• Amour des personnes âgées• Gentillesse• Bonne humeur• Douceur• Compréhension• Respect• Formation en gérontologie
Améliorations souhaitées	<ul style="list-style-type: none">• Meilleure formation du personnel• Aménagement extérieur mieux adapté• Disponibilité d'un service d'accompagnement• Disponibilité accrue du personnel• Présence d'activités récréatives et sociales• Flexibilité pour les heures de repas• Présence d'une boîte à suggestions• Présence régulière d'un personnel infirmier

CHAPITRE IV

L'ANALYSE ET LA DISCUSSION DES RÉSULTATS

En guise d'analyse et de discussion, nous procédons en reconsidérant nos objectifs de départ. À cet effet, nous observons dans un premier temps les portraits types, les similitudes et les différences sociodémographiques ainsi que certaines caractéristiques individuelles existant entre les gestionnaires et les intervenants des grands centres et de la région. Par la suite, nous analysons les principales difficultés qu'ils rencontrent et les contraintes qu'ils identifient dans l'exercice de leurs fonctions respectives. Certains résultats relatifs aux habiletés et aux qualités personnelles ainsi qu'à la formation actuelle et recherchée sont ensuite discutés afin de dégager les éléments d'un profil de compétences requises et conformes aux besoins et exigences du travail et de l'intervention auprès d'aînés vivant en résidence privée. C'est donc à la lumière des principaux constats mis en évidence d'une part par la revue des écrits sur le sujet et, d'autre part, par les résultats obtenus lors de l'enquête au Saguenay, que seront discutés les principaux résultats obtenus.

4.1 LE PORTRAIT TYPE DES GESTIONNAIRES ET DES INTERVENANTS

Le portrait que dressent les chercheurs américains du gestionnaire type réfère à une femme dans la quarantaine, relativement scolarisée, ayant réorienté sa carrière et travaillant à temps plein dans une seule résidence qu'elle n'habite pas généralement (Heumann, 1988). Les gestionnaires des résidences régionales reflètent sensiblement les mêmes caractéristiques en ce qui a trait au sexe, à

l'âge (moyenne d'âge de 45 ans) et à l'occupation résidentielle. L'échantillon des gestionnaires de la région affiche une scolarité qui tend à augmenter avec la taille de la résidence. Ainsi, aucun des gestionnaires des petites résidences ne mentionne avoir complété d'études collégiales, alors que dans les moyennes et les grandes résidences, on constate que six gestionnaires possèdent une scolarité collégiale, et le même nombre a complété des études universitaires. En région, tout comme dans les grands centres, les gestionnaires de grandes résidences n'habitent pas celles-ci. La situation inverse semble toutefois plus fréquente dans les résidences de taille moyenne et petite. De plus, la majorité des gestionnaires de grandes résidences ne sont pas propriétaires de celles-ci alors que plusieurs des moyennes et petites le sont.

La revue des écrits fait mention de la diversité de la provenance des gestionnaires ou des secteurs d'activités dans lesquels ceux-ci ont acquis des expériences antérieures de travail (Sheenan, 1992). Les résultats obtenus auprès des gestionnaires du Saguenay démontrent une situation similaire pour les trois types de résidences. En effet, la totalité des répondants ont mentionné cet état de choses et ont exercé au préalable des activités professionnelles ou travaillé dans maints secteurs et domaines (hôtellerie, restauration, santé, secrétariat, comptabilité, etc.). Ces occupations sont, pour la plupart, sans liens directs avec l'aide et les soins aux personnes âgées.

En ce qui concerne les intervenants, certaines similarités et différences sociodémographiques sont également perceptibles entre les grands centres et la région. Alors que la littérature américaine identifie le préposé typique comme

étant âgé de 20 à 40 ans, les données recueillies auprès des intervenants de la région démontrent que ceux-ci constituent une main d'oeuvre légèrement plus âgée puisque 54 % d'entre eux ont plus de 40 ans. Tout comme pour les intervenants des grands centres, ceux de la région semblent plutôt désavantagés au plan économique et rapportent une scolarité plutôt faible. Rappelons que la majorité d'entre eux (29) déclarent un revenu personnel de moins de 15 000 \$ pour l'année 1996 et mentionnent qu'ils n'ont pas complété d'études collégiales (26).

Selon les informations fournies par la documentation recensée, les critères que semblent retenir et privilégier les propriétaires de grandes résidences privées (51 unités et plus) lors de l'embauche de gestionnaires sont axés sur les capacités d'administration financière et de gestion d'entreprise (Heumann, 1988). Pourtant, leur rôle nécessite de plus en plus un élargissement de leur intervention aux plans des besoins interactionnels, des services et des soins à rendre à une clientèle éprouvant des problèmes de perte d'autonomie (Shennan, 1992) ainsi qu'un engagement accru et personnalisé envers les résidents (Gorey et Brice, 1992).

Les gestionnaires de grandes résidences saguenayennes mettent quant à eux l'accent sur l'aspect vocationnel de leur métier, et bien qu'ils évoquent que les aspects liés à l'administration et la gestion soient considérables, en regard des objectifs de rentabilité à rencontrer, l'aspect humain leur semble primordial à la bonne marche des établissements. En font foi les commentaires suivants :

Il faut être capable de favoriser l'autonomie des personnes âgées, savoir travailler avec le public, c'est comme dans l'hôtellerie. C'est une vocation, tu l'as ou tu l'as pas. Ça ne s'apprend pas. Il faut avoir le *feeling* pour trouver le bon personnel, ne pas se mettre la clientèle à dos, mettre l'aspect humain en priorité, savoir s'ajuster. Ça prend la capacité d'être en affaires, d'arriver sans exploiter les personnes âgées. Il ne faut pas considérer une résidence seulement comme une *business* [...] il faut aimer les personnes âgées.

Il faut aimer ça et être bien dans ça [...] c'est comme un bateau [...] tu ne débarques pas quand tu veux [...] Il faut savoir administrer au sens large car c'est une entreprise, connaître le marché, la concurrence. On ne s'improvise pas gestionnaire. Il faut savoir gérer du personnel, opérer une entreprise. Il faut de l'ouverture aux changements [...] à ce qui se passe dans la société globalement. C'est un commerce, il faut travailler la crédibilité, l'image extérieure, la compétition et le marketing.

Le plus gros problème qui fait que les locataires se sentent coincés ce sera toujours l'argent [...] les promoteurs veulent faire de l'argent [...] donc ce sont les gens âgés qui paient en bout de ligne [...] et parfois qui voient leurs besoins, même ceux qui sont essentiels, non comblés.

Il faut bien comprendre le milieu dans lequel on travaille et les gens âgés, il faut savoir administrer, car c'est aussi un commerce.

D'autres gestionnaires ajoutent :

Il faut être fait pour ça, c'est quelque chose qui ne vient pas tout seul [...], [...] il faut savoir écouter, aimer les personnes âgées, les comprendre. Ça prend aussi de l'expérience de gestion et d'administration.

La prédisposition naturelle ou l'intérêt inné pour le métier est également traduit par les propos des gestionnaires de petites résidences :

Il faut l'avoir dans le sang [...] Il faut l'avoir dans la peau [...] Il faut avoir le feu sacré [...]

Les principaux incitatifs des intervenants à travailler auprès des personnes âgées découlent de l'intérêt et de l'amour porté aux aînés ainsi que d'une expérience antérieure positive auprès de ces derniers. Le manque d'emploi dans d'autres secteurs d'activité ne semble intervenir que très faiblement dans le désir d'oeuvrer auprès d'une clientèle âgée en région saguenayenne. Ces résultats apparaissent en contradiction avec certaines données fournies par la littérature (Tellis-Nayak et Tellis-Nayak, 1989).

La présence de difficultés accrues semble également associée à un manque de formation ou à une formation non adaptée aux besoins, surtout en ce qui a trait à la connaissance du processus du vieillissement, aux divers problèmes de santé physique et psychologique qui peuvent l'accompagner et à la présence d'attitudes inappropriées, ou encore de préjugés (Brower, 1985; Gorey et Brice, 1992; Heumann, 1988; Mercer et *al.*, 1993).

Les gestionnaires qui se sont prêtés à l'exercice que sous-tend la présente recherche ont également mis en évidence l'existence de difficultés relevant de certains facteurs mentionnés plus haut. Les gestionnaires évoquent rencontrer diverses difficultés liées à la pratique de plusieurs rôles qui sont souvent difficiles à concilier. Un constat similaire en région est rapporté par les propos suivants :

[...] c'est au plan de l'organisation [...] il y a trop de responsabilités. Lorsque je m'occupe trop de l'aspect humain je me fais avoir au niveau du budget [...] il y a un conflit entre ces deux aspects du travail pour moi.

Tout est positif dans mon travail [...] sauf de réussir à concilier les deux aspects, l'administratif et l'intervention humaine ou relationnelle [...]

D'autres gestionnaires ajoutent :

[...] travailler avec le conseil d'administration a été difficile [...] C'est dur de concilier les rapports entre les résidents et le personnel [...] c'est très difficile [...]

La complexité du rôle d'intermédiaire ou de tampon entre la famille et le résident ajoute également au degré de complexité de la fonction :

Le poste est difficile [...] je suis souvent prise entre deux feux, les gestionnaires et les résidents.

4.2 LES ASPECTS DIFFICILES DU TRAVAIL DES GESTIONNAIRES DE RÉSIDENCES PRIVÉES

Ce que la littérature identifie comme principales difficultés chez les gestionnaires du secteur de l'hébergement privé pour personnes âgées se concentre dans la multitude et la conciliation des rôles qu'ils ont à jouer et des nombreux besoins auxquels ils sont susceptibles d'avoir à répondre (Shennan, 1992). L'appel à diverses compétences et qualités personnelles particulières devient alors primordial. En effet, celles-ci s'avèrent essentielles pour gérer tant l'aspect administratif, que le personnel et les situations interactionnelles complexes qui se présentent régulièrement et qui impliquent la direction, le personnel, les proches et les personnes âgées. Dans ce contexte, ils ont de plus

à rencontrer les objectifs de rentabilité que suppose le but lucratif des résidences qu'ils gèrent ou possèdent (Chartock et *al.*, 1988; Shennan, 1992).

La lourdeur de la tâche, l'investissement émotionnel qu'elle suppose ainsi que l'importante disponibilité dont doivent faire preuve les gestionnaires tend également à empiéter sur leur vie personnelle et à provoquer un certain malaise que nous ressentons dans les propos suivants :

Je dois assurer la surveillance continuellement, jour et nuit. Je suis seule pour l'instant [...] mon mari vient de me quitter et je n'ai personne pour me remplacer.

Je ne sais pas combien d'heures je fais par jour, des fois 10 ou 15, je viens le soir, les fins de semaine [...]

Je travaille de 8 à 4 mais je viens le soir et les fins de semaine et lors de situation d'urgence [...] j'ai été six ans sans prendre de vacances.

J'ai 4 enfants alors mon conjoint me dépanne le soir, les fins de semaine [...]

Ce qui est supposé être du 8 à 4 ne s'arrête jamais. Je viens souvent le soir et les fins de semaine et j'amène la papperasse chez nous [...]

L'accompagnement est difficile [...] quand je suis fatiguée je trouve très dur de tenir la conversation et d'être à l'écoute.

Certains sentiments de culpabilité et un constat d'épuisement ressortent également des commentaires de certains :

Je n'arrive pas à m'investir autant que je voudrais car c'est trop épuisant [...]

Je deviens harassée, je me sens responsable d'eux.

C'est très accaparant de ne pouvoir en sortir, de ne pouvoir décrocher.

[...] l'épuisement, quand on assiste jusqu'à la mort ça demande beaucoup. Le virage ambulatoire fait que les cas sont de plus en plus lourds.

La difficulté de trouver du personnel compétent, à le former, le superviser et à le conserver constitue également un aspect contraignant du travail des gestionnaires dans les trois types de résidences observées :

À l'embauche, on renvoie souvent les gens au bout de deux jours quand ce sont des gens qui ne veulent ou ne peuvent pas travailler avec les personnes âgées. J'ai retourné environ cinquante filles en quatre ans... même avec un cours elles ont de la misère avec le milieu réel [...]

Après être engagées, après trois ou quatre mois, plusieurs se laissent aller [...] c'est pas facile de trouver du monde compétent qui aime vraiment ce travail [...] Si c'est quelqu'un qui vient juste chercher un chèque [...]

Le roulement est très élevé. J'engage des assistés sociaux et des étudiants [...] Ils veulent être payés en argent [...] alors je leur donne cinq dollars de l'heure [...] quand ils sont tannés ou trouvent autre chose, je dois changer.

La principale difficulté vient de l'ajustement des personnes à la tâche. L'employé n'est pas à sa place ou a de la difficulté à travailler en équipe. Les conflits, les tensions, porter attention aux besoins exprimés par la personne, savoir ce qui ne va pas [...] les raisons personnelles qui affectent le travail de l'employé [...] la rivalité entre le personnel [...]

Dans le même ordre d'idées, les commentaires suivants sont émis :

L'embauche c'est pas facile [...] C'est assez dur de trouver du bon personnel. Des fois ça fait mais des fois ça fait pas [...]

La formation, le manque de temps pour les former constitue mon principal obstacle.

Trouver du personnel dans les domaines où il y a beaucoup de roulement [...] régler les conflits internes [...]

Lorsque la clientèle s'alourdit ses besoins changent [...] il faut modifier les tâches des employées [...]

Les gestionnaires que nous avons rencontrés mentionnent également un esprit de compétitivité et un manque de collaboration entre les résidences. Ils ont de plus l'impression de travailler de façon isolée et constatent l'absence d'un dialogue qui leur serait nécessaire. Ils font aussi mention du besoin d'établir un cadre de référence pouvant les aider à identifier et à répartir la clientèle en fonction des services et soins offerts par chacune des résidences. Selon les répondants, cet outil contribuerait à améliorer la qualité de vie des aînés qu'ils hébergent :

Je me sens isolée, seule [...] Dans le milieu des résidences on travaille sur l'image au lieu de partager nos joies, nos peines, nos difficultés. La compétition nuit au partage d'idées, à la collaboration.

Il faudrait avoir un cadre qui nous permette de déterminer quel type de clientèle est pour nous, un cadre d'acceptation de la clientèle. Un cadre de référence, d'évaluation, de sélection qui réponde au type de maison qu'on a.

Si on travaillait plus en collaboration les gens seraient aux bonnes places [...] on est isolé en tant qu'organisation...

On ne devrait pas se voir comme des concurrents mais pouvoir échanger et partager nos difficultés.

Il faudrait privilégier l'entraide au lieu de la compétition.

Il s'avère également essentiel de prendre en considération que les difficultés vécues par les gestionnaires sont inhérentes au type de résidences qu'ils gèrent. Dans les petites résidences, où le nombre d'employés s'avère restreint, les difficultés liées à la gestion et la supervision de personnel sont quasi inexistantes, alors que cet aspect interpelle fortement les gestionnaires de moyennes et grandes résidences. Par contre, c'est dans les plus petites résidences que les gestionnaires s'impliquent le plus directement au plan des travaux ménagers et de l'aide personnelle aux résidents. La lourdeur de la tâche est par ailleurs mise en évidence par le nombre d'heures travaillées déclarées par les répondants. On remarque toutefois que dans presque toutes les résidences, les gestionnaires doivent se tenir constamment en alerte et être disponibles pour toute éventualité pouvant survenir à toute heure du jour, de la nuit, aussi bien la semaine qu'en fin de semaine.

4.3 LES DIFFICULTÉS DES INTERVENANTS : UN RETOUR AUX ÉCRITS

Selon la documentation consultée, travailler et intervenir auprès de personnes âgées, dans le contexte de l'hébergement en résidence privée, suscitent plusieurs difficultés pour les intervenants. Alors que certains évoquent un travail difficile au plan physique et émotionnel (Berger, 1992, Foner, 1994) dans un contexte conflictuel où le stress prédomine (Chappell et Novak, 1994; Cohen-Mansfield, 1995; Pillemer et Moore, 1989), d'autres auteurs mettent en évidence la lourdeur du ratio résident/préposé (Mercer et *al.*, 1993) et la difficulté de répondre à une demande diversifiée de besoins, tant physiques que psycholo-

giques (Waxman et *al.*, 1989). Dans cette perspective, Lischko (1988) suggère qu'un manque de matériel ou d'équipements appropriés limite également la portée des interventions souhaitées. Plus près de nous, Dubé et Delisle (1988) évoquent des contraintes de temps ainsi qu'un manque de ressources qui interfèrent dans la qualité des soins auprès d'une clientèle de plus en plus lourde. Hamb et Thériault (1998) ont aussi conclu à un accroissement de risques à la santé physique des intervenants oeuvrant auprès de personnes âgées convalescentes ou dont la santé s'est détériorée.

Le fait d'être confrontés à la perte d'autonomie, à la souffrance et à la mort peut provoquer un sentiment de pessimisme et d'impuissance au travail éprouvant pour certains intervenants (Fisk, 1984). Ce sentiment peut également être amplifié par la craintes personnelles des intervenants face à leur propre vieillissement et leur mort (Nelson, 1995). La détérioration de la santé physique et psychologique des résidents contribue également à alourdir le fardeau des intervenants confrontés à des comportements réactionnels des aînés (souffrance, démission ou non-acceptation de leur état). Ces comportements peuvent susciter des attitudes de résistance à l'aide offerte, des paroles blessantes envers les intervenants ou même des actions physiques brusques ou violentes (Chartock et *al.*, 1988, Dubé et Delisle, 1988; Foner, 1984; Hamb et Thériault, 1998).

Les problèmes interactionnels complexes émergeant des relations qu'entretiennent les intervenants avec les résidents, les autres membres du personnel ou encore avec la direction peuvent également constituer une source de difficultés (Fisk, 1984). La non-reconnaissance sociale du travail des intervenants et le

peu de prestige retiré (Hepler, 1987; Pillemer et Moore, 1989) semblent également affecter l'investissement des travailleurs. L'inertie administrative face aux doléances exprimées par les intervenants, de même que le manque de support ou d'appui (Fisk, 1984) constituent également des facteurs d'insatisfaction. L'absence d'orientation professionnelle, la stagnation et la mince perspective de progression professionnelle affectent également la motivation des employés (Brown Doress, 1990).

Des conditions de salaire et de travail peu enviables contribuent également à saper l'ardeur et l'intérêt au travail et affectent la propension à s'impliquer activement auprès des aînés (Berger, 1982; Chartock *et al.*, 1988; Fisk, 1984; Lischko, 1988; Pillemer *et al.*, 1989; Tellis-Nayak et Tellis-Nayak, 1989).

La présence de négativisme ou de stéréotypes liés au vieillissement amplifie le degré de difficultés des tâches à accomplir et des soins à prodiguer aux résidents (Benson, 1982; Burgio et Burgio, 1990; Campbell, 1971; Chaisson, 1980; Leclerc, 1998; Knowles et Sarver, 1985). La prise de conscience d'un manque de connaissance ou de formation (Berger, 1982; Brower, 1985; Hepler, 1987) peut également générer un sentiment d'incompétence qui gêne l'efficacité des actions et la perception du travail lui-même (Cohen-Mansfield, 1995). De plus, les contraintes personnelles, financières ou organisationnelles liées à l'acquisition de compétences influencent la motivation au travail et le désir de perfectionnement (Chartock *et al.*, 1988).

4.4 LES DIFFICULTÉS ET LES FACTEURS D'INSATISFACTION AU TRAVAIL DES INTERVENANTS

Bien que les résultats et faits ci-dessus mentionnés ne constituent pas l'ensemble des contraintes et des difficultés rencontrées par les intervenants, ils apparaissent comme étant les plus prédominants. C'est également au regard de certains de ceux-ci qu'est considérée la situation des intervenants au plan régional. À cet effet, nous reconsidérons certains des résultats ayant émergé de l'étude et prenons en considérations des commentaires intégraux susceptibles de confirmer la manifestation des contraintes et difficultés répertoriées dans les grands centres. Plus spécifiquement, nous abordons les aspects liés à la lourdeur de la tâche aux plans physique et émotionnel, à la confrontation à des situations interactionnelles complexes et conflictuelles et aux conditions de travail et de rémunération.

4.4.1 La lourdeur de la tâche au plan physique et émotionnel

Nous constatons que les intervenants doivent accomplir de nombreuses tâches impliquant des efforts physiques. Ce constat vaut également pour les gestionnaires des petites résidences. Ces efforts sont surtout déployés pour effectuer des travaux ménagers et d'entretien ainsi que pour manipuler ou déplacer les personnes âgées. L'accomplissement de tâches ménagères ne semble pas une dimension particulièrement appréciée du travail des intervenants même si peu d'entre eux mentionnent se sentir à court de ressources sous cet aspect. C'est surtout en regard des limites de temps que ce sentiment se manifeste :

Je n'ai pas assez de temps [...] on ne m'accorde pas assez de temps par chambre.

Une personne mentionne également que l'on évoque le degré d'autonomie attendu des aînés pour limiter les travaux physiques et en reléguer une partie aux proches :

Je ne me sens pas à court de ressources, mais je ne suis pas d'accord avec les directives qui m'obligent à ne faire que le ménage de la salle de bain, l'aspirateur et le lavage du plancher. Je trouve que la définition de l'autonomie prônée par la direction devrait être différente [...] on devrait fournir plus de services afin de favoriser l'autonomie plutôt que de considérer que c'est aux enfants des résidents à le faire.

Les soins personnels aux résidents semblent toutefois refléter une difficulté plus perceptible chez ce groupe, plusieurs ayant mentionné se sentir à court de ressources en raison de divers facteurs comme le manque d'équipement, de temps ou de formation adéquate. Certains commentaires illustrent assez bien la situation :

Au début, c'était difficile de prendre la tension mais j'ai appris. Des fois c'est difficile lorsqu'il s'agit des parties intimes [...] de double dose de médication [...]

Je trouve ça difficile d'apporter des soins d'hygiène particulier [...]

Le temps me manque pour donner des soins adéquatement [...] J'aimerais avoir plus de temps.

On n'est pas adapté en termes techniques. Le milieu (salle de bain) manque d'adaptation pour ceux qui vivent des difficultés physiques.

La décision des aînés d'intégrer une résidence est bien souvent liée à des situations qui affectent leur santé ou leur degré d'autonomie. Cette décision relève d'ailleurs d'éléments qui incitent à quitter le domicile plutôt que de facteurs attractifs à l'hébergement institutionnel (Merrill et Hunt, 1990). Les intervenants qui oeuvrent auprès d'aînés vivant en résidence les perçoivent comme ayant de grands besoins affectifs et sociaux. Par ailleurs, ils estiment majoritairement (70 %) que les aînés ne reçoivent pas une réponse adéquate à ceux-ci. De vouloir répondre aux besoins physiques et psychologiques des aînés constitue un des aspects positifs de leur travail qui n'est pas sans comporter une lourde charge émotive. On note également que les intervenants mentionnent dans une proportion de 89 %, que les résidents font appel à eux pour des difficultés et des besoins de nature psychosociale et que 69 % d'entre eux affirment se sentir démunis et impuissants en de telles situations.

Certains propos rendent compte de l'investissement émotionnel nécessité de la part des intervenants :

Elles ont surtout de l'inquiétude face à la maladie et à la perte d'autonomie éventuelle. Je les écoute et je les supporte.

[...] je les console, je les réconforte, je leur apporte mon soutien.

J'ai de la difficulté avec la tristesse [...] j'ai le goût de pleurer [...]

Je les sécurise [...] j'ai un sentiment d'impuissance, je me sens vulnérable.

Lorsqu'une personne se confie à moi et que je ne peux rien faire. Je sais que je ne peux régler son problème [...]

[...] quand une personne me dit qu'elle veut mourir et me demande de la tuer.

Face à la peine, à la détresse, j'ai le goût de pleurer. [...] parfois je ne peux répondre au besoin et ça me rend triste.

Les personnes qui ne pensent qu'à mourir me demandent beaucoup d'énergie [...]

L'intervention auprès d'aînés dont la santé est déficiente semble également une composante du stress vécu par les intervenants et avec laquelle ils doivent composer. Les ressources émotionnelles de ceux-ci peuvent être fortement sollicitées en présence de circonstances particulières auxquelles ils ne s'attendent pas ou de situations pour lesquelles ils n'ont pas la préparation requise. Le constat de décès de résidents comporte également un degré de difficulté émotionnellement élevé. En font foi les propos suivants rapportés par les intervenants :

C'était stressant d'avoir deux malades en même temps sur l'heure du dîner.

[...] une personne a fait une crise d'angine, j'étais seule et je ne pouvais pas téléphoner ni laisser la personne seule.

Je devais laver un monsieur avec un sac d'intestin plein [...] passer les médicaments [...] j'étais stressée mais je ne devais pas le montrer.

C'était difficile [...] le décès d'une personne âgée [...] je suis arrivée la première sur les lieux.

J'avais peur de faire prendre le bain à une personne qui avait fait une crise de coeur auparavant. J'avais peur qu'elle en fasse une autre [...] Aussi de retourner dans les appartements après les décès c'est difficile.

Quand je suis arrivée dans la chambre [...] elle faisait une crise de coeur.

4.4.2 Les difficultés interactionnelles

La dimension interactionnelle du travail en résidence constitue un facteur prioritaire de satisfaction au travail pour les intervenants. Les principaux aspects positifs qui émergent des rapports avec les résidents semblent liés à l'aspect thérapeutique de ceux-ci : on estime en effet que l'engagement personnel dans des échanges réguliers ou l'établissement de relations intimes et amicales favorisent le bien-être des résidents et contribuent à augmenter leur qualité de vie. De plus, les relations et rapports avec les aînés correspondent, pour les intervenants, à une occasion de développer leur potentiel humain, et c'est par là que se manifeste la reconnaissance des aînés envers les intervenants.

Cependant, des relations ou rapports inadéquats ou insatisfaisants semblent générateurs de difficultés. Celles-ci semblent découler majoritairement de malaises ou de frustrations des aînés liés à l'état de santé physique ou psychologique et à certains aspects de la vie en résidence (insatisfaction face aux services, à la cuisine, aux relations avec les autres locataires, etc.) ou encore de relations familiales insatisfaisantes. Ces malaises et frustrations se traduisent par des attitudes ou des réactions pessimistes ainsi que par des comportements inappropriés ou agressifs envers les personnes les plus susceptibles d'y être exposées : les intervenants. Les commentaires suivants expriment les doléances des intervenants face à certaines difficultés interrelationnelles éprouvées :

Lorsqu'ils sont malades, lorsqu'ils ont mauvais caractère, lorsqu'il faut leur dire de ne pas toucher à telle ou telle chose comme à des enfants, lorsqu'ils nous boudent ou nous disent qu'ils se font voler [...]

J'ai de la difficulté avec les personnes pas faciles qui se défoulent sur toi [...] de la difficulté avec les réactions agressives.

Ils disent toujours que c'est plate. Je dois les motiver constamment.

Lorsqu'ils se plaignent de leurs maladies et de leurs problèmes [...]

Lorsque les résidents font des « bourrées » [...] qu'ils chialent tous en même temps sur la même chose. Lorsque les résidents sont tristes je me protège un peu plus.

C'est plate quand elles me disent qu'elles sont abandonnées par leurs enfants.

La rupture des relations due aux décès ou aux départs vers d'autres ressources d'hébergement affecte également les intervenants :

C'est dur de les voir dépérir années après années ou de les voir mourir.

De vivre les deuils [...] d'être confrontée aux départs [...] à la mort.

On remarque par ailleurs qu'une forte majorité d'intervenants (31/37) mentionnent des aspects négatifs dans leurs relations avec les résidents et que plus de la moitié d'entre eux (57 %) ont le sentiment d'être démunis sous cet aspect.

4.4.3 Les conditions de travail et la rémunération

Plus du tiers (28/37) des intervenants rencontrés travaillent à plein temps alors que les autres effectuent en moyenne 24 heures de travail par semaine et occupent parallèlement un autre emploi. Peu d'entre eux pensent actuellement à

quitter leur emploi. Les conditions de travail et la rémunération ne sont pas apparues comme des éléments satisfaisants de leur travail. Par ailleurs, des relations conflictuelles entre employés ou avec la direction, le sentiment d'être exploités ou d'effectuer un travail peu reconnu ainsi qu'une rémunération inadéquate constituent, entre autres, des aspects difficiles du travail en résidences. Les propos suivants font ressortir les sentiments des intervenants rencontrés :

[...] ceux qui font mal leur travail, qui comptent sur les autres et ne font que le minimum.

C'est quand il faut donner de l'aide aux personnes âgées en cachette de la directrice [...]

Le manque de temps pour tout faire [...] la surcharge de travail.

Les conflits avec le personnel [...] quand les responsables me font des menaces.

Lorsque je dois faire les tâches qui ne reviennent pas à moi [...]

Les conditions de travail [...] se sentir exploitée [...]

Le salaire, on est sous-payées [...]

Le salaire [...] la reconnaissance de notre formation.

4.5 LES PRÉALABLES NÉCESSAIRES POUR TRAVAILLER AUPRÈS DES AÎNÉS

Certains aspects du travail en résidence nécessitent d'être mis en perspectives lorsque nous abordons la question des préalables nécessaires et souhaitables pour intervenir auprès des aînés. Ces considérations font autant

référence aux individus qui demeurent en résidence qu'aux personnes qui gravitent quotidiennement autour d'eux.

Dans un premier temps, les personnes qui intègrent une résidence sont avant tout des individus qui conservent toute leur unicité. Celle-ci relève tant du milieu ou de l'environnement géophysique dont elles proviennent, que de leurs caractéristiques socio-économiques, personnelles, familiales et professionnelles. Les diverses ressources dont elles disposent, aux plans de leur santé physique et psychologique, de leur revenu et des réseaux de support qui leur sont accessibles, contribuent également à les distinguer. Ces éléments entrent en considération dans la diversité des besoins que requièrent les aînés et ont une influence sur leur perception et le bien-être qu'ils ressentent lors de l'intégration en résidence et l'adaptation subséquente (Cutillo-Schmitter, 1996; Gorey et Brice, 1992).

En second lieu, les milieux qui les accueillent se démarquent au plan de leur hétérogénéité. La dimension et l'environnement physique des résidences, la diversité des services et soins disponibles, le coût lié à l'hébergement, la structure organisationnelle ainsi que la philosophie et les objectifs poursuivis par les propriétaires agissent sur l'ambiance générale des résidences. Ils déterminent également la quantité et les diverses catégories de personnel qu'on y retrouve. D'autres facteurs interviennent de plus sur la qualité de vie en résidence. Ce sont les attributs du personnel en relation avec les diverses tâches et responsabilités qui leur sont attribuées. Ces attributs réfèrent aux habiletés, attitudes et qualités personnelles requises pour accomplir adéquatement leur travail. Les connais-

sances et la formation des gestionnaires et des intervenants jouent également un rôle prépondérant dans les services et soins assurés aux résidents.

4.5.1 Les habiletés, attitudes et qualités personnelles requises

Les habiletés du personnel représentent une dimension importante dans la capacité à répondre aux besoins physiques et psychosociaux des résidents. Les attitudes et qualités personnelles des gestionnaires et des intervenants constituent aussi des variables complémentaires et essentielles à ces habiletés. Elles sont de plus fortement appréciées par les aînés et elles risquent d'influer fortement sur les relations entretenues avec les résidents, la perception de leurs besoins et la manière d'y répondre. (CCNTA, 1992; Goodwin et Trocchio, 1987; Tellis-Nayak et Tellis-Nayak, 1989; Waxman et *al.*, 1989). À l'instar de la population générale, les individus qui travaillent auprès des aînés sont enclins à leur attribuer les stéréotypes associés aux personnes vieillissantes et ceux-ci risquent de se transformer en des attitudes et comportements négatifs envers elles (Campbell, 1971; Conseil des aînés, 1997; Leclerc, 1998).

L'intérêt et l'amour pour les personnes âgées semblent des préalables incontournables pour travailler avec les aînés (Charest, 1997; Pietraszkiwicz, 1996). Bien que l'on note que ce ne sont pas tous les intervenants qui manifestent un intérêt inné à travailler auprès d'une clientèle âgée (Knowles et Sarver, 1985; Pietraszkiwicz, 1996; Burgio et Burgio, 1990; Benson, 1982), plusieurs auteurs précisent que les attitudes et stéréotypes proviennent bien souvent d'un

manque de connaissance du vieillissement, de la façon personnelle de le concevoir, des pressions sociétales qui le dévalorisent, du peu d'expériences positives avec les aînés ou encore de notre propre peur du vieillissement (Carette, 1998; Chaisson, 1980; Conseil des aînés, 1997; Leclerc, 1998; Lesemann et Namiash, 1993).

Certains auteurs ont également mis en évidence les effets positifs d'une formation appropriée sur les attitudes des intervenants. Une formation adéquate, à la fois globale et spécifique, de par son adaptation aux milieux d'intervention, peut contribuer à accroître l'efficacité des services et des soins donnés. Elle favorise également l'élimination des attitudes et comportements négatifs et contribue à accroître tant l'aisance et le bien-être à l'emploi, que la qualité des services et soins. Les attitudes jouent de plus un rôle important dans l'acquisition de connaissances (Goodwin et Trocchio, 1987; Smith et *al.*, 1982; Tremblay et Coutu-Waculczyk, 1996).

4.5.2 Le point de vue des gestionnaires et des intervenants

La plupart des gestionnaires et intervenants estiment qu'ils doivent posséder des habiletés particulières pour travailler auprès d'aînés. Pour les premiers, il s'agit surtout d'habiletés de gestion administrative, d'habiletés relationnelles et humaines. Les intervenants estiment quant à eux qu'ils doivent surtout maîtriser certaines techniques et posséder des connaissances leur facilitant la gestion de la santé physique et psychologique des aînés. La capacité d'aider les aînés aux

prises avec des difficultés psychosociales ressort également des résultats obtenus. Au plan des attitudes, autant les gestionnaires que les intervenants font référence à l'amour qu'ils doivent éprouver pour les personnes âgées avant de s'engager professionnellement dans le domaine de l'hébergement pour aînés. L'amour pour les aînés revient également sous forme de qualité personnelle identifiée par les deux groupes de répondants, la patience apparaît toutefois comme la plus importante.

Certaines perceptions des répondants quant aux habiletés, attitudes et qualités nécessaires pour mener à bien leurs tâches et responsabilités ressortent de quelques commentaires rapportés ci-dessous :

Il faut avoir beaucoup de patience, le sens de l'humour, être à l'écoute et compréhensive, il faut être alerte.

Ça prend un cours de premiers soins [...] savoir régler les conflits avec eux et entre eux. Ça prend aussi du sang-froid.

Il faut connaître le milieu des affaires car s'en est une [...] la gestion, la comptabilité. Il faut régler les choses aussitôt qu'il y a un problème. Être capable de discuter et régler les problèmes avec les employés. Ça prend aussi de l'expérience dans le milieu pour développer ce qu'il faut. Il faut être capable de s'endurcir car il y a beaucoup de besoins psychologiques. Il faut savoir aller chercher de l'aide au CLSC. On doit comprendre les humeurs [...] avoir une bonne approche (une gestionnaire de résidence moyenne).

Il faut être capable de communiquer avec les personnes âgées. Être capable d'établir un lien de confiance et un lien égalitaire. Il faut aussi savoir établir ses propres limites.

Il faut traiter les personnes âgées en adultes. Ne pas juger les locataires sur leur allure. Il faut être capable de réagir vite, avoir un bon jugement, de la compréhension et savoir accepter les personnes âgées qui ne sont pas des gens faciles. Il ne faut pas les idéaliser [...] il faut voir leur intérieur et pas seulement juger à partir de leur apparence extérieure. Ça prend l'instinct de protection. Il

faut savoir travailler en équipe avec le personnel. Ça prend de la disponibilité pour être avec le résident, ne pas laisser faire les choses ou les situations problématiques qui touchent les résidents ou bien des situations difficiles qu'ils vivent. Il faut savoir prendre la critique et vivre avec (une gestionnaire de grande résidence).

Il faut avoir le goût de créer un environnement agréables pour les aînés. Il faut aimer avec un certain détachement. Connaître nos limites. Bien gérer son temps. Il faut avoir beaucoup de cordes à son arc. Ça prend de la compréhension, un coeur de femme, mais la raison aussi [...] Il faut beaucoup d'habiletés manuelles car on ne peut payer pour tout. Ça prend un bon jugement, de l'expérience de la vie, des habiletés en communication et en gestion de personnel. Il faut aussi être capable d'animer et d'organiser des activités (une gestionnaire de petite résidence).

Ça prend une formation en gérontologie, de la disponibilité et une bonne expérience de la vie. Il faut aussi avoir un bon jugement et connaître ce que représente la personne âgée dans la société dans laquelle on vit présentement .

Il faut des connaissances des ressources du milieu dont les résidents peuvent bénéficier. Une formation adéquate selon ce que tu fais et une formation de base en relation d'aide, en soins d'hygiène et en santé. Il faut avoir la capacité d'entrer en relation avec les personnes âgées, y compris les toucher. On doit être capable d'exprimer ses besoins, ses frustrations et savoir régler les choses tout de suite.

La plupart des gestionnaires et intervenants estiment posséder les attributs nécessaires pour favoriser la qualité de vie des personnes âgées qui vivent en résidence. Des commentaires émis nous laissent toutefois supposer que certains adhèrent aux stéréotypes existant envers les aînés ou manifestent des attitudes négatives envers ceux-ci ou face au vieillissement. Ces dispositions négatives ne semblent pas intentionnelles, mais semblent plutôt attribuables à un manque de formation en regard d'une compréhension adéquate du vieillissement en général.

Ça prend de la patience [...] il faut savoir négocier. Il y en a qui sont très lucides et exigeants [...] Ça prend de la bonne humeur pour ne pas briser leur journée.

Ce sont des enfants gâtés [...] qui demandent beaucoup. Ils en veulent pour leur argent.

C'est comme des enfants [...] il faut apprendre à les comprendre.

Il y en a beaucoup qui sont gâtées [...] parce qu'on leur a donné beaucoup. Si on leur enlève leur acquis, elles vont être de mauvaise humeur.

Il faut qu'elles se sentent bien, que leurs intestins fonctionnent. C'est leur pire problème [...] elles ont besoin d'un rappel des directives.

À la suite de maladies ou à cause de mauvaises habitudes, il arrive qu'elles refusent d'obtempérer aux intervenants.

4.5.3 La formation du personnel

Les constats relatifs à la formation des gestionnaires et des intervenants, émergeant de la documentation consultée, sont surtout exprimés en termes de lacunes (Brower, 1985; Dubé et Delisle, 1988; CFAQG, 1988; Gorey et Brice, 1992; Greene et *al.*, 1992; Heumann, 1988; Shennan, 1992). Ces déficits s'expriment plus particulièrement par l'absence ou le peu de formation gérontologique détenue, par le manque de concertation entre les résidences et les organismes, entre les institutions et les établissements d'enseignement ainsi que par l'inadéquation des programmes et des formations offerts en regard des besoins actuels (AQG, 1997; Bélisle-Bélanger, 1998; CCNTA, 1991; CFAQC, 1988; Greene et *al.*, 1992; Guénette, 1993; Mercer et *al.*, 1993). De plus, l'absence de soutien

financier et organisationnel correspond aussi à un facteur de démotivation à l'acquisition de formation dans le secteur privé (Chartock et *al.*, 1988).

Les résultats obtenus auprès des gestionnaires et des intervenants de la région rejoignent assez bien certaines de ces tendances observées dans les grands centres. En effet, ceux-ci démontrent que relativement peu de gestionnaires et d'intervenants possèdent une formation gérontologique ou un cours de préposé aux bénéficiaires. Peu d'entre eux ont également acquis une expérience pratique préalable à leurs fonctions actuelles. On remarque également une forte diversité dans la formation reçue à l'externe associée par les répondants à leurs fonctions actuelles. Cette diversité se dénote aux plans des types de formation reçue, de sa durée et des organismes qui l'assurent. Il y a également à s'interroger sur le degré d'efficacité de certaines activités de formation, en regard de leur pertinence à répondre aux besoins spécifiques des gestionnaires et des intervenants, lorsque nous considérons la complexité de leur travail auprès des aînés. Sous cet aspect, il importe de considérer que de pouvoir mettre à profit ses connaissances et expériences, et d'en constater les effets bénéfiques constituent une source importante de satisfaction au travail.

4.5.4 Besoins de formation spécifiques aux gestionnaires

Prévoir et encourager la formation des intervenants semblent des difficultés importantes pour la majorité des gestionnaires. On peut aussi se questionner quant à leur part de responsabilité sous cet aspect et sur les préalables ou les

compétences qu'ils détiennent pour former le personnel à intervenir auprès d'aînés. Les principales raisons qui limitent la tenue d'activités de formation pour les intervenants découlent d'un manque de temps des gestionnaires ou d'un surcroît de travail.

Les principaux besoins de formation concernant les gestionnaires ont été exprimés en termes d'acquisition de connaissances qui permettent de faciliter le recrutement et la sélection des intervenants dans un contexte où la dimension humaine revêt une importance capitale. Des outils favorisant de meilleures relations de travail pourraient également permettre d'accroître l'expertise des gestionnaires.

C'est dur de superviser le personnel, de lui montrer à respecter son ouvrage, à bien faire leur travail et à entretenir de bonnes relations avec les résidents. On ne fait pas ce qu'on veut avec du personnel.

[...] c'est le problème de trouver du bon personnel pour les domaines où il y a beaucoup de roulement.

Des fois je laisse aller mon coeur et je ne prends pas assez les compétences en considération [...] quand il y en a qui ont des problèmes personnels il ne faut pas que ça influence leur travail et leur comportement avec les personnes âgées.

On ne peut supporter des conflits de personnel dans des endroits où les rapports humains ont une telle importance, ni la hiérarchie du secteur public. Dans les résidences où le syndicat s'installe c'est parce qu'il y a des lacunes dans l'esprit d'équipe.

La principale difficulté vient de l'ajustement des personnes à la tâche. L'employé n'est pas toujours à sa place ou bien il a de la difficulté à travailler en équipe. Il y a aussi les conflits, les tensions, la rivalité entre le personnel [...]

Je voudrais mieux comprendre la syndicalisation parce que c'est un autre monde pour moi.

Il ressort aussi que les gestionnaires désirent acquérir des habiletés qui leur permettraient de mieux évaluer ou sélectionner les résidents qu'ils accueillent en fonction de la complémentarité des ressources disponibles (physiques, humaines, etc.) avec les besoins spécifiques des résidents.

[...] de déterminer quel type de clientèle est pour nous. Les centres publics ont des critères, les travailleurs sociaux aussi [...] on pourrait travailler à quelque chose.

[...] je voudrais adapter mon entreprise à la demande actuelle.

J'aimerais savoir ce qui pourrait inciter les gens à venir s'installer ici, comment améliorer notre approche. Avec le virage ambulatoire le personnel devra être mieux formé. Il faudrait s'améliorer en raison de cas de plus en plus lourds.

Faire des choix sur la qualité de la clientèle lorsque l'hôpital appelle, il faut prendre en considération les problèmes mentionnés [...] le cas est-il trop lourd ?

Les techniques de prévention et de gestion de crise, les habiletés visant à favoriser une plus importante autonomie décisionnelle et à procéder au transfert ou au placement vers d'autres ressources semblent également des aspects à privilégier dans la formation des gestionnaires.

Lorsque j'ai à faire des choix devant une personne qui doit partir dû à des pertes d'autonomie, je me sens mauvais juge dans ces situations et je sais que les faire partir c'est signer leur arrêt de mort.

C'est très difficile et délicat de mettre quelqu'un à la porte.

4.5.5 Besoins de formation exprimés par les intervenants

Chez les intervenants, les difficultés éprouvées reflètent des besoins de formation sur l'accompagnement du mourant et la prévention ou la gestion d'abus, de violence et de négligence envers les aînés.

Quand quelqu'un est malade et qu'il lui reste peu de temps à vivre c'est difficile d'aborder la situation. Je ne sais pas comment m'y prendre avec ce genre de problème.

C'est pas facile d'être confrontée avec la mort qui nous ramène à notre propre finalité. La peine de vivre les deuils [...]

Je donne des conseils à certaines personnes lorsque leurs enfants leur font du chantage, pour de l'argent par exemple, lorsqu'elles subissent de la violence psychologique. Des fois je veut les référer au CLSC, mais elles ont peur et ne veulent pas y aller.

C'est pas toujours facile [...] on ne s'implique pas au plan de leurs problèmes comme l'abus [...]

Lorsqu'on remarque des cas d'abus financiers ou de violence psychologique c'est pas facile d'intervenir mais il faut le faire.

J'ai déjà appris certaines techniques antérieurement mais c'est loin en mémoire maintenant. et ça provoque un sentiment d'insécurité.

D'autres besoins particuliers à ce groupe ont aussi directement été évoqués en ce qui a trait aux soins physiques aux aînés, qu'ils soient donnés dans un contexte régulier ou quotidien, ou encore qu'ils soient suscités par une situation d'urgence.

Si je connaissais mieux les soins infirmiers ça m'aiderait, ça me sécuriserait. Comme par exemple quand la tension est haute, qu'est-ce que je fais ? Les cas sont de plus en plus lourds.

Savoir comment donner une injection d'insuline.

Tout le monde devrait avoir une formation en soins d'urgence.

Ce serait utile de connaître les maladies chez les personnes âgées.

Comment donner des soins plus spécifiques comme l'aide pour le bain.

Quand j'ai eu à administrer un traitement à une personne faisant une crise d'angine avant de l'envoyer à l'hôpital ça m'a beaucoup stressé.

Quand la personne revient d'une opération la surveillance c'est parfois ardu.

J'aimerais avoir de la formation plus spécifiquement sur les soins que requièrent les personnes âgées, une connaissance sur la médication, des petits trucs en cas d'urgence, pour le bain, de la formation sur le vieillissement.

Les personnes âgées ont souvent besoin de soins de pieds. Ce serait utile de savoir comment les donner.

4.5.6 Besoins de formation communs aux gestionnaires et intervenants

D'autres besoins de formation communs aux gestionnaires et aux intervenants ressortent également à travers les difficultés perçues dans l'exercice de leurs fonctions respectives comme l'acquisition de techniques et d'habiletés permettant de comprendre et de gérer les comportements difficiles et d'évaluer les besoins des résidents.

[...] elle faisait des crises, on ne savait plus quoi faire, on ne peut se permettre d'en avoir tous les jours, car ça inquiète les autres résidents.

C'est dur quand ils sont agressifs et qu'on ne comprend pas pourquoi.

Elle s'imagine que sa voisine va dans sa chambre la nuit, je sais que c'est impossible, car elle ne peut se lever seule en raison de sa maladie. J'essaie de lui expliquer mais elle fait des crises [...] j'ai beaucoup de misère à diminuer son anxiété [...] ça se produit fréquemment.

Les cas d'Alzheimer sont très difficiles à gérer.

Comment faire pour savoir si ça va, pour répondre à tant de besoins diversifiés ?

Ça prend plus de connaissances pour répondre à leurs besoins.

La clientèle s'en vient de plus en plus lourde [...] il faudrait que la résidence nous organise des formations.

Ici, il n'y a pas d'infirmière. Les cas d'Alzheimer c'est très exigeant et il faut appeler la famille car le personnel ne peut s'en occuper tout seul.

Le fait que peu de résidences disposent d'intervenants spécifiquement affectés à l'organisation et à l'animation d'activités sociales et récréatives, et que cet aspect ait été identifié comme une préoccupation importante chez les répondants, sous-tend aussi un besoin de formation à cet égard.

Il y a des manquements du côté des loisirs [...] pour les intéresser à quelque chose. Ça prendrait des loisirs adaptés. De l'exercice à leur rythme. Des activités de groupes [...] de l'animation adaptée à leur condition, à leur concentration.

Les fêtes sont rares. L'administration ne veut pas déboursier pour mettre de la vie dans les fêtes.

Ça prendrait de l'animation à plein temps.

Dans l'entreprise privée c'est plus difficile en raison des frais reliés à ça. On met les sous ailleurs avant de penser aux activités. Plusieurs résidents ont peu de moyens. C'est dur de faire participer la majeure partie, de les contenter, d'atténuer l'esprit de clocher [...] les conflits entre groupes de résidents [...] c'est rural ici.

De même, la nécessité d'acquérir des connaissances permettant une compréhension et une gestion plus efficaces de la maladie et de la perte d'autonomie des aînés ressort des difficultés éprouvées. Sont aussi exprimés communément et plus directement des besoins de formation en relation d'aide et en gériatrie.

Ne pas être au courant de la situation médicale et psychologique de la personne c'est frustrant. C'est nous qui sommes en relation directe avec elles. On a besoin d'un suivi.

Comment parler avec des personnes âgées ? Comment réagir devant leur solitude ?

Dans le cas d'une personne atteinte de cancer [...] je me sentais démunie et je ne savais pas quoi dire.

Comment faire pour soulager une grande souffrance ?

Les gens qui travaillent pourraient recevoir de la formation en psychologie.

Ce qui serait bon, ce serait que les gens qui travaillent dans le domaine aient au moins un cours de base en gériatrie.

J'aimerais des cours en soins infirmiers, des cours reliés à la psychologie des personnes âgées, à leurs pathologies, des cours en gériatrie.

Il faut savoir évaluer les cas [...] des connaissances en gériatrie, en psychologie.

Les préposés devraient être plus informés, avoir une meilleure compréhension des personnes âgées, de leurs pathologies, de la formation sur le vieillissement en général et sur la relation d'aide.

Ils travaillent trop la psychologie [...] trop font de la relation d'aide sans rien y connaître [...] 90 % des préposés n'ont pas de compétences...

4.5.7 Les motivations à acquérir de la formation

Un incitatif commun à acquérir de la formation chez les gestionnaires et les intervenants s'avère l'amélioration concrète de leur performance au travail. Les intervenants mentionnent également qu'un soutien financier constituerait un incitatif majeur dans le cadre de leurs démarches d'acquisition de connaissances supplémentaires. La perspective d'améliorer leurs conditions de travail, d'obtenir une meilleure rémunération et de progresser au plan professionnel sont d'autres motivations qui entrent en considération. D'autres facteurs tels la possibilité d'un dégageant pour participer à des activités formatrices et que celles-ci soient offertes en milieu de travail sont aussi évoqués par les intervenants.

4.5.8 Les obstacles à l'acquisition de connaissances

Les gestionnaires et les intervenants identifient comme principaux obstacles ou contraintes à obtenir une éventuelle formation : le manque de temps et les moyens financiers limités. Le manque d'information sur les programmes de formation disponibles, ainsi que la difficulté d'identifier leurs principaux besoins en matière d'acquisition de connaissances, constituent également des contraintes importantes pour les répondants.

4.6 LES ATTENTES DES AÎNÉS VIVANT EN RÉSIDENCE PRIVÉE

La documentation consultée nous amène à constater que le fait de déménager en résidence représente pour la plupart des aînés une transition majeure dans leur vie, laquelle peut s'accompagner de sentiments de pertes, de deuil, et de dépersonnalisation (CCNTA, 1992; Stein et *al.*, 1985; Steinfield, 1982). Les aînés qui se résignent à quitter leur domicile ou qui optent pour l'intégration d'un milieu communautaire et protégé n'abdiquent pas pour autant en ce qui a trait au maintien ou à l'amélioration de leur qualité de vie (Harper Patterson, 1988; SCHL, 1994). Ceux-ci désirent retrouver dans leur nouveau milieu des services et des soins qui contribuent à préserver leur santé et leur autonomie physique ou psychologique. Les personnes âgées veulent également continuer d'exercer leur pouvoir décisionnel et contrôler certains aspects de leur vie quotidienne (Caouette, 1995; Maltais, 1997; Merrill et Hunt, 1990). Elles souhaitent aussi continuer leur cheminement dans un environnement où la rigidité institutionnelle ne prime pas sur une atmosphère chaleureuse et où la sécurité n'est pas assurée au détriment de leur liberté de choix et d'action (Mamoll et Maxwell, 1993).

La qualité des relations que les aînés vivant en résidence privée entretiennent avec les gestionnaires et les intervenants joue un rôle primordial au plan de leur bien-être physique et psychologique (Burgio et Burgio, 1990; Brubaker, 1996; Fisk, 1994; Waxman et *al.*, 1984). Les aînés apprécient côtoyer des personnes qui se démarquent par leurs qualités humaines et ils veulent être

traités comme les adultes qu'ils sont (Tellis-Nayak et Tellis-Nayak, 1989; Goodwin et Trocchio, 1987).

Il s'avère toutefois que la satisfaction éprouvée par les aînés face à certains aspects de leur vie en résidence s'avère difficile à évaluer. Ceux-ci peuvent avoir tendance à répondre d'une manière favorable aux questions dans la crainte d'éventuelles répercussions négatives de la part du personnel à la suite de critiques négatives qu'ils auraient pu émettre. Certains autres peuvent également souffrir d'une détérioration cognitive variable qui leur rend difficile l'évaluation de certains aspects des soins et des services qu'ils reçoivent ou encore, les aînés peuvent également être habitués à de faibles attentes et à exprimer peu d'exigences (Côté, 1996; Zinn et *al.*, 1993). Les personnes âgées peuvent également éprouver des réticences à dévoiler leur état de santé réel par crainte d'être renvoyées (Mitteness et *al.*, 1995). Ces aspects du vécu des aînés entrent en considération à la lumière des résultats décrits dans les sections suivantes.

4.6.1 Les sentiments relatifs à l'intégration en résidence

Pour plusieurs personnes âgées (18) des résidences saguenayennes, les semaines ou les mois qui ont suivi leur arrivée dans leur nouveau milieu de vie sont associés à une période particulièrement difficile ou à un véritable choc.

Je me sentais complètement désorienté, gêné. Je ne connaissais personne et je me sentais mal à l'aise [...] je ne m'étais pas imaginé que je finirais mes jours dans une résidence.

Je me sentais étrangère, pas chez moi.

J'ai trouvé ça difficile [...] une grosse adaptation. Il faut apprendre à vivre en communauté, à s'adapter aux autres. Il y a toutes sortes de caractères.

J'étais malheureuse. J'ai presque fait une dépression. [...] mon logement était petit, froid, il n'y avait pas de soleil.

On n'a pas eu un bon accueil de la part des autres résidents. On se sentait mal. Il y avait des chicanes [...]

Au début j'ai pleuré beaucoup et ma petite-fille aussi.

J'étais déçue. C'était difficile de laisser mes affaires, mon logement.

J'étais très faible. On m'apportait mes repas dans ma chambre. Lorsque j'ai commencé à descendre, je trouvais ça très ennuyant parce qu'il y a beaucoup de personnes qui ont l'Alzheimer et qui ne te répondent pas quand tu leur parles.

C'était dur de m'adapter à partager la salle de bain. C'était une perte d'intimité. Aussi je me suis sentie moins autonome car je devais faire faire mon lavage par les enfants.

Au moment de l'enquête, un seul résident mentionne toujours éprouver les mêmes sentiments négatifs qu'à son arrivée. Toutefois, plusieurs aînés disant s'être adaptés tiennent des propos qui s'apparentent à de la résignation ou de l'abnégation.

Je me sens plus chez moi maintenant, à 70 %. Je me suis fait une raison.

Ça fait pas longtemps que je suis habituée. Je n'ai pas le choix. C'est pas nous autres qui mettons les règles [...]

Je me suis habituée malgré les difficultés dans les relations. Je n'étais pas habituée à demander et j'ai toujours peur de déranger.

Maintenant c'est moins pire un peu. Une chance qu'on a l'infirmière. C'est une mère pour nous autres. On reste bête au début, mais quand c'est fait, c'est fait. Quand j'y pense c'est dur.

Je suis habitué maintenant, mais je ne me sens pas à ma place. Je me sens encore capable physiquement, encore en forme, mais je vois trop de gens mourir.

Dans l'ensemble ça va, mais je m'ennuie. Il y a trop de malades, de perdus ici. Et il y a la routine.

Maintenant ça va. Je sens que je ne dérange pas même si j'ai encore peur de déranger [...]

Moi je n'ai pas de regrets du tout [...] quand je tourne la page, c'est fini. Je ne pense plus à ma maison, à rien.

Le sentiment de sécurité, l'ambiance familiale et le dégageement des responsabilités liées à l'entretien du domicile sont par ailleurs des facteurs qui semblent contribuer à une adaptation plus harmonieuse.

Au bout de deux jours j'avais l'impression d'être en famille. Je me sentais bien. Les repas étaient agréables, on faisait des blagues. C'était l'atmosphère d'une famille.

Je me suis bien sentie en sécurité. On a des sonnettes ici et rien à s'occuper. On est comme à l'hôtel.

Avant j'avais des réparations à faire. Maintenant je n'ai plus à y penser. Tout est fait ici.

C'était un gros changement mais pas trop difficile parce que je me sentais plus en sécurité.

Je me sentais libérée, en sécurité.

Je me sentais bien parce qu'ils (les propriétaires) prenaient soin de moi. J'étais malade, je prenais des médicaments et je dormais beaucoup.

4.6.2 Les caractéristiques recherchées par les aînés chez le personnel des résidences

La qualité de vie en résidence est attribuable en grande partie à la présence de gestionnaires et d'intervenants dévoués et chaleureux. Les personnes âgées apprécient les interactions qui se déroulent sous le signe de la confiance et du respect. Elles estiment également qu'un personnel possédant une formation ou des connaissances adéquates sur le vieillissement, qui comprend ce qu'elles vivent et qui dispose de temps à leur accorder sont des facteurs qui contribueraient à améliorer les services qu'elles reçoivent.

Selon les aînés, les principales qualités personnelles que doivent posséder les gestionnaires et les intervenants sont l'amour pour les personnes vieillissantes, la gentillesse et la bonne humeur. Celles qu'ils constatent le plus auprès du personnel côtoyé quotidiennement sont la disponibilité, la gentillesse, la bonté et l'écoute attentive.

Ce sont les grandes qualités de coeur, l'écoute.

Il faut aimer les personnes âgées pour comprendre leurs besoins. Il faut être patient [...]

La disponibilité, le personnel nous donne l'impression de ne pas déranger [...]

La bonté [...] quand ils savent ce qu'ils font.

Ils sont gentils avec nous. Ils prennent le temps de jaser, car on est seuls des fois.

Ils viennent me saluer le matin. Ils s'informent de ma santé et de mes besoins. Ce sont des grosses qualités ça.

Il faut qu'ils aiment les vieux. Ceux qui ne les aiment pas ne restent pas longtemps.

J'aime le sourire, la bonne humeur, me faire parler avec franchise [...] pas me faire parler comme si j'étais un enfant.

Selon plusieurs personnes âgées, les gestionnaires et les intervenants doivent aussi prendre en considération la gêne qu'elles peuvent ressentir lorsqu'elles nécessitent de l'aide et du soutien en raison de leurs pertes d'autonomie. De même le personnel doit être sensible au fait que les locataires éprouvent une certaine crainte de les déranger lorsqu'ils leur adressent des demandes en ce sens.

C'est gênant de recevoir des soins. Il est important que les résidents se sentent à l'aise.

Ils faut qu'ils essaient de deviner ce que la personne vit [...] ce qu'elle veut dire car elle est souvent gênée.

Il faut qu'ils nous montrent qu'on ne dérange pas.

Les lacunes ou aspects déficitaires aux plans des services et des soins ainsi que des interactions semblent davantage associés par les aînés à un surcroît de travail ou à un manque de formation, qu'à des comportements ou attitudes inappropriés des gestionnaires et des intervenants à leur endroit.

Les gardes n'ont pas le temps de faire mon lit après m'avoir lavée. Elles sont toujours à la course. Ça me gêne de le demander.

S'il y avait plus de personnel. Ils sont trop occupés et ils manquent de temps pour s'occuper de nous. Ce n'est pas leur faute [...]

Elles font très bien leur travail mais elles n'ont pas la formation pour ça.

Il y en a qui font mieux les services, qui donnent mieux les soins que d'autres, selon leur formation.

Leur trop grande rapidité. Certaines manquent de connaissance et d'expérience.

Quand ils ont trop de travail [...] ils ne peuvent pas prendre le temps de s'arrêter à nous écouter.

Des fois je trouve qu'elles font pitié, elles travaillent tellement, elles en font beaucoup [...]

Même si les résidents perçoivent que les gestionnaires et les intervenants ont généralement tendance à adopter des attitudes et des comportements adéquats envers eux, certains rapportent avoir vécu des situations pénibles et indésirables ou avoir été victimes de traitements inappropriés de la part de certains membres du personnel.

Il y en a une qui voulait me bourrasser. Je l'ai remise à sa place. Elle me parlait durement. Je lui ai dit de faire attention sinon il y en aurait une d'entre nous deux qui partirait de la résidence. Après j'ai été tranquille.

Il y en a qui sont bêtes [...]

Il y en a qui manquent de discrétion. Parfois on entend des choses négatives sur les résidents et c'est dit par des personnes qui travaillent ici.

À la table on me bouscule pour que je mange plus vite. En raison de ma santé je dois manger lentement. Je me sens brusquée [...]

Il faudrait qu'ils pensent qu'il y a des diabétiques quand ils préparent la nourriture.

Je suis plus autonome que les autres alors on s'occupe pas beaucoup de moi.

Notons que ces commentaires reflètent des préoccupations, des sources d'insatisfaction ou des craintes qui sont mentionnées par une minorité d'aînés. Ils sont toutefois révélateurs de situations inquiétantes, voire inacceptables.

CONCLUSION

Le recours croissant des personnes vieillissantes aux ressources d'hébergement privé est associé à plusieurs modifications structurelles de nos sociétés et à des phénomènes conjoncturels qui animent la dynamique socioéconomique contemporaine. À l'utilisation de ce mode d'hébergement, relativement récent, correspond l'émergence de nouvelles catégories de travailleurs qui s'investissent, à divers degrés, auprès d'aînés que l'on désigne, à tort ou à raison, comme une « clientèle » qui ira en croissant considérablement au cours des décennies à venir.

Les phénomènes d'urbanisation et de modification de l'habitat ont contribué à la diminution des espaces disponibles dont disposent les familles pour héberger à leur domicile leurs parents âgés (Santerre, 1986). De même, le vieillissement accéléré de la population, les transformations des structures familiales, l'évolution des modes de vie – qui implique, entre autres, une plus importante mobilité des individus – et le changement du statut social des aînés ont influencé la manière dont s'effectue leur parcours en fin de vie. À la suite d'un investissement massif, le recul de l'État dans les initiatives de prise en charge des problèmes de logement des personnes en perte d'autonomie fait place à une part grandissante aux investisseurs privés dans ce nouveau secteur d'activité (Guberman et *al.*, 1991; Pitrou, 1997; Santerre, 1984; Ulysse et Lesemann, 1997).

Au-delà des effets manifestes qu'occasionnent ces changements majeurs, de nouveaux liens se tissent. Lesemann et Nahmiash (1993) évoquent, par exemple, « un réaménagement en profondeur des rapports entre les différents acteurs qui contribuent au “ bien-être ” de la population : services publics, ressources privées et soutiens informels. ». Les résultats de ces nouvelles associations et confrontations ont un impact indéniable sur le vécu des aînés de même que sur la pratique de l'ensemble des pourvoyeurs de soins et services.

Le questionnement central de notre recherche se rattache donc à d'autres interrogations qui nous interpellent profondément. En effet, si l'on s'enquiert des difficultés que rencontrent les gestionnaires et les intervenants qui travaillent avec les aînés dans les résidences privées ainsi que de leurs besoins de formation, d'autres considérations préalables sont indissociables.

On peut s'interroger, par exemple, sur l'intérêt collectif à se préoccuper des personnes vieillissantes et du personnel qui évoluent dans le secteur de l'hébergement privé. Existe-t-il une volonté manifeste des acteurs du milieu à s'impliquer afin de favoriser le bien-être des individus vieillissants et la qualité de vie au travail des personnes qui les aident et les soutiennent ? Ou bien, ces préoccupations sont-elles laissées sous le couvert du « laisser-faire » prédominant dans une dynamique de libre-marché ? Les entreprises que constituent les résidences privées s'inscrivent avant tout dans une logique où prédominent la concurrence, la compétitivité et la poursuite de la rentabilité financière. Comment peut-on alors s'assurer d'un équilibre entre les soins et les services donnés aux aînés et la prise en considération des intérêts de ceux qui les gèrent ou les

administrent ? Il s'agit également de s'interroger sur la possibilité de concilier les impératifs de profits et d'efficacité du secteur marchand avec des besoins physiques, psychologiques et sociaux accrus de personnes âgées dont plusieurs sont en perte d'autonomie. Dans un domaine où l'aspect humain prend une place prépondérante, comment s'assurer que celui-ci ne soit pas effacé au profit de considérations plus matérialistes ou essentiellement financières ?

La situation régionale de l'hébergement privé pour aînés suit les tendances et les orientations socio-économiques et politiques que l'on constate dans le contexte nord-américain dans son ensemble. Quoiqu'il en soit, s'intéresser à la situation qui prévaut dans l'ensemble des résidences privées d'une région donnée nous expose à observer un phénomène d'une importante complexité. En effet, ces maisons sont fortement diversifiées aux plans de leurs caractéristiques organisationnelles et du nombre ou des catégories d'emplois qu'elles génèrent. Leurs philosophies et leurs modes de gestion diffèrent également selon les objectifs poursuivis et les valeurs qui les soutiennent.

On peut supposer, par exemple, que l'aspiration des gestionnaires de petites résidences à une certaine rentabilité financière de leur entreprise ne s'inscrit pas dans le même contexte que l'examen des profits ou les retours d'investissements financiers d'un groupe d'actionnaires non impliqués au quotidien auprès des aînés. Dans une même ligne de pensée, les préoccupations et le degré d'engagement des gestionnaires, relatifs au fonctionnement de l'établissement dans son ensemble, risquent d'être influencés selon que l'on en soit propriétaire ou que l'on fasse partie du personnel rémunéré.

Malgré ces différences, certains éléments communs se dégagent des résultats obtenus auprès des gestionnaires et des intervenants du Saguenay : ceux-ci éprouvent de nombreuses difficultés à l'égard des tâches et responsabilités liées à la gestion des établissements et des activités orientées vers les services et soins donnés aux aînés. Ils font également ressortir des lacunes au plan de la formation actuelle et le constat d'une nécessité d'acquérir des connaissances supplémentaires afin d'améliorer leur performance globale au travail.

Les principales difficultés et contraintes rencontrées par les gestionnaires et les intervenants nous laissent entrevoir que ceux-ci sont fortement sollicités à répondre à une importante diversité de besoins exprimés par les aînés ou perçus chez ces derniers. Plusieurs commentaires mettent aussi en évidence une situation qui influence leur travail : la détérioration de la santé physique et psychologique de plusieurs résidents. Le personnel des résidences est également confronté à une forte demande relative aux difficultés personnelles que vivent les personnes âgées et à leurs besoins de support psychosocial. Nous observons de plus, qu'ils ont à s'impliquer auprès des familles qui sont parties prenantes du maintien et de l'amélioration de la qualité de vie des résidents. Les gestionnaires et les intervenants ont aussi à s'investir, dans le cadre des initiatives de la résidence, pour promouvoir et favoriser la participation des aînés à des activités sociales et récréatives. Ces aspects du travail en résidence exigent des habiletés et des techniques particulières pour un personnel généralement non spécialisé.

Nous notons également qu'en général, les gestionnaires et les intervenants sont motivés à travailler et à persévérer dans leur emploi par des sentiments altruistes et une bonne volonté manifeste. Il ressort aussi des résultats obtenus qu'une majorité des répondants doivent accomplir des tâches et assumer des responsabilités de plus en plus complexes, pour lesquelles ils ne détiennent pas la formation nécessaire, ni le soutien à l'acquérir.

Le travail en résidences privées exige aussi des gestionnaires et des intervenants qu'ils puissent jouer un rôle proactif dans le maintien ou l'amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie des aînés en détectant certaines situations ou certains risques pouvant compromettre leur intégrité physique ou psychologique. Des connaissances de base sur les pathologies physiques et cognitives spécifiques associées au vieillissement ainsi que sur les soins et la médication qui leur sont appropriés constituent des éléments essentiels d'une formation adéquate. Des connaissances sur l'alimentation, des techniques et une pratique actualisée d'intervention en situation d'urgence et l'acquisition d'habiletés spécifiques au support des convalescents semblent aussi exigées du personnel. La familiarisation avec les organismes ou les ressources externes des secteurs publics et communautaires, ainsi qu'avec leurs rôles spécifiques, semblent aussi des composantes incontournables d'une formation adaptée.

Devant une détérioration irréversible de l'état de santé des résidents, les gestionnaires et les intervenants ont souvent à accompagner certains d'entre eux pendant la période qui précède leur transfert vers l'hôpital ou, dans certains cas, jusqu'à leurs derniers moments de vie à la résidence. Certains incidents ou

maladies peuvent également survenir brusquement et conduire rapidement au décès. Cette étape ultime que l'on souhaite voir se dérouler dans un contexte de sérénité, de confiance et de respect exige également des compétences et des attitudes spécifiques chez le personnel. Celui-ci doit aussi être en mesure de prévenir, côtoyer, soulager ou consoler les membres de la famille qui sont présents ou, en leur absence, jouer un rôle primordial auprès du mourant.

Il apparaît également essentiel que les gestionnaires et les intervenants possèdent des compétences leur permettant de déceler les situations difficiles et d'intervenir lorsque les aînés sont effectivement, négligés, abusés ou victimes de harcèlement et de violence physique, psychologique ou financier, ou risquent de l'être. Peu d'attention semble également être portée en ce qui a trait aux mesures de soutien à l'intégration des personnes âgées en résidence. Cette étape apparaissant comme étant particulièrement difficile à surmonter pour nombre d'aînés, il semble impératif que ceux-ci puissent bénéficier du support de personnes possédant une connaissance spécifique du processus d'adaptation par lequel passent les résidents en situation d'intégration.

L'ensemble des tâches et des responsabilités ci-dessus mentionnées requiert aussi de la part des gestionnaires et des intervenants la maîtrise de certaines techniques et habiletés relationnelles en relation d'aide et en communication interpersonnelle. Une connaissance adéquate du processus du vieillissement, sous ses composantes sociale, psychologique, physique et biologique, cognitive et affective, joue également un rôle majeur dans l'élimination des attitudes négatives et des stéréotypes populaires à l'endroit des personnes

âgées. En plus de favoriser de interventions adaptées et efficaces auprès des aînés, l'acquisition de l'ensemble de ces compétences et de ces habiletés permet d'augmenter chez le personnel le sentiment de confiance en soi, et de diminuer le sentiment d'impuissance souvent constaté.

S'il s'avère évident que les gestionnaires et les intervenants jouent un rôle primordial auprès des aînés qui vivent en résidence privée, encore faut-il reconnaître que ceux-ci doivent pouvoir compter sur des mesures et du soutien leur permettant d'acquérir les préalables nécessaires à leur contribution au bien-être des locataires. Les résultats obtenus en région font peu état de prérogatives organisationnelles structurées dans cette optique. On remarque également que les incitatifs que peuvent constituer une rémunération adéquate et des conditions de travail avantageuses, sont peu présents, voire absents, en regard d'une telle démarche. Par ailleurs, peut-on réellement dissocier l'investissement personnel et financier nécessaire pour obtenir de la formation spécifique à son travail des perspectives de continuité et de stabilité que l'on s'attend de l'emploi pour lequel on se forme ?

Le maintien et l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées vivant en résidences privées passent inévitablement par la reconnaissance du rôle particulier joué par les gestionnaires et les intervenants dans la poursuite de cet objectif. Qu'il s'agisse d'initiatives de formation ou de perfectionnement donnés sur les lieux de travail ou à l'extérieur de ceux-ci, la collaboration, l'engagement et la concertation entre les résidences privées, les organismes des

secteurs publics (éducation, santé et services sociaux, etc..) et communautaires sont des éléments fondamentaux.

Un tel mouvement d'ensemble s'avère incontournable afin de convenir d'un profil des compétences requises pour le travail et l'intervention en résidences privées. Une démarche collective régionale ou un lieu d'échange permettrait aussi la mise à contribution des acteurs du milieu afin d'inventorier les différents mécanismes de soutien professionnel et financier actuellement disponibles et d'en rechercher de nouveaux, plus adaptés aux besoins exprimés. Cette initiative contribuerait également à atténuer la dynamique de compétitivité actuellement existante au sein des résidences tout en brisant l'isolement auquel plusieurs sont confrontées.

Dans un objectif de promotion et de gestion harmonieuse de développement local et régional, cette mise à contribution des ressources du milieu pour les soins de la communauté ne peut que mieux desservir celle-ci dans son ensemble. Et, c'est en intégrant davantage, au lieu de le marginaliser, ce secteur d'activité et la population qui en constituent les composantes majeures : les gestionnaires et les intervenants qui travaillent dans les résidences privées au Saguenay, puis les aînés qui y demeurent.

Peut-être pourrions-nous alors saisir que la vieillesse, au-delà des pertes qu'elle entraîne, porte ses charmes et ses joies comme le révèle ce mot écrit en exergue de ce texte : « J'ai bu à la coupe de la vie et je me suis aperçue que tout le sucre était resté au fond. »

BIBLIOGRAPHIE

- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE GÉRONTOLOGIE (AQQ) (1997), *La formation et le perfectionnement en gérontologie : état de la situation*, Rapport sur la situation de la formation en gérontologie, Montréal, Québec.
- BALTES, M.M., NEUMANN, E.M. et ZANK, S. (1994), Maintenance and Rehabilitation of Independence in Old Age : an Intervention Program for Staff, *Psychology and Aging*, 9 (2) : 179-188.
- BARIL, O. (1993), *Les attitudes des étudiantes infirmières envers les personnes âgées*, Collège de Sherbrooke, Service de la recherche et du développement, 135 pages.
- BEAULIEU, M. (1992), La formation en milieu de travail : l'expression d'un besoin des cadres en ce qui concerne les abus à l'endroit des personnes âgées en centre d'accueil, *Le Gérontophile*, 14 (3) : 3-7.
- BELISLE-BÉLANGER, L. (1998), La formation en gérontologie : une priorité pour l'AQQ, *Le Gérontophile*, 20 (2) : 3-4.
- BENSON, E. (1982), Attitudes toward the Elderly : a Survey of Recent Nursing Literature, *Journal of Gerontological Nursing*, 8 (5) : 279-281.
- BERGER, R. (1982) A Problem-solving Model for In-service Training, *Journal of Gerontological Social Work*, 4 (3-4) : 21-33.
- BERNARD, A., BUSSIÈRES, Y. et THOREZ, J.P. (1995) Vieillesse et incapacités au Québec, La Santé, *Cahiers québécois de démographie*, 26 (1) : 91-107.
- BRAVO, G., CHARPENTIER, M., DUBOIS, M.F., DEWALS, P. et ÉMOND, A. (1997), *La qualité des soins donnés aux personnes âgées en perte d'autonomie par les ressources d'hébergement avec et sans permis ministériel*, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, Sherbrooke.
- BRICE, G.C. et GOREY, K.M. (1991), Facilitating Federally Subsidized Housing Managerial Role Expansion : beyond « Brick and Mortar » to Lifespace Intervention with Vulnerable Older Tenants, *The Journal of Applied Gerontology*, 10 (4) : 486-498.
- BRISSETTE, L. (1992a), Le développement du secteur privé de l'hébergement pour personnes âgées au Québec : entre un processus concret et un « silence permissif », *Revue canadienne de politique sociale*, 29-30 : 158-167.

- BRISSETTE, L. (1992b), Le phénomène de l'hébergement privé pour personnes âgées : peut-on l'éviter ou devrait-on l'aménager ?, *Service social*, 41 (1) : 67-83.
- BROOKS, S. (1995) Back Track, *Contemporaray Long-term Care*, 18 (2) : 56-59.
- BROUGHTON, W. et GOLDEN, M.A. (1995), A Profile of Pennsylvania Nurse's Aides, *Geriatric Nursing*, 16 (3) : 117-120.
- BROWER, T.H. (1985) Do Nurses Stereotype the Aged ?, *Journal of Gerontological Nursing*, 11 (1) : 17-28.
- BROWN, D. (1990), A Interview-based Exploration of the Motivations and Occupational Aspirations of Chronic Care Workers, *Journal of Women and Aging*, 2 (3) : 93-111.
- BRUBAKER, B.H. (1996), Self-care in Nursing Home Residents, *Journal of Gerontological Nursing*, July 1996, pp. 22-30.
- BURDIC, D. et SANTOS, J.F. (1982), Training Housing Authority Personnel : Enhancing Social Services for Age Dwellers, *Journal of Applied Gerontology*, 1 : 53-57.
- BURGIO, L.D et BURGIO, K.L. (1990), Institutional Staff Training and Management : a Review of the Literature and a Model for Geriatric, Long-term Care Facilities, *International Journal of Aging and Human Development*, 30 (4) : 287-302.
- CAMPBELL, M.E. (1971), Study of the Attitudes of Nursing Personnel toward the Geriatric Patient, *Nursing Research*, 20 (2) : 147-151.
- CAOQUETTE, E. (1995), *La relation au chez-soi des personnes âgées en résidences spécialisées et leur perception de l'image des centres d'accueil*, École d'architecture, Faculté d'architecture et d'aménagement, Université Laval, 218 pages.
- CARETTE, J. (1998), Chronique des occasions manquées, *Le Gérontophile*, 20 (2) : 19-23.
- CHAISSON, C.M. (1980), Life Style : a Social Simulation Game to Improve Attitudes and Responses to the Elderly, *Journal of Gerontological Nursing*, 6 : 587-592.
- CHANG, B.L. (1978), Generalized Expectancy, Situational Perception, and Morale among Institutionalized Aged, *Nursing Research*, vol. 27, n° 5, pp. 316-323.

- CHANG, B.L. (1978), Locus of Control, Trust, Situational Control, and Morale of the Elderly, *Journal of Nursing Studies*, 16 : 165-181.
- CHAPPELL, N.L. et NOVAK, M. (1992), Role of Support in Alleviating Stress among Nursing Assistant, *Gerontologist*, 32 (3) : 351-359.
- CHAPPELL, N.L. et NOVAK, M. (1994), Caring for Institutionalized Elders : Stress among Nursing Assistants, *The Journal of Applied Gerontology*, 13 (3) : 299-315.
- CHAREST, M.M. (1997), Article non titré, *Le Gérontophile*, 18 (3) : 5-7.
- CHARCOCK, P., NEVINS, A. RZETELNY, H. et GILBERTO, P. (1988), A Mental Health Training Program in Nursing Homes, *The Gerontologist*, 28 (4) : 503-507.
- CLAUDILL, M. et PATRICK, M. (1989), Nursing Assistant Turnover in Nursing Homes and Need Satisfaction, *Journal of Gerontological Nursing*, 15 (6) : 24-30.
- COHEN-MANSFIELD, J. (1995) Stress in Nursing Home Staff : a Review and a Theoretical Model, *The Journal of Applied Gerontology*, 14 (4) : 444-446.
- COLLINS, J.W. et OWEN, B.D. (1996), NIOSH Research Initiatives to Prevent Back Injuries to Nursing Assistants, Aides and Orderlies in Nursing Homes, *American Journal of Individual Medicine*, 29 (4) : 421-424.
- COMITÉ DE FORMATION DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE GÉRONTOLOGIE (CFAQG) (1988), Rapport du Comité de formation, *Le Gérontophile*, 10 (2) : 20-25.
- CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE, (1989), *Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés*, 1er rapport, 109 pages.
- CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE, (1991), *La position du CCNTA sur la formation en gérontologie*, 31 pages.
- CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE, (1992), *Qualité de vie et soins de longue durée en institution : une approche concertée*, 62 pages.
- CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE, (1993), *Vignettes vieillissement*, 8 et 11.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1997), *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*, Rapport remis au Ministre de la Santé et des Services sociaux, Juin 1997, 60 pages.

- CONSEIL DES AÎNÉS (1997), *La réalité des aînés québécois*, Gouvernement du Québec, Janvier 1997.
- CÔTÉ, A., (1996), Évaluation de la qualité des services de longue durée auprès des personnes âgées : est-ce possible, *Gestion*, 21 (2) : 52-60.
- CUTILLO-SCHMITTER, T.A. (1996), Aging : Broadening our View for Improved Nursing Care, *Journal of Gerontological Nursing*, 22 (7) : 31-42.
- DELISLE, C. (1996) Un sondage soulève des doutes, *Le Quotidien*, 20 juillet, p. 4.
- DESLAURIERS, J.P. (1991), *Recherche qualitative. Guide pratique*, Montréal, Toronto, New-York, McGraw-Hill, Éditeurs, 139 pages.
- DUBÉ, M. et DELISLE, I. (1988), Le vécu des intervenants et leur formation, *Le Gérontophile*, 10 (2) : 7-8.
- ENG, E. et PARKER, E. (1994), Measuring Community Competence in the Mississippi Delta. The Interface between Program Evaluation and Empowerment, *Health Education Quarterly*, 21 (2) : 199-220.
- FÉDÉRATION DES AFFAIRES SOCIALES ET CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX (FAS-CSN) (1993), Il y a des choses qu'on ne peut marchander, *Compte-rendu de l'atelier 3 - L'hébergement des personnes âgées*, Colloque sur la privatisation dans le réseau de la santé et des services sociaux, 39 pages.
- FISK, V. (1994) When Nurses' Aides Care, *Journal of Gerontological nursing*, 10 (3) : 119-127.
- FONER, N. (1994), Nursing Home Aides : Saints or Monsters ? *The Gerontologist*, 34 (2) : 245-250.
- FOURNELLE, B. et LAFORÊT, J. (1997) Partenariat entre le réseau d'enseignement et le réseau de longue durée : éléments d'harmonisation à concevoir et à mettre en place, *Le Gérontophile*, 18 (3) : 16-22.
- FOURNELLE, B. et LAUZIER, D. (1992), L'approche psycho-sociale et les centres d'accueil d'hébergement, *Le Gérontophile*, 14 (2) : 11-15.
- GAUTHIER, B. (1992), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- GOODWIN, M. et TROCCHIO, J. (1987), Cultivating Positive Attitudes in Nursing Home Staff, *Geriatric Nursing*, January/February 1987 : 32-35.

- GOREY, K.M. et BRICE, G.C. (1992), A Training Needs Assessment among Managers of Federally Subsidized Housing : Facilitating Support Service Use by Vulnerable Older Tenants, *The Journal of Applied Gerontology*, 11 (3) : 326-342.
- GREENE, R.R., VOURLEKIS, B.S., GELFAND, D.E. et LEWIS, J.S. (1992), Current Realities : Practice and Education Needs of Social Workers in Nursing Homes, in *Geriatric Social Work Education*, The Haworth Press Inc., 39-54.
- GUBERMAN, N., MAHEU, P. et MAILLÉ, C. (1991), *Et si l'amour ne suffisait pas... Femmes, familles et adultes dépendants*, Montréal, Éditions du remue-ménage.
- GUÉNETTE, M. (1993), Faut-il craindre de vieillir ? *Justice*, mars : 11-14.
- HAMB, D. et THÉRIAULT, G. (1998) L'incidence de lombalgies dans deux cohortes : les auxiliaires familiales et les préposés aux bénéficiaires et l'évaluation des conditions de travail, *Études et Recherches*, IRSST, Rapport R-192.
- HARPER PATTERSON, M.B. (1988), Measuring Patients Satisfaction : Collecting Useful Data, *Journal of Nursing Care Quality*, 2 (3) : 25-35.
- HEPLER, S.E. (1987), Assessing Training Needs for Nursing Home Personnel, *Journal of Gerontological Social Work*, 11 (1/2) : 71-79.
- HEUMANN, L.F. (1988) Assisting the Frail Elderley Living in Subside Housing for the Independent Elderley : a Profile of the Management and its Support Priorities, *The Gerontologist*, 28 (5) : 625-631.
- JIROVEC, M. et MAXWELL, B. (1993), Nursing Home Residents Functional Ability and Perceptions of Choice, *Journal of Gerontological Nursing*, September : 10-14.
- JOHNSON, C. et GRANT, L. (1994), *The Nursing Home in American Society*, Baltimore : John Hopkins University Press.
- KHALID, M. (1997), La formation en regard des profils de compétence dessinés par le milieu gérontologique, *Le Gérontophile*, 18 (3) : 8-12.
- KNOWLES, L.N. et SARVER, V.T. (1985), Attitudes Affect Quality Care, *Journal of Gerontological Nursing*, 11 (8) : 35-39.
- LA PRESSE CANADIENNE (1998) L'Alzheimer quadruplerait d'ici cinquante ans aux États-Unis, *Le Soleil*, 9 septembre 1998 : A-15.

- LARIVIÈRE, C. (1996), Modèle américain de compétences des gestionnaires sociaux, *Les nouvelles du réseau conseil*, 2 (1) : 14-16.
- LAROCHELLE, J. (1998), Rien ne sert de changer un des meilleurs systèmes de santé au monde, sans consultations, la stratégie de privatisation est déjà en cours, *Journal Le Soleil*, 30 janvier, : B-7.
- LECLERC, G., (1998), Capacités d'apprendre et vieillissement, *Le Gérontophile*, 20 (2) : 13-18.
- LECLERC, G., MONTMIGNY, L. et NOISEUX, C. (1987), *Attitudes et perceptions d'intervenants en milieu gérontologique*, Bibliothèque nationale du Québec.
- LEFRANÇOIS, R. *Stratégies de recherches en sciences sociales. Applications à la gérontologie*, Presses de l'Université de Montréal.
- LEIGHTON, A. H. (1993), Community Mental Health and Information Underload, *Community Mental Health Journal*, 26 : 49-67.
- LEROUX, P. et DION, J.F. (1992), *Enquête sur le marché des résidences pour personnes âgées, région métropolitaine de Québec*, automne 1992, Ste-Foy, SCHL, Bureau de Québec.
- LESEMANN, F. (1997) Le vieillissement dans le contexte des nouvelles réalités politiques et organisationnelles, *Le Gérontophile*, 19 (1) : 14-29.
- LESEMANN, F. et NAHMIASH, D. (1993), Logiques hospitaliers et pratiques familiales de soins (Québec) *Notes et études documentaires*, 4967-4968.
- LÉVESQUE, M.J. (1991), Rapport de consultation effectuée sur la question du secteur privé. *Document de travail préparé à l'intention du Groupe d'experts sur les personnes âgées*, Québec : Régie régionale de la santé et des services sociaux, Région de Québec (03).
- LINN, M.W., LINN, B.S., STEIN, S. et STEIN, E.M. (1989), Effect of Nursing Home Staff Training on Quality of Patient Survival, *International Journal of Aging and Human Development*, 28 (4) : 305-315.
- LISCHKO, A.M. (1988), *Is Turnover Related to the Work Environment ? A Study of Nursing Assistant Perception*, M.S. thesis, University of Massachusetts, Division of public health, Amherst, M.A.
- MALTAIS, D. (1997), *Vivre en résidence : liens entre les caractéristiques organisationnelles et les comportements des aînés*, Thèse de Doctorat, Université du Québec à Chicoutimi, Janvier 1997.

- MAMOLL, M. et MAXWELL, B.A. (1993), Fonctionnal Ability and Perceptions of Choice, *Journal of Gerontological Nursing*, September : 10-14.
- MARTIN, J.C. (1997), Les personnes âgées, la famille et les autres, ou la communauté locale comme milieu de vie, *Lien social et Politiques - RIAC*, 38 : 159-164.
- MARUCA, F. et MAST, P. (1996), Compétences, où en sommes-nous ? *Info Ressources humaines*, 26 : 2-3.
- MC KNIGHT, J.L. (1987) Regenerating Community, *Social Policy* (winter) : 54-58.
- MERCER, S.O., HEACOCK, P. et BECK, C. (1993), Nurse's Aides in Nursing Homes : Perceptions of Training, Work Loads, Racism and Abuse Issues, *Journal of Gerontological Social Work*, 21(1/2) : 95-112.
- MERRILL, J. et HUNT, M.E. (1990) Aging in Place : a Dilemma for Retirement Housing Administrators, *The Journal of Applied Gerontology*, 9 (1) : 60-76.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC, (1993), Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé, *Rapport d'analyse de situation de travail*, Québec, 27 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993), *Guide d'information sur l'ouverture d'une résidence pour personnes âgées autonomes*, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994), *Les résidences privées pour personnes âgées non titulaires d'un permis du Ministère de la Santé et des services sociaux*, Plan d'action, Québec.
- MISHARA, B. et RIEDEL, R.G. (1992), *Le vieillissement*, Presses universitaires de France.
- MITTENESS, L.S, BARKER, J.C. et FINLAYSON, E. (1995), Residential Managers' Experience with Urinary Incontinence in Elderly Tenants, *Journal of Applied Gerontology*, 14 (4) : 408-425.
- NELSON, F.H. (1995), Coping Successfully with Death to Help Staff, Families and Residents, *Journal of Long-term Care Administration*, 22 (4) : 10-11.
- NOISEUX, C. et MIGNEAULT, L. (1997), Article non titré, *Le Gérontophile*, 18 (3) : 13-15.
- NORBERT, Y, ASSELIN, S., DUCHESNE, L., GAUTHIER, H., JEAN, S. et LAROCHE, D. (1996), *Les conditions de vie au Québec : un portrait statistique*, Bureau de la statistique du Québec, Les Publications du Québec.

- PATTERSON, C.J (1990), Meeting the Demands of a Graying America, *Journal of Property Management*, January/February, 55 : 40-45.
- PIETRASZKIEWICZ, L. (1996), *Le guide de formation des préposés aux bénéficiaires*, Bibliothèque nationale du Québec.
- PILLEMER, K. et MOORE, D.W (1989), Abuse of Patients in Nursing Homes : Findings from a Survey of Staff, *The Gerontologist*, 29 (3) : 314-320.
- PITROU, A. (1997), Vieillesse et famille : qui soutient l'autre, *Lien social et politiques - RIAC*, 38 : 145-157.
- POHL, J.M. et FULLER, S.S. (1980), Perceived Choice, Social Interaction, and Dimensions of Morale of Residents in a Home for the Aged, *Research in Nursing and Health*, 3 : 147-157.
- PYNOOS, J. (1990), Public Policy and Aging in Place : Identifying the Problems and Solutions, in D. Tilson (Ed.) *Aging in Place : Supporting the Frail Elderly in Residential Environments*, Glenview IL Scott Foresman, 167-208.
- QUINTAL, J. (1997) Attentes et préoccupations des gestionnaires du réseau de longue durée en regard de la formation gérontologique, *Le Gérontophile*, 18 (3) : 3-7.
- ROY, D. (1997-1998), Le partenariat public, privé et communautaire, *L'Accueil*, 24 (4) : 6-9.
- SANTERRE, R. (1986), Vieillir au Québec hier et aujourd'hui, *Cahiers de l'ACFAS*, 41 : 247-266.
- SCHULTZ, R. (1976), Effects of Control and Predictability on the Physical and Psychological Well-being of the Institutionalized Aged, *Journal of Personality and Social Psychology*, 33 : 563-573.
- SECCOMBE, K. et ISHII-KUNTZ, M. (1991), Perceptions of Problems Associated with Aging : Comparaison among Four Older Age Cohorts, *The Gerontologist*, 31 (4) : 527-533.
- SHEENAN, N. W. (1992), The Changing Role of Housing Manager : Redefining the Role and Responsibilities of Housing Managers, In *Working with the Elderly Residents* : 23-37.
- SMITH, S., JEPSON, V. et PERLOFF, E. (1982), Attitudes of Nursing Care Providers toward Elderly Patients, *Nursing and Health Care*, 3 : 93-98.

- SMYER, M., BRANNON, D. et COHN, M. (1992), Improving Nursing Home Care through Training and Job Redesign, *The Gerontologist*, 32 (3) : 327-333.
- SOCIÉTÉ CANADIENNE D'HYPOTHÈQUE ET DE LOGEMENT (SCHL) (1994), *Rapport sur le profil de la clientèle dans les résidences de chambres et pension pour personnes âgées au Saguenay—Lac-St-Jean*, Bureau d'analyse du marché.
- SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA MAIN-D'OEUVRE (1997), Bulletin régional du marché du travail Saguenay—Lac-St-Jean, Troisième trimestre 1997.
- ST-ONGE, C. et ST-ONGE, J. (1995), Quelques réflexions sur le colloque tenu au Saguenay—Lac-St-Jean en novembre 1994 : Les résidences privées pour personnes âgées : une solution ou un problème ?, *Le Gérontophile*, 17 (3) : 22-24.
- STATISTIQUE CANADA (1997), Population selon le sexe et l'âge, base de données CANSIM, adresse électronique : <http://www.statcan.ca>.
- STEIN, S, LINN, M.W et STEIN, E.M. (1985 ou 1995), Patient's Anticipation of Stress Nursing Home Care, *The Gerontologist*, 25 (1) : 88-94.
- STEINFELD, E. (1982), The Pace of Old Age : the Meaning of Housing for Old People, in J.S. Duncan, *Housing and Identity, Cross-cultural perspectives*, Holmes and Meier Plusher : New York : 198-245.
- STONE, L. et FRENKEN, H. (1988), *Recensement 1986. Le Canada à l'étude. Les personnes âgées au Canada*, Statistique Canada, Ottawa.
- STUM, M.S. (1992), Understanding Differences in Training of Managers of Subsidized Housing for Elderly : a Situational Analysis Approach, *Gerontology and Geriatric Education*, 12 (4) : 1-16.
- SYKES, J.T. (1989), *Housing Managers - Care Managers*, Madison : Center for health sciences of the University of Wisconsin - Madison.
- TELLIS-NAYAK, V. et TELLIS-NAYAK, M. (1989), Quality of Care and the Burden of Two Cultures : when the World of the Nurse's Aide Enters the World of the Nursing Home, *The Gerontologist*, 29 (3) : 307-313.
- TREMBLAY, S. et COUTU-WACULCZYK, G. (1996), Formation de base et attitudes envers les personnes âgées, *L'infirmière canadienne*, 92 (5) : 42-48.
- ULYSSE, P.J. et LESEMANN, F. (1997), On ne vieillit plus aujourd'hui de la même façon qu'hier, *Lien social et politiques - RIAC*, 38 : 31-49.

- VACHON, B. (1993), *Le développement local - Théorie et pratique*, Gaétan Morin, Éditeur, Boucherville.
- VAILLANCOURT, Y. et BOURQUE, D. (1989), Quinze mois après le rapport Rochon - La privatisation des services d'hébergement aux personnes âgées, *Nouvelles pratiques sociales*, 2 (2) : 53-71.
- VAILLANCOURT, Y. et JETTÉ, C. (1997) Les services d'hébergement pour personnes âgées, Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux et de santé : Rôles de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel, *Cahiers du LARREPS*, 97-05 : 157-201.
- VILLENEUVE, D. (1994), 82 foyers opèrent sans permis, *Le Réveil*, 27 novembre 1994 .
- WAXMAN, H.M., CARNER, E.A et BERKENSTOCK, G. (1984), Job Turnover and Job Satisfaction among Nursing Home Aides, *The Gerontologist*, 24 (5) : 503-509.
- WHITE, D. (1994), La gestion sociale de l'exclusion, *Revue internationale d'action communautaire*, 32 : 37-51.
- WOOLFORK, C.H. (1988), An In-service Program that Worked, *Geriatric Nursing*, march/april : 94-97.
- ZINN, J.S, LAVIZZO-MOUREY, R. et TAYLOR, L. (1993), Measuring Satisfaction with Care in the Nursing Home Setting : the Nursing Home Resident Satisfaction Scale, *The Journal of Applied Gerontology*, 12 (4) : 452-465.

ANNEXE A

Grille de recensement des résidences

**Ressources d'hébergement privé pour personnes âgées
au Saguenay - Janvier 1997
Grille de recensement**

Projet : Vivre à domicile ou en résidence :
un défi pour les aînés et les intervenants

Nom, adresse et n° téléphone de la ressource Nom du gestionnaire		Statut de propriétaire		Nombre de chambres ou d'appartements		Capacité d'hébergement et nombre de résidents au 31 janvier 1997		Nombre total d'employés			
		OUI	NON	CH.	APP	CAP.	RÉS.				
Répartition des emplois											
Préposés		Entretien		Cuisine		Personnel infirmier		Animation		Gardiens de nuit	
Plein	Partiel	Plein	Partiel	Plein	Partiel	Plein	Partiel	Plein	Partiel	Plein	Partiel
Commentaires sur les employés :											
Intérêt à participer à la recherche						Oui	Non	NSP			
Commentaires généraux :											
Autres informations pertinentes											

ANNEXE B

Lettre d'introduction auprès des gestionnaires

Objet: Projet « Vivre à domicile ou en résidence : un défi pour les aînés et les intervenants »

Madame, Monsieur,

Récemment, Anne Simard a eu le plaisir de s'entretenir avec vous relativement au projet mentionné ci-dessus. Comme il vous en avait été fait mention en cette occasion, nous avons procédé au hasard à la sélection des résidences qui constitueront notre échantillon. Votre résidence est ressortie parmi l'ensemble de celles-ci.

Comme il vous l'avait été expliqué lors du dernier entretien téléphonique, cette recherche menée par un groupe de chercheurs de l'Université du Québec à Chicoutimi est soutenue financièrement par la Société canadienne d'hypothèque et de logement. Elle vise à mieux connaître la situation de l'hébergement privé au Saguenay ainsi que les défis auxquels sont confrontés les intervenants et les personnes âgées évoluant dans ce contexte.

Les principaux thèmes de l'entrevue concerneront les diverses tâches et responsabilités des gestionnaires et des intervenants impliqués auprès des personnes âgées ainsi que les contraintes pouvant être rencontrées dans l'accomplissement de votre travail. L'éclairage que vous pouvez nous apporter est essentiel afin de faire avancer la compréhension des besoins de support des gestionnaires et des intervenants rémunérés oeuvrant dans le domaine de l'hébergement pour personnes âgées.

Nous sollicitons donc votre collaboration afin de nous permettre de vous interviewer ainsi que certains membres de votre personnel et des personnes âgées vivant dans votre résidence. À cet effet, nous vous demanderons, lors de l'entrevue que nous réaliserons avec vous, de nous fournir les noms des intervenants et des personnes âgées de votre établissement afin de choisir au hasard les autres personnes que nous pourrions rencontrer, soit _____ intervenants et _____ résidents. Ce choix se fera après la réalisation de votre entrevue qui devrait durer de 45 à 60 minutes.

Il va sans dire que ces entrevues pourront être réalisées dans le cadre du temps libre des intervenants et des résidents, selon leur disponibilité, au lieu de leur choix et dans le cadre d'une libre participation.

Soyez également assuré(e) que toutes les dispositions seront prises afin de garantir l'anonymat des participants ainsi que le caractère confidentiel du contenu des entrevues.

Dans l'attente de vous rencontrer, _____, le ____ à ____h:____, veuillez agréer, Madame, Monsieur _____, nos sentiments distingués et nos plus sincères remerciements.

Danielle Maltais
Professeure
Université du Québec à Chicoutimi

Anne Simard
Chercheure

ANNEXE C

Formulaire de consentement des participants

ANNEXE D

Questionnaire aux gestionnaires de résidences

QUESTIONNAIRE
S'ADRESSANT AUX DIRECTEURS(TRICES)
ET RESPONSABLES DE RÉSIDENCES PRIVÉES

PROJET

"VIVRE À DOMICILE OU EN RÉSIDENCE:
UN DÉFI POUR LES ÂNÉ(E)S ET LES INTERVENANTS"

MARS 1997

Nom de la ressource:

Adresse:

Code de la ressource:

Nom du directeur(trice) ou responsable:

Code du répondant:

Date de l'entrevue:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jour	Mois	Année

Durée de l'entrevue:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Heure(s)	Minute(s)

Entrevue complétée par:

Nom de l'intervieweur(e)

Section I - Situation relative à l'emploi

1. Quelle fonction occupez-vous dans cette résidence ?

2. Êtes-vous propriétaire ou co-propriétaire de cette résidence ?

1 Oui

2 Non

3. Êtes-vous propriétaire ou co-propriétaire d'une autre résidence pour personnes âgées ?

1 Oui

2 Non

4. A) Depuis combien de temps occupez-vous votre poste actuel ?

Année(s)

Mois

B) Avez-vous auparavant occupé la même fonction dans un ou plusieurs autre(s) établissement(s) ?

1 Oui, dans quel(s) type(s) d'établissement(s)

2 Non, passez à la question 4D

C) Pendant combien de temps avez-vous occupé le poste de directeur(trice) ou de surveillant(e) dans un ou plusieurs autre(s) établissement(s) ?

Année(s)

Mois

D) Avant d'occuper le poste actuel, avez-vous acquis d'autre(s) expérience(s) de travail rémunérées ou bénévoles auprès des personnes âgées ?

1 Oui

2 Non

Si oui, de quel(s) genre(s) d'expérience(s) s'agissait-il ?

E) Avez-vous occupé d'autres fonctions dans des domaines ou secteurs d'activités différents avant d'oeuvrer dans le domaine de l'hébergement pour personnes âgées ?

1 Oui

2 Non

Si oui, dans quel(s) domaine(s) ou secteur(s) d'activité oeuvriez-vous ?

5. A) En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous ?

heures/semaine

B) Travaillez-vous selon un horaire régulier ?

1 Oui

2 Non

Pourriez-vous me donner des précisions quant à votre horaire de travail ?

C) Résidez-vous ici-même ?

1 Oui

2 Non

6. Quelles sont les principales raisons qui vous motivent à diriger ou être responsable d'une résidence pour personnes âgées ?

Section II - Dimensions administratives et relationnelles

Cette partie du questionnaire vise à connaître et décrire les diverses tâches et activités relatives au poste que vous occupez. Nous essaierons également d'évaluer les difficultés particulières que celles-ci peuvent comporter. Pour ce faire, les tâches et activités ont été regroupées sous cinq (5) dimensions différentes.

Dimension 1. Administration

7. Pourriez-vous me donner un aperçu des **tâches et activités administratives** que vous accomplissez régulièrement (comme l'achat de matériel, les activités budgétaires, etc) ?

8. Parmi les tâches et activités administratives que vous venez de mentionner, considérez-vous que certaines d'entre elles représentent des difficultés particulières ?

1 Oui

2 Non

Si oui, pourriez-vous me parler des difficultés que vous éprouvez ?

9. Comment évalueriez-vous le degré de difficulté que peuvent comporter les activités ou responsabilités suivantes ?

Activités et responsabilités	C'est jamais ou rarement difficile (1)	C'est occasionnellement difficile (2)	C'est souvent ou toujours difficile (3)	Ne s'applique pas (4)
Faire visiter les appartements ou les chambres				
Effectuer la sélection des résidents				
Partager mon temps de travail entre mes activités administratives et celles orientées vers le résident				
Superviser ou voir à la maintenance physique et à l'entretien des lieux				
Faire respecter les règles de fonctionnement de l'établissement par les résidents				

Dimension 2. Gestion et supervision du personnel

10. Avez-vous à effectuer des activités de **gestion et supervision du personnel** ?

1 Oui → Combien d'intervenant(s) sont sous votre responsabilité ?

2 Non, passez à la question 16

11. Quelles sont vos **activités de gestion et de supervision du personnel** (comme l'embauche, la répartition du travail, la confection des horaires, le counseling, etc) ?

12. Parmi les **activités de gestion et de supervision du personnel** que vous accomplissez, considérez-vous que certaines présentent des difficultés particulières ?

- 1 Oui
2 Non, passez à la question 14

13. Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors de vos **activités de gestion et de supervision du personnel** ?

14. Comment évalueriez-vous le **degré de difficulté** que peuvent représenter les activités ou responsabilités suivantes relatives à la gestion ou la supervision du personnel ?

	C'est jamais ou rarement difficile (1)	C'est occasionnellement difficile (2)	C'est souvent ou toujours difficile (3)	Ne s'applique pas (6)
Orienter et diriger le personnel				
Embaucher du personnel compétent				
Faire respecter les politiques et procédures de l'établissement par le personnel				
Prévoir et encourager la formation du personnel				
Détecter les comportements ou attitudes inappropriés du personnel envers les résidents				
Voir aux bonnes relations entre le personnel et les résidents				
Prendre des sanctions à l'égard du personnel				

15. Vous arrive-t-il de vous sentir à cours de ressources dans vos activités relatives à la gestion et à la supervision du personnel ?

Dimension 3. Interactions et rapports avec les résidents et leurs proches

16. Pourriez-vous me décrire vos activités impliquant des **interactions ou des rapports** avec..
les résidents: _____

leurs proches: _____

17. Pourriez-vous me faire part des **aspects positifs** que vous rencontrez lors de vos
interactions ou de vos rapports avec ...

les résidents: _____

leurs proches: _____

18. Pourriez-vous me faire part des **difficultés ou aspects négatifs** que vous rencontrez lors
de vos interactions ou vos rapports avec ...

les résidents: _____

leurs proches: _____

19. Vous arrive-t-il de vous sentir à cours de ressources lors de vos interactions ou de vos
rapports avec les locataires et/ou leurs proches ?

20. A l'aide de la grille suivante, comment évalueriez-vous le **degré de difficulté** que peuvent présenter certaines **responsabilités ou situations** auxquelles peuvent être confrontées les intervenants qui sont en relation avec les personnes âgées ?

	C'est rarement ou jamais difficile (1)	C'est occasionnellement difficile (2)	C'est souvent ou toujours difficile (3)	Ne s'applique pas (4)
Établir un premier contact avec un résident				
Accueillir et orienter le nouveau résident				
Établir une relation de confiance avec le résident				
Réagir de façon appropriée au comportement difficile d'un résident				
Favoriser l'autonomie chez le résident				
Calmer et sécuriser un résident				
Discuter et échanger avec les résidents				
Impliquer les résidents dans les décisions les concernant				
Communiquer avec les proches (la famille) du résident				
Évaluer les besoins psychologiques et/ou sociaux des résidents				
Déceler une situation d'abus, de négligence ou de violence envers un résident				
Intervenir lors d'une situation d'abus de négligence ou de violence envers un résident				
Évaluer les besoins physiques des résidents				
Reconnaître la sénilité ou la démence chez un résident				
Prévenir ou gérer une situation de crise chez un résident				
Respecter et favoriser l'intimité des résidents				
Répondre aux différentes demandes des résidents				
Cotoyer un résident malade ou mourant				
Faire face au décès d'un résident				
Impliquer les proches (la famille) du résident dans les décisions le concernant				
Procéder au placement ou transfert d'un résident				

Dimension 4. Animation et implication sociale

21. Êtes-vous impliqué(e) dans l'organisation **d'activités récréatives et/ou sociales** au sein de la résidence (animation, planification, etc) ?

- 1 Oui
- 2 Non, passez à la question 23
- 3 Ne s'applique pas (Il n'y a pas d'activités sociales et/ou récréatives d'organisées dans la résidence) passez à la question **25**

22. De quelle manière vous impliquez-vous en relation avec ces activités ?

23. Selon vous, est-ce que l'organisation **d'activités sociales et récréatives** ainsi que leur déroulement semble comporter certaines difficultés pour les organisateurs de ces activités ?

- 1 Toujours
- 2 Souvent
- 3 Occasionnellement
- 4 Rarement, passez à la question 25
- 5 Jamais, passez à la question 25
- 6 Ne sais pas, passez à la question 25

24. Pourriez-vous me parler des **difficultés ou obstacles** que rencontrent les organisateurs de ces activités ?

Dimension 5. Assistance et support aux résidents

25. Vous arrive-t-il d'avoir à apporter de l'**aide** ou de l'**assistance** aux résidents pour l'**entretien physique ou ménager** de leur logement ou de leur chambre ?

- 1 Très souvent
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Rarement, passez à la question 28
- 5 Jamais, passez à la question 28

26. En quoi consiste généralement l'**aide apportée** ?

27. Vous arrive-t-il de vous sentir à **cours de ressources** lorsque vous avez à aider les résidents pour l'entretien physique ou ménager de leur chambre ou logement ?

28. Avez-vous à assister ou à aider les résidents pour certains **soins personnels** (habillement, coiffure, etc) ?

- 1 Très souvent
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Rarement, passez à la question 31
- 5 Jamais, passez à la question 31

29. De façon générale, quel genre **d'aide ou d'assistance personnelle** apportez-vous ?

30. Vous arrive-t-il de vous sentir à **cours de ressources** lorsque vous aidez un résident pour certains soins personnels ?

31. Arrive-t-il que les résidents vous demandent conseil ou de les aider pour certains problèmes personnels (d'ordre financier, de santé ou familial par exemple) ?

- 1 Très souvent
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Rarement, passez à la question 34
- 5 Jamais, passez à la question 34

32. Comment réagissez-vous face à ces **demandes de conseil ou d'aide** ?

33. Vous est-il arrivé de vous sentir à **cours de ressources** lorsque les personnes âgées vous demandent des conseils ou de l'aide pour certaines questions ou problèmes personnels ?

34. Les résidents font-ils appel à vous personnellement pour les **aider lors de déplacements** (pharmacie, rendez-vous chez le médecin, courses, etc) ?

- 1 Très souvent
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Rarement, passez à la question 37
- 5 Jamais, passez à la question 37

35. Comment **répondez-vous** à ces demandes d'aide ?

36. Vous arrive-t-il de vous sentir à **cours de ressources** lorsque les résidents s'adressent à vous pour les aider dans leurs déplacements ?

37. Les résidents vous font-ils part de **leurs besoins ou de leurs difficultés de nature psychosociale** (solitude, isolement, sentiment d'abandon, craintes, etc) ?

- 1 Très souvent
- 2 Souvent
- 3 Quelquefois
- 4 Rarement, passez à la question 40
- 5 Jamais, passez à la question 40

38. Comment réagissez-vous face à **l'expression de ces besoins ou de ces difficultés** ?

39. Vous arrive-t-il de vous **sentir démuni(e) ou impuissant(e)** lorsque les résidents vous font part de leurs besoins ou difficultés de nature psychosociale ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Peut-être

40. De façon générale, de quelle manière les **besoins d'aide et d'assistance** des résidents vous sont-ils **adressés ou exprimés** (par le résident, les voisins, les proches, vous vous en rendez compte vous-même, etc)?

41. Dans l'ensemble des aspects se rapportant à votre travail ou à vos contacts avec les résidents, pourriez-vous me décrire une **situation** où vous vous êtes **particulièrement senti(e) impuissant(e) ou à cours de ressources** ?

Section III - Habilités, compétences, qualités personnelles et besoins de formation

Nous aimerions connaître quelles sont les principales habiletés, compétences et qualités personnelles que nécessite votre travail. Nous tenterons par la suite d'identifier avec vous quels sont les principaux besoins de formation que ressentent les directeurs(trices) ou responsables de résidences, ainsi que les obstacles pouvant être reliés à l'acquisition ou au maintien de compétences.

42. Croyez-vous que la fonction de directeur(trice) ou responsable de résidence nécessite des **compétences ou des habiletés** particulières ?

- 1 Oui
2 Non, passez à la question 46
3 Peut-être

43. Quelles sont selon vous, les principales **compétences ou habiletés nécessaires** à l'exercice de ces fonctions ?

44. Parmi les **habiletés ou compétences** que vous venez de mentionner, lesquelles possédez-vous le plus ?

45. Lesquelles sont le **plus difficile** à exercer ?

46. Quelles devraient être, selon vous, les **qualités personnelles** des directeurs(trices) ou responsables de résidences ?

47. Parmi ces qualités personnelles, lesquelles **possédez-vous** le plus ?

48. Y a-t-il des **qualités personnelles** que vous aimeriez développer davantage ?

49. Avez-vous **reçu** de la formation reliée à votre emploi à l'**extérieur des lieux de votre travail** (ex: dans une commission scolaire, au cégep, à l' université, etc) ?

1 Oui → Pourriez-vous préciser (type de formation, durée, endroit, organisme ou institution dispensatrice) ? _____

2 Non

50. Recevez-vous **actuellement** une formation reliée à votre emploi à l'**extérieur des lieux de votre travail** ?

1 Oui → Pouvez-vous préciser (type de formation, endroit, durée, organisme ou institution dispensatrice) _____

2 Non

51. Avez-vous **déjà reçu** de la formation reliée à votre emploi **dans votre milieu actuel de travail** ?

1 Oui → Pourriez-vous préciser (type de formation, durée, institution ou organisme dispensateur) ? _____

2 Non, passez à la question 53

52. Cette formation était-elle dispensée **pendant vos heures de travail** ?

- 1 Oui
- 2 Non

53. Recevez-vous **actuellement** une formation liée à votre emploi **dans votre milieu de travail** ?

- 1 Oui → Pouvez-vous préciser (type de formation, durée, institution ou organisme dispensateur) _____

- 2 Non, passez à la question 55

54. Cette formation est-elle dispensée **pendant vos heures de travail** ?

- 1 Oui
- 2 Non

55. Selon vous, quels sont les **facteurs incitatifs** à l'acquisition de formation ou d'autres connaissances pouvant être utiles dans l'exercice de vos fonctions ?

56. Pourriez-vous me parler des **besoins de formation que vous ressentez** ou du genre de formation que vous **souhaiteriez acquérir** ?

57. Quels sont les **obstacles** qui pourraient vous empêcher d'acquérir de la formation sur les thèmes que vous venez d'identifier ?

58. Parmi les **six facteurs** suivants, selon vous, quels sont les **trois principaux** qui **peuvent empêcher** les directeurs(trices) ou responsables de résidence de participer à des sessions de formation (cocher les choix de réponses)?

- 1 Le manque de temps
- 2 Des moyens financiers limités
- 3 Le manque de motivation
- 4 Les responsabilités familiales
- 5 La difficulté de déterminer ses besoins en matière de formation
- 6 Le manque d'information sur les programmes de formation disponibles

59. Existe-t-il, selon vous, d'autres **facteurs** pouvant constituer des **obstacles** a la formation des directeurs(trices) ou responsables de résidences ?

- 1 Oui
- 2 Non, passez à la question 61
- 3 Ne sais pas, passez à la question 61

60. Pourriez-vous me mentionner les **autres facteurs ou obstacles** auxquels vous pensez ?

Section IV - Perception du métier, des personnes âgées et de leurs besoins

De nombreuses recherches font état de la complexité et des divers aspects que comporte le travail dans les résidences pour personnes âgées. Nous aimerions aborder ici, quelle est votre conception du métier que vous exercez ainsi que votre perception des personnes âgées et de leurs besoins.

61. Quels aspects de votre travail vous apportent **le plus de satisfaction** ?

62. Quels aspects de votre travail vous apportent **le moins de satisfaction** ?

63. Depuis les derniers six (6) mois, quelle est la **situation la plus stressante** que vous avez eue à vivre au travail ?

64. De façon générale, comment **décrieriez-vous** les personnes âgées qui demeurent ici ?

65. D'après vous, quelles sont les **qualités, les attitudes ou les habiletés** que les personnes âgées apprécient le plus chez les divers intervenants qu'elles côtoient ? Comme par exemple...

chez les bénévoles: _____

chez les préposé(e)s: _____

chez les animateur(trices): _____

chez les directeurs(trices) ou responsables de résidence: _____

chez le personnel de la cuisine: _____

chez le personnel infirmier: _____

66. En général, trouvez-vous que les personnes qui occupent un emploi dans les résidences possèdent les **qualités ou attitudes personnelles requises** pour travailler auprès des personnes âgées ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

67. Selon les catégories d'intervenants énumérées précédemment, qu'est-ce qui pourrait être **amélioré** au plan des **qualités, attitudes et/ou habiletés** ?

chez les bénévoles: _____

chez les préposé(e)s: _____

chez les animateurs(trices): _____

chez les directeurs(trices) ou responsables de résidence: _____

chez le personnel de la cuisine: _____

chez le personnel infirmier: _____

68. Quel est votre **degré d'accord** avec les affirmations suivantes ?

Les personnes âgées sont...

	Très en accord (1)	Assez en accord (2)	Peu en accord (3)	Pas du tout en accord(4)
satisfaites du travail que l'on accomplit pour elles				
exigeantes				
reconnaissantes				
insécures face aux services à recevoir				
insécures quant à leurs finances personnelles				
des personnes qui reçoivent l'attention nécessaire				

69. Selon vous, quels sont les **principaux besoins** des personnes âgées qui vivent ici ?

70. Parmi les besoins que vous venez d'énumérer, quels sont ceux qui **sont comblés** ?

71. Quels sont ceux qui ne sont que **partiellement ou pas comblés** du tout ?

Section IV - Caractéristiques physiques et organisationnelles de la résidence

A) Description physique de l'immeuble

72. Combien d'étages retrouve-t-on dans cet immeuble ?

Étages

73. Au total, combien de **logements et/ou chambres sont disponibles** dans cette résidence ?

Logements et chambres

74. Quelle est la **capacité totale d'hébergement** de cette résidence ?

Personnes

75. Combien de personnes **résident actuellement** ici ?

Personnes

76. Depuis quand êtes-vous en opération ?

Jr Ms Année

77. Parmi l'ensemble des logements et chambres destinés aux personnes âgées, combien sont des:

	Nombre	Combien sont universellement accessibles ?
1 <input type="checkbox"/> Logement à 2 chambres à coucher	_____	_____
2 <input type="checkbox"/> Logement à 1 chambre à coucher	_____	_____
3 <input type="checkbox"/> Studios	_____	_____
4 <input type="checkbox"/> Chambre à 1 lit	_____	_____
5 <input type="checkbox"/> Chambre à 2 lits	_____	_____

78. Parmi l'ensemble des logement et/ou chambres destinés aux personnes âgées, combien sont équipés:

- 1 d'équipements standards dans la cuisine (cuisinière, réfrigérateur)
- 2 d'équipements compacts de cuisine (mini-poêle, mini-réfrigérateur)
- 3 de four micro-ondes seulement
- 4 ne sont pas équipés d'appareils de cuisine

79. Parmi l'ensemble des logements et/ou chambres destinés aux personnes âgées, combien:

- 1 possèdent une salle de bain complète indépendante
- 2 une salle de bain partagée

80. Quels espaces communautaires sont disponibles aux personnes âgées de cette résidence et selon quels horaires peuvent-ils y avoir accès ?

Espaces communautaires	Oui	Non	Horaire	
			De:	A:
Salle à dîner				
Cafétéria				
Cuisine commune				
Salle communautaire				
Buanderie				
Espace de rangement				
Espace(s) extérieur(s) aménagé(s)				
Jardin/Potager				

81. A part les espaces énumérés ci-dessus, existe-t-il d'autres espaces communautaires à la disposition des personnes âgées ?

- 1 Oui
 2 Non

Si oui, lesquels: _____

B) **Services offerts**

82. Pourriez-vous me renseigner sur les **services offerts aux personnes âgées** de cette résidence selon leur disponibilité et leur coût ?

Types de services	Disponibilité		Coût inclus dans le loyer	
	Oui	Non	Oui	Non
Surveillance de jour				
Surveillance de nuit				
Repas servis dans la salle à dîner				
Repas servis au domicile				
Clinique médicale				
Soins infirmiers et/ou de réadaptation				
Clinique de podiatrie				
Services religieux				
Aide à la préparation des repas				
Aide à l'achat d'épicerie				
Aide au transport				
Assistance pour soins personnels				
Aide ménagère				
Buanderie				
Activités récréatives				
Système d'appel d'urgence				
Suivi de l'autonomie				
Surveillance de médication				
Gestion des finances				
Coiffure et/ou esthétique				

83. Existe-t-il **d'autres services** offerts aux résidents de cette résidence ?

- 1 Oui
- 2 Non

Si oui, pouvez-vous spécifier: _____

C) Critères d'admission

84. L'**admission** des personnes âgées dans cette résidence relève-t-elle de critères spécifiques ?

- 1 Oui
- 2 Non, passez à la question 84

Selon les thèmes suivants quels sont vos **critères d'admission**:

Âge: _____

Santé physique et mentale: _____

Autonomie fonctionnelle: _____

Capacités financières: _____

Attitudes comportementales: _____

Ancienneté de la demande: _____

Autres critères, veuillez spécifier: _____

D) Mesures de transfert ou de relocalisation

85. Avez-vous déjà **eu à effectuer des transferts** de résidents vers d'autres ressources d'hébergement ou à **prendre des mesures d'éviction** pour certains résidents ?

- 1 Oui
2 Non, passez à la question 87

86. Quels sont, de manière générale, les **motifs** qui ont incité au déplacement, à la relocalisation ou à l'éviction de résidents ?

87. Qui prend les **décisions et les dispositions** nécessaires pour le transfert d'un résident ?

E) Comités et conseil

88. Y a-t-il des **comités** et/ou un **conseil d'administration** au sein de votre établissement ?

- 1 Oui
2 Non, passez à la question 90

89. Pourriez-vous me **nommer** ces comités et/ou conseils, me **décrire leur composition et leurs tâches et fonctions ?**

Comité ou conseil	Composition	Tâches et fonctions
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

F) Composition du personnel de la résidence

90. Pour chacune des catégories d'emplois suivantes, **combien d'employé(e)s** occupent un poste à **temps plein** (+ de 30 heures/semaine) ou à **temps partiel** (- de 30 heures/semaine) dans cette résidence ?

Catégorie d'emploi	Temps plein	Temps partiel
Directeur(trice) de résidence		
Infirmier(ière) licencié(e)		
Infirmier(ière) auxiliaire		
Préposé(e) aux bénéficiaires ou préposé(e) général(e)		
Animateur(trice)		
Locataire-surveillant(e)		
Employé(e) d'entretien ou concierge		
Gardien(ne) de nuit		
Cuisinier(ière)		
Aide-cuisinier(ière)		
Employé(e) de bureau et/ou secrétaire		
Autres, spécifiez:		

G) Participation aux prises de décisions

91. Dans quelle mesure les résidents participent-ils **aux prises de décision** dans les champs d'action suivants:

Champs d'action	Personnel/CA décident seuls (1)	Résidents et Personnel/CA décident ensemble (2)	Résidents décident seuls (3)	Ne sais pas (4)
Choix et organisation des activités sociales, récréatives et/ou éducatives				
Organisation des activités d'accueil et d'orientation d'un nouveau résident				
Élaboration des règlements en matière de participation aux activités				
Planification des menus et des heures de repas				
Réglementation relatives aux heures de visite et consommation d'alcool				
Décor des aires communes (plantes, affiches, etc)				
Sélection, déplacement ou renvoi d'un résident				
Gestion des plaintes				
Embauche ou licenciement d'un membre du personnel				
Contrôle de la sécurité				

Section V - Données socio-démographiques et formation académique

92. **Sexe:** 1 Féminin
 2 Masculin

ANNEXE E

Questionnaire aux intervenants

**Questionnaire aux intervenants
oeuvrant dans le domaine de l'hébergement privé
pour personnes âgées**

Projet

**"Vivre à domicile ou en résidence:
un défi pour les aînés et les intervenants"**

Mars 1997

Nom de la ressource:

Adresse:

Code de la résidence:

Nom de l'intervenant:

Fonction ou poste de l'intervenant:

Code de l'intervenant:

Date de l'entrevue:

Jour

Mois

Année

Durée de l'entrevue:

Heure(s)

Minute(s)

Entrevue complétée par:

Nom de l'intervieweur(e)

Section 1. Situation relative à l'emploi

1. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette résidence ?

_____ ans _____ mois

2. Avez-vous déjà occupé un emploi semblable dans une autre résidence ?

1 Oui →

Quand ? _____

Pendant combien de temps ?

_____ _____
Mois Année(s)

2 Non

3. Occupez-vous cet emploi :

1 À temps plein

2 À temps partiel →

Moyenne d'heures/semaine
travaillées

3 Occasionnellement ou sur appel →

Moyenne d'heures/semaine
travaillées

4. Occupez-vous un emploi autre que celui dans cette résidence ?

1 Oui → Quel est le titre de cet emploi ? _____

Cet emploi est-il dans un domaine différent ?

1 Oui → Dans quel domaine ?

2 Non

2 Non

5. Travaillez-vous ?

1 Surtout le jour

2 Surtout le soir

3 Surtout la nuit

4 Selon une rotation régulière d'horaires (jour, soir, nuit)

5 Irrégulièrement, selon les appels

6. Depuis les deux dernières années, avez-vous déjà songé à quitter votre emploi ?

1 Oui → Qu'est-ce qui vous a empêché de le faire ?

2 Non

7. Songez-vous actuellement à quitter votre emploi ?

1 Oui → Quels sont les motifs qui font que vous souhaitez quitter votre emploi ?

Quel emploi espérez-vous trouver ?

2 Non

Section II. Les interactions avec les résidents et leurs proches

Le métier que vous exercez suppose l'établissement et le maintien d'interactions ou de contacts plus ou moins fréquents avec les personnes âgées habitant en résidence ainsi qu'avec leurs proches. Nous aimerions, dans cette partie de l'entrevue, connaître vos impressions et vos sentiments face à cet aspect de votre quotidien.

8. Pourriez-vous me décrire vos activités impliquant des interactions ou des rapports avec...

les résidents: _____

leurs proches: _____

9. Pourriez-vous me faire part des aspects positifs que vous rencontrez lors de vos interactions ou vos rapports avec ...

les résidents: _____

leurs proches: _____

10. Pourriez-vous me faire part des difficultés ou des aspects négatifs que vous rencontrez lors de vos interactions ou vos rapports avec...

les résidents: _____

leurs proches: _____

11. Vous arrive-t-il de vous sentir à cours de ressources lors d'interactions ou de vos rapports avec les résidents et/ou leurs proches ?

12. A votre connaissance, y a-t-il des activités récréatives et/ou sociales organisées pour les personnes âgées dans cette résidence ?

- 1 Oui
- 2 Non, passez à la question 17 ,
- 3 Ne sait pas, passez à la question 17

13. Êtes-vous impliqué(e) dans l'organisation d'activités récréatives ou sociales au sein de la résidence?

1 Oui

2 Non, passez à la question 15

14. De quelle manière vous impliquez-vous en relation avec ces activités ?

15. A votre avis, est-ce que l'organisation et/ou le déroulement d'activités sociales ou récréatives semble comporter certaines difficultés ?

1 Toujours

2 Souvent

3 Quelquefois

4 Jamais, passez à la question

5 Ne sait pas

16. Pourriez-vous me parler des difficultés ou des obstacles que rencontrent les organisateurs (trices) de ces activités ?

17. Vous arrive-t-il d'avoir à offrir de l'aide ou à porter assistance aux résidents pour l'entretien physique ou ménager de leur logement ou de leur chambre ?

- 1 Très souvent
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Rarement, passez à la question 20
- 5 Jamais, passez à la question 20

18. En quoi consiste l'aide ou l'assistance le plus souvent apportée ?

19. Vous arrive-t-il de vous sentir à cours de ressources lorsque vous aidez ou assistez les résidents pour l'entretien physique ou ménager de leur logement ?

20. Avez-vous à assister ou à aider les résidents pour certains soins personnels (habillement, toilette, coiffure, etc.) ?

- 1 Très souvent
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Rarement, passez à la question 23
- 5 Jamais, passez à la question 23

21. Pourriez-vous me décrire le genre d'aide ou d'assistance le plus souvent apportée ?

22. Vous arrive-t-il de vous sentir à cours de ressources lorsque vous dispensez des soins personnels aux résidents ?

23. Est-ce qu'il arrive que les personnes âgées vous demandent conseil ou votre aide pour certaines questions ou problèmes personnels (d'ordre financier, de santé ou familial par exemple) ?

- 1 Très souvent
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Rarement, passez à la question 27
- 5 Jamais, passez à la question 27

24. Pourriez-vous me décrire le genre de conseils ou d'aide le plus souvent demandés ?

25. Comment réagissez-vous face à ces demandes de conseil ou d'aide ?

26. Vous est-il déjà arrivé de vous sentir à cours de ressources lorsque les personnes âgées vous demandent des conseils ou de l'aide pour certaines questions ou problèmes personnels ?

27. Les personnes âgées de cette résidence font-elles appel à vous pour les aider lors de déplacements (pharmacie, rendez-vous chez le médecin, courses, etc) ?

- 1 Très souvent
- 2 Souvent
- 3 Parfois
- 4 Rarement, passez à la question 30
- 5 Jamais, passez à la question 30

28. Comment répondez-vous à ces demandes d'aide ?

29. Vous arrive-t-il de vous sentir à cours de ressources lorsqu'on vous demande de l'aide pour des déplacements ?

30. Les personnes âgées vous font-elles part de leurs besoins ou de leurs difficultés de nature psychosociale (solitude, isolement, sentiment d'abandon, craintes, etc) ?

- 1 Très souvent
- 2 Souvent
- 3 Quelquefois
- 4 Rarement, passez à la question 34
- 5 Jamais, passez à la question 34

31. Comment réagissez-vous face à l'expression de ces besoins ou difficultés ?

32. Vous arrive-t-il parfois de vous sentir démuni(e) ou impuissant(e) devant une personne âgée aux prises avec un besoin ou une difficulté de nature psychosociale ?

- 1 Oui
- 2 Non, passez à la question 34
- 3 Peut-être

33. Pourriez-vous me décrire une situation où vous vous êtes senti(e) démuni(e) ou impuissant(e) face à un besoin ou une difficulté de nature psychosociale exprimé par un résident ?

34. De façon générale, de quelle manière les besoins d'aide et d'assistance des personnes âgées vous sont-ils adressés ou exprimés (par le résident, les voisins, les proches, vous vous en rendez compte vous-même, etc) ?

Section III. Habilités et compétences requises

Notre but ici n'est pas d'évaluer votre facilité à effectuer certaines tâches ou à assumer diverses responsabilités relatives à votre travail, mais de connaître les difficultés que peuvent représenter certains aspects en faisant partie.

35. Quelles sont généralement les tâches que vous effectuez dans le cadre de votre travail ?

36. Parmi les tâches que vous avez mentionnées, lesquelles trouvez-vous agréables à exécuter ?

37. Lesquelles, trouvez-vous moins agréables à effectuer ?

38. Parmi les activités que comporte votre travail, pour lesquelles vous sentez-vous le plus à l'aise ?

39. Pour quelles activités vous sentez-vous le moins à l'aise ?

40. Selon vous, quelles sont les habiletés et les compétences que devraient posséder les intervenants qui travaillent auprès des personnes âgées ?

41. Parmi les habiletés et les compétences que vous avez mentionnées, lesquelles possédez-vous le plus ?

42. Avec lesquelles éprouvez-vous certaines difficultés ?

43. Selon vous, quelles qualités personnelles les intervenants qui travaillent auprès des personnes âgées devraient-ils posséder ?

44. Parmi les qualités personnelles que vous venez de mentionner, lesquelles possédez-vous le plus ?

45. Avec quelles qualités personnelles éprouvez-vous le plus de difficulté ?

Section IV. Perception du métier, des personnes âgées et de leurs besoins

Cette partie du questionnaire vise à connaître votre perception du métier que vous exercez. Nous aimerions que vous nous fassiez part des motifs qui vous ont amené à oeuvrer auprès des personnes âgées.

46. Quelles sont les raisons qui ont influencé votre décision de travailler auprès des personnes âgées ?

47. Quels sont parmi les facteurs suivants, et par ordre de priorité, les trois (3) facteurs qui ont eu le plus d'influence sur votre décision ?

1. L'intérêt personnel pour les personnes âgées
2. La connaissance du processus du vieillissement
3. L'impossibilité de faire autre chose
4. La facilité de trouver du travail dans ce domaine
5. Le peu de formation nécessaire pour l'emploi
6. Le désir d'aider les autres
7. Le sentiment de valorisation qu'on peut en retirer
8. Les possibilités de perfectionnement dans ce domaine
9. La rareté des emplois dans mon domaine de formation
10. La possibilité de bien gagner ma vie
11. L'occasion de mettre mes connaissances et habiletés en application

Premier facteur

Deuxième facteur

Troisième facteur

48. D'après vous, quelles sont les qualités et les attitudes que les personnes âgées qui vivent en résidence apprécient le plus chez les divers intervenants qu'elles côtoient comme par exemple ...

les préposé(e)s: _____

le personnel d'entretien: _____

les animateurs(trices): _____

les infirmier(ière)s: _____

le personnel chargé des repas: _____

les bénévoles: _____

les directeurs(trices) ou responsables de résidence: _____

49. En général, trouvez-vous que les personnes qui travaillent dans le domaine de l'hébergement privé possèdent les qualités ou les attitudes personnelles requises pour travailler auprès des personnes âgées ?

- 1 Oui
2 Non
3 Ne sais pas

50. Selon vous, dans quel(s) domaine(s) pourrait-il y avoir des améliorations ?

51. Parmi tous les aspects se rapportant à votre travail, quels sont ceux qui vous apportent le plus de satisfaction ?

52. Quels aspects de votre travail vous apportent le plus d'insatisfaction ?

53. Depuis les derniers six (6) mois, quelle est la situation la plus stressante que vous avez eue à vivre au travail ?

54. De façon générale, comment décririez-vous les personnes âgées avec qui vous travaillez ?

55. Quel est votre degré d'accord avec les affirmations suivantes ?
Les personnes âgées sont...

	Très en accord	Assez en accord	Peu en accord	Pas du tout en accord
satisfaites du travail que l'on accompli pour elles				
exigeantes				
reconnaissantes				
insécures face aux services à recevoir				
insécures quant à leurs finances personnelles				
des personnes qui reçoivent l'attention nécessaire				

56. Selon vous, quels sont les principaux besoins des personnes âgées que vous côtoyez dans l'exercice de vos fonctions ?

57. Parmi les besoins que vous venez d'énumérer, quels sont ceux qui sont comblés ?

58. Quels sont ceux qui ne sont que partiellement ou pas comblés du tout ?

Section V. Formation - Identification des besoins et des obstacles

Dans cette avant-dernière section du questionnaire nous aimerions évaluer avec vous quels sont les besoins de formation que vous pourriez ressentir ainsi que les difficultés pouvant être reliées au maintien ou à l'acquisition de compétences.

59. Avez-vous déjà reçu une formation reliée à votre emploi à l'extérieur des lieux de votre travail (ex: Commission scolaire, cégep, université, etc) ?

1 Oui ↗

Pourriez-vous préciser (le type de formation reçue, la durée, endroit, l'organisme ou l'établissement dispensateur, etc):

2 Non

60. Recevez-vous actuellement une formation reliée à votre emploi à l'extérieur des lieux de votre travail ?

1 Oui ↗

Pourriez-vous préciser (le type de formation en cours, la durée prévue, l'endroit, l'organisme ou l'institution qui dispensateur, etc):

2 Non

61. Avez-vous déjà reçu de la formation dans votre milieu actuel de travail ?

- 1 Oui
- 2 Non, passez à la question 64

62. Cette formation était-elle dispensée pendant vos heures de travail ?

- Oui
- Non

63. Pourriez-vous me donner des précisions sur cette formation (titre, durée, institution ou organisme dispensateur, etc)

64. Recevez-vous actuellement de la formation dans votre milieu de travail ?

- 1 Oui
- 2 Non, passez à la question 67

65. Pouvez-vous préciser de quelle formation il s'agit (titre, durée, institution ou organisme dispensateur, etc)

66. Cette formation est-elle dispensée pendant vos heures de travail ?

- 1 Oui
- 2 Non

67. Qu'est-ce qui vous encouragerait à acquérir de la formation ou d'autres connaissances qui pourrait vous être utile dans votre travail ?

68. Pourriez-vous me parler des besoins de formation que vous ressentez, ou du genre de formation que vous souhaiteriez acquérir ?

69. Quels sont les obstacles qui pourraient vous empêcher d'acquérir de la formation sur les thèmes que vous venez d'identifier ?

70. A l'aide de la grille suivante, comment évalueriez-vous le degré de difficulté que peuvent présenter certaines responsabilités ou situations auxquelles peuvent être confrontées les intervenants qui sont en relation avec les personnes âgées ?

	C'est rarement ou jamais difficile (1)	C'est occasionnellement difficile (2)	C'est souvent ou toujours difficile (3)	Ne s'applique pas (4)
Établir un premier contact avec un résident				
Accueillir et orienter le nouveau résident				
Établir une relation de confiance avec le résident				
Réagir de façon appropriée au comportement difficile d'un résident				
Favoriser l'autonomie chez le résident				
Calmer et sécuriser un résident agité				
Discuter et échanger avec les résidents				
Impliquer les résidents dans les décisions les concernant				
Communiquer avec les proches (famille) du résident				
Évaluer les besoins psychologiques et/ou sociaux des résidents				
Déceler une situation d'abus, de négligence ou de violence envers un résident				
Intervenir lors d'une situation d'abus, de négligence ou de violence envers un résident				
Évaluer les besoins physiques des résidents				
Reconnaître la sénilité ou la démence chez un résident				
Prévenir et/ou gérer une situation de crise chez un résident				
Respecter et favoriser l'intimité des résidents				
Répondre aux différentes demandes des résidents				
Côtoyer un résident malade ou mourant				
Faire face au décès d'un résident				
Impliquer les proches (famille) du résident dans les décisions le concernant				

71. Selon vous, quels sont, parmi les suivants, les trois principaux facteurs qui empêchent généralement les intervenants oeuvrant dans les résidences de participer à des sessions de formation (cocher trois facteurs) ?

- 1 Le manque de temps
- 2 Des moyens financiers limités
- 3 Le manque de motivation
- 4 Les responsabilités familiales
- 5 La difficulté de déterminer ses besoins en matière de formation
- 6 Le manque d'information sur les programmes disponibles

72. Existe-t-il, selon vous, d'autres facteurs pouvant constituer des obstacles à la formation des intervenants ?

- 1 Oui
- 2 Non, passez à la question 74
- 3 Ne sait pas, passez à la question 74

73. Pourriez-vous me mentionner ces autres facteurs ou obstacles ?

Section VI. Données socio-démographiques et caractéristiques individuelles

Les renseignements suivants ne sont recueillis qu'à des fins statistiques ou de comparaisons entre les répondants

74. Sexe: 1 Féminin
 2 Masculin

75. Âge: Dans quel groupe d'âge vous situez-vous ?

- 1 19 ans et moins
- 2 20-29 ans
- 3 30-39 ans
- 4 40-49 ans
- 5 50 ans et plus

76. Formation académique:

Avez-vous **complété** des études de niveau:

Secondaire:

1 Oui →

Secondaire général 1 2 3 4 5

Cours professionnel

Spécifiez: _____

Autre

Précisez: _____

2 Non

Collégial:

1 Oui →

Dans quelle spécialité ?

2 Non

Universitaire:

1 Oui →

Quel diplôme avez-vous obtenu ?

2 Non

77. Revenu: Quel a été votre revenu personnel avant impôt pour l'année dernière ?

- 1 Moins de 10,000\$
- 2 Entre 10,000 et 14,999\$
- 3 Entre 15,000 et 19,999\$
- 4 Entre 20,000 et 24,999\$
- 5 Entre 25,000 et 29,999\$
- 6 Plus de 30,000
- 7 Préfère ne pas répondre

Avant de terminer cette entrevue, j'aimerais vous poser deux dernières questions me permettant de connaître vos impressions sur la dynamique de la résidence...

78. Comment décririez-vous l'ambiance qui règne au sein de la résidence ?

79. Comment décririez-vous les relations qui existent entre les résidents ?

Je vous remercie très sincèrement de votre collaboration !

ANNEXE E

Questionnaire aux personnes âgées

ANNEXE F

Questionnaire aux personnes âgées

**QUESTIONNAIRE AUX AÎNÉ(E)S
vivant en résidence privée**

Projet

**"Vivre à domicile ou en résidence:
un défi pour les aîné(e)s et les intervenants"**

Mars 1997

Section 1. Déterminants et motifs d'utilisation de la ressource

La première partie de ce questionnaire a pour but de connaître les raisons qui vous ont motivé à recevoir de l'aide à domicile.

1. Depuis combien de temps demeurez-vous dans cette résidence ?

Année(s)

Mois

ou

Date d'arrivée à la résidence

2. Comment avez-vous appris l'existence de cette résidence (journaux, amis, CLSC, etc) ?

3. L'idée de venir demeurer dans cette résidence était-elle de:

- 1 vous-même
2 votre conjoint
3 vos enfants
4 d'un(e) ami(e)/d'un(e) voisin(e)
5 d'une intervenante du CLSC
6 de votre médecin de famille
7 autre, précisez _____

4. Avez-vous été encouragé(e) à venir demeurer ici ?

- 1 Oui
2 Non

Si oui, par qui ? _____

5. Étiez-vous d'accord avec le fait devenir demeurer ici ?

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Assez d'accord
- 3 Pas tellement d'accord
- 4 Pas du tout d'accord
- 5 On ne m'a pas demandé mon avis

6. Quels sont les motifs qui vous ont amené à venir demeurer ici ?

7. Parmi les raisons que je vais vous énumérer, pourriez-vous me dire si celles-ci ont eu une influence sur le fait de venir demeurer ici ?

	Oui (1)	Non (2)	Ne sais pas (3)	Ne s'ap- plique pas (4)
Ma santé se détériorait				
Il devenait difficile pour mes proches de s'occuper de moi				
Les tâches ménagères et/ou l'entretien de mon domicile étaient devenues trop lourds pour moi				
Je me sentais insécure				
J'avais besoin de me sentir moins seul(e)				

8. Pourriez-vous me parler de ce que vous avez ressenti les premiers mois après votre arrivée dans cette résidence ?

9. Vous sentez-vous encore comme ça maintenant ?

Section 2. Perception de l'ainé(e) d'une résidence de qualité

Nous allons maintenant essayer ensemble de faire la portrait d'une résidence répondant aux besoins et aux attentes des personnes qui y demeurent.

10. Avant de venir demeurer ici, quel genre d'idée aviez-vous au sujet des services et des soins que vous pourriez recevoir ? Votre idée à ce sujet était-elle ...

- 1 Très précise
- 2 Assez précise
- 3 Plus ou moins précise
- 4 Pas du tout précise
- 5 Je ne sais pas

11. De manière générale, est-ce que les services et les soins que vous recevez dans cette résidence correspondent à ce à quoi vous vous attendiez ?

- 1 C'est **mieux** que ce que j'avais imaginé
- 2 C'est **exactement** ce à quoi je m'attendais
- 3 Cela correspond **en grande partie** à ce que je m'attendais
- 4 Cela ne correspond **pas tellement** à ce que je m'attendais
- 5 Cela ne correspond **pas du tout** à ce que je m'attendais

12. Depuis les derniers six (6) mois, en ce qui concerne les services et les soins que vous recevez, est-ce qu'il y a des choses qui vous ont **agréablement** surpris(e) ou vous ont vraiment fait plaisir ?

- 1 Oui
- 2 Non, passez à la question 14
- 3 Ne sais pas, passez à la question 14

13. Pourriez-vous me parler de ce qui vous a agréablement surpris(e) ou vous a vraiment fait plaisir ?

14. Depuis les derniers six (6) mois, est-ce qu'il y a des choses qui vous ont déçu(e) au plan des services et des soins que vous recevez ?

1 Oui

2 Non, passez à la question 17

3 Ne sais pas, passez à la question 17

15. Pourriez-vous me parler des choses qui vous ont déçu(e) ?

16. Comment, à votre avis, pourrait-on apporter des améliorations aux situations qui vous ont déçues ?

17. Si vous aviez à décrire à un(e) de vos ami(e)s une résidence où il fait bon vivre, quelles sont les principales qualités qui vous viendraient à l'esprit ?

Section 3. Attentes et expression des besoins des aîné(e)s face à la ressource

Au cours de cette partie de notre entretien, nous allons discuter plus en profondeur de la manière dont la résidence répond à vos besoins et voir, s'il y a lieu, comment on pourrait améliorer la situation.

18. Pourriez-vous me décrire les **services** que vous recevez dans cette résidence (repas, entretien ménager, lessive, aide pour l'épicerie, transport, ou autres) ?

19. De manière générale, est-ce que les **services** que vous recevez correspondent à vos attentes ?

- 1 Parfaitement, passez à la question 22
- 2 En grande partie
- 3 Pas tellement
- 4 Pas du tout
- 5 Je ne sais pas, passez à la question 22

20. Pourriez-vous me dire pourquoi certains services que vous recevez ne répondent pas à vos attentes ?

21. Comment pourrait-on améliorer les services qui vous sont offerts ?

22. Recevez-vous des soins personnels et/ou d'hygiène ici (comme par exemple: vous habiller, vous coiffer, prendre votre bain, prendre vos médicaments ou autres) ?

- 1 Oui
2 Non, passez à la question 27

23. Pourriez-vous me mentionner le genre de soins que vous recevez ?

24. De manière générale, est-ce que les soins personnels et/ou d'hygiène que vous recevez correspondent à vos attentes ?

- 1 Parfaitement, passez à la question 27
2 En grande partie
3 Pas tellement
4 Pas du tout
5 Je ne sais pas, passez à la question 27

25. Pourriez-vous me dire pourquoi certains soins personnels que vous recevez ne correspondent pas à vos attentes ?

26. Comment pourrait-on, à votre avis, améliorer les soins personnels que vous recevez ici ?

27. Comment vous situeriez-vous par rapport aux énoncés suivants:
Lorsque je reçois des services ou des soins du personnel...

	Oui (1)	Non (2)	Ne sais pas(3)
je me sens généralement à l'aise avec le personnel			
je me sens en confiance avec le personnel			
j'ai le sentiment que la personne qui m'aide fait de son mieux			
j'ai l'impression que je dérange la personne qui m'aide			
je suis capable d'exprimer mes besoins			
la personne manque de compétences pour m'aider			

28. Est-ce qu'il y a des services ou des soins que vous ne recevez pas ici, mais que vous aimeriez recevoir ?

- 1 Oui
- 2 Non, passez à la question 30
- 3 Ne sais pas, passez à la question 30

29. Quels services ou soins aimeriez-vous recevoir ?

30. Vous est-il déjà arrivé de proposer au personnel ou à la direction de l'organisme d'apporter des changements dans les services ou les soins que vous recevez ?

- 1 Oui
- 2 Non, passez à la question 34
- 3 Ne sais pas, passez à la question 34

31. Quel(s) changement(s) avez-vous demandé d'apporter ?

32. A-t-on répondu à votre demande ?

- 1 Oui
- 2 Non, passez à la question 34
- 3 Ne sais pas, passez à la question 34

33. De quelle façon a-t-on répondu à votre demande ?

Section 4. Perceptions et attentes de la personne âgée face aux intervenants

34. Croyez-vous que les personnes qui travaillent avec les personnes âgées devraient posséder des qualités personnelles particulières ?

- 1 Oui
- 2 Non, passez à la question 37
- 3 Ne sais pas, passez à la question 37

35. Pourriez-vous me nommer ces qualités personnelles ?

36. Les personnes qui vous aident ici possèdent-elles ces qualités ?

37. A quoi les personnes qui travaillent auprès de personnes ayant besoin d'être aidées doivent-elles porter le plus d'attention (le rythme de la personne, son état de santé, la gêne qu'elle peut ressentir, ses états d'âme, etc) ?

38. Quelles qualités personnelles appréciez-vous le plus chez le personnel ou les intervenants qui vous apportent de l'aide ?

39. Qu'est-ce que vous appréciez le moins chez le personnel ou chez les intervenants que vous côtoyez ?

40. Dans quel(s) domaine(s) le personnel ou les intervenants devraient-ils s'améliorer selon vous ?

41. Quel est votre degré d'accord avec les affirmations suivantes ?

Les intervenants sont des personnes qui...

	Très en accord (1)	Assez en accord (2)	Peu en accord (3)	Pas du tout en accord (4)
accomplissent très bien leur travail				
sont à l'écoute de vos besoins				
sont plus préoccupées par leur travail que par vos besoins				
comprennent ce que vous vivez				
respectent votre intimité				
travaillent plus ou moins bien				
établissent des rapports cordiaux avec vous				
s'insèrent dans votre vie privée				
sont distantes				
comprennent peu ce que vous vivez				

Section 5. Données socio-démographiques

Ces renseignements ne sont utilisés qu'à des fins statistiques ou de comparaisons entre les répondants.

42. Sexe

1 Féminin

2 Masculin

43 Âge

Quelle est votre date de naissance ?

Jour Mois Année

44. Scolarité

Combien d'années d'études de niveau primaire et secondaire avez-vous complétées ?

années

Avez-vous poursuivi des études par la suite ?

1 Oui → Quel(s) diplôme(s) avez-vous obtenu(s) ?

2 Non

45. Combien de personnes demeurent dans ce logement (vous y compris) ?

Personnes

Je vous remercie pour votre gentillesse et votre collaboration !

