

**LES BESOINS DE FORMATION DU PERSONNEL
DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES AU QUÉBEC**

**DIAGNOSTIC EFFECTUÉ PAR
LA TABLE DE CONCERTATION SUR LA FORMATION DU PERSONNEL
OEUVRANT EN CHSLD PRIVÉS ET EN RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES**

MAI 2008

Rédaction

Céline Germain

en collaboration avec François Thérien

Mai 2008

SOMMAIRE

En avril 2006 la Table de concertation sur les besoins de formation du personnel œuvrant en CHSLD privés et en résidences pour personnes âgées recevait une subvention d'emploi Québec pour réaliser un diagnostic sur les besoins du personnel de ce secteur d'activités. Un total de 146 entrevues ont été menées auprès des responsables de résidences de toutes tailles et dans toutes les régions du Québec.

Une revue de la littérature a permis de mettre en lumière le rôle des résidences pour personnes âgées, la place qu'elles occupent dans le continuum de soins et services et le rôle de plus en plus important qu'elles sont appelés à jouer auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Alors que le vieillissement de la population québécoise constitue un des enjeux sociaux les plus importants des 30 prochaines années, les CHSLD publics ont restreints leurs critères d'admission et le nombre de places disponibles. Les ressources intermédiaires n'étant pas encore déployées en nombre suffisant, les résidences privées pour personnes âgées s'avèrent souvent la seule alternative pour la personne âgée en perte d'autonomie et pour ses proches. Le nombre de résidences avec service pour personnes âgées s'est multiplié au cours des dernières années, et celles-ci ont occupé une place laissée vacante par les établissements publics, sur le continuum de soins et services. On estime que l'âge moyen des personnes en résidence avec services est de 83 ans.

L'enquête terrain a cependant permis de constater que le personnel des résidences n'a pas nécessairement la préparation et la formation pour accomplir cette nouvelle mission. L'enquête permet d'évaluer qu'environ 20 000 employés à temps plein œuvrent dans ce secteur d'activités et probablement un nombre aussi important d'employés à temps partiel. Environ 80 % de ces employés occupent des fonctions de « préposés ». Cette fonction recoupe des réalités tout à fait différentes selon la taille de la résidence où, dans les plus petites résidences cette fonction réfère à de multiples tâches, dans les grandes résidences cette fonction réfère davantage à l'assistance directe aux personnes âgées. Alors que la clientèle s'alourdit considérablement et que les employés sont appelés à effectuer des tâches qui touchent directement la qualité des soins et la sécurité des résidents, la préparation et le soutien aux employés n'a pas suivi. Seulement 41 % des résidences exigent une formation de préposés au moment de l'embauche. L'enquête met également en évidence les problèmes de recrutement, de rétention et de valorisation du travail dans ce secteur.

L'évaluation de la situation, qu'a permis l'enquête terrain, amène le comité de concertation à recommander la mise sur pied d'un comité sectoriel de la main d'œuvre pour ce secteur, un comité qui aurait comme principal mandat de développer des stratégies de formation et de les rendre accessibles à l'ensemble des employés des CHSLD privés et des résidences pour personnes âgées.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	i
Table des matières	ii
Liste des sigles utilisés	iii
Introduction	1
Chapitre 1 : Portrait du secteur	3
1.1 Introduction.....	3
a) La situation démographique actuelle.....	3
b) Les besoins reliés au vieillissement de la population.....	4
1.2 Les milieux de vie des aînés québécois.....	6
1.3 L’encadrement juridique des milieux de vie substitués.....	7
1.4 Évolution du recours à un milieu de vie substitut pour les aînés.....	9
1.5 Les résidences privées avec services : principal milieu de vie substitut au Québec.....	13
<i>La variabilité des services offerts</i>	14
<i>La contribution du secteur public au secteur privé</i>	16
1.6 Le secteur des résidences privées à la lumière de la recherche de la Table de concertation.....	18
<i>En conclusion</i>	24
Chapitre 2 : Portrait des ressources humaines	25
2.1 Profil général des ressources humaines à l’emploi des résidences et CHSLD privés.....	25
2.2 Les différentes catégories d’employés.....	26
2.3 Les conditions de travail des employés des résidences et CHSLD privés et les catégories d’emplois.....	27
2.4 Le recrutement et la rétention des employés.....	29
2.5 Les soins et services dispensés par les employés.....	29
2.6 La formation actuelle des préposés aux bénéficiaires.....	32
2.7 Les pratiques et les besoins de formation des employés.....	34
2.8 Les principaux obstacles à la formation.....	37
2.9 Les entrevues de groupe.....	39
2.10 Le programme d’Assistance aux personnes âgées.....	40
<i>La situation particulière de Montréal</i>	42
<i>En conclusion</i>	44
Chapitre 3 : Conclusion et recommandations	45
<i>Recommandations</i>	48
Références	49
Annexe 1	
Liste des membres de la table de concertation sur les besoins de formation du personnel des résidences et CHSLD privés du Québec	
Annexe 2	
Questionnaire d’entrevues avec les 146 propriétaires ou gestionnaires de résidences ou CHSLD privés pour personnes âgées	
Annexe 3	
Compte-rendu des entrevues de groupes menées dans le cadre de l’enquête terrain	

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

ASSS.....	Agence de santé et de services sociaux
ARRQ.....	Association des résidences pour retraités du Québec
ARCPQ.....	Association des Résidences et CHSLD privés du Québec
AVD.....	Activités de la vie domestique
AVQ.....	Activités de la vie quotidienne
CH.....	Centre hospitalier
CHSLD.....	Centre hospitalier de soins de longue durée
CSSS.....	Centre de santé et de services sociaux
MSSS.....	Ministère de la santé et des services sociaux
RI.....	Ressource intermédiaire
RTF.....	Ressource de type familial

INTRODUCTION

La présente étude a été réalisée par la *Table québécoise de concertation sur la formation du personnel œuvrant en CHSLD privé et en résidence pour personnes âgées* (Table), dans le but de dresser un profil d'ensemble du secteur et de sa main d'œuvre et d'y identifier les besoins de formation. La Table regroupe des organismes représentant les employeurs et les employés du secteur ainsi que des organismes intéressés à la situation des aînés au Québec (Annexe 1, Liste des membres de la Table).

D'abord initiée par le *Secrétariat aux aînés*, en septembre 2004, celui-ci invitait les principaux acteurs concernés à discuter de la possibilité d'intervenir, sur une base sectorielle, dans le développement de la main-d'œuvre dans les ressources d'hébergement privées pour personnes âgées. En janvier 2006, à l'issue d'une quatrième rencontre, les partenaires présentaient une demande de soutien financier à Emploi-Québec en vue de la réalisation de la présente étude. Au printemps 2007, suite à l'acceptation du projet soumis par Emploi-Québec, la Table procédait à son incorporation à titre d'organisme sans but lucratif, se dotait de règlements généraux et nommait son premier conseil d'administration. Les travaux de la présente étude se sont déroulés de janvier 2007 à janvier 2008 et ont permis de rejoindre 146 propriétaires ou gestionnaires de résidences privées pour personnes âgées, près d'une trentaine d'employés et propriétaires de petites résidences (moins de 9 unités).

La formation du personnel œuvrant en CHSLD privé et en résidence pour personnes âgées constitue en effet un enjeu crucial, non seulement pour le développement du secteur, mais aussi – et surtout – pour la qualité de vie des aînés qui ont élu domicile dans ces ressources d'hébergement. Le présent diagnostic vise à tracer un portrait juste de la situation du secteur et de sa main-d'œuvre, afin que les partenaires de la Table puissent, en accord avec les valeurs de la société québécoise, entreprendre des moyens d'action susceptibles d'offrir les meilleurs services d'hébergement possibles aux aînés qui les requièrent.

CHAPITRE 1 : PORTRAIT DU SECTEUR

« Quelle sera l'évolution de ce secteur de services ? Les types de milieux, les places et les services seront-ils accessibles, suffisants, adéquats ?...Comment auront-ils la capacité de répondre adéquatement aux besoins d'une clientèle qui présentera une perte d'autonomie de plus en plus sévère alors que le manque de formation du personnel et des gestionnaires est déjà évident ? La question reste, pour le moment, entière¹. »

Conseil des aînés²

1.1 Introduction

a) La situation démographique actuelle

L'ampleur des besoins des personnes âgées auxquels nous aurons à répondre comme société dépend en grande partie de la démographie. Le groupe des personnes âgées de 65 ans et plus représentait 14,1 % de la population en 2006 et on prévoit qu'il en formera 29,7 % en 2051. Avec l'augmentation de la longévité, la proportion des personnes très âgées, c'est-à-dire de plus de 85 ans sera multipliée par quatre entre 2006 et 2051, passant de 1,9 % à 7,5 %.³

De plus, le Québec est l'une des sociétés qui vieillit le plus rapidement, ne cédant ce titre, en fait, qu'au Japon. À cause du fait que le baby-boom fut suivi d'une chute rapide de la natalité à compter des années 60 et avec une plus grande longévité, le Québec mettra 29 ans pour que la proportion de sa population aînée passe de 12 % à 24 % (vers 2025). En comparaison, le Canada sans le Québec, aura mis 44 ans pour faire le même parcours (en 2040), la France 67,5 ans (vers 2027)⁴. Le Japon constitue la seule société avec un vieillissement plus rapide que le Québec : sa population aînée sera passée de 12 % à 24 % en 22,2 ans, vers 2015.

... le Québec est l'une des sociétés qui vieillit le plus rapidement, ne cédant ce titre, en fait, qu'au Japon.

¹ CONSEIL DES AÎNÉS, *État de situation sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, février 2007.

² Conseil des aînés, *État de situation sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, 2007 : 51

³ Conseil des aînés, 2007a : VII

⁴ MSSS 2005, d'après Gauthier et coll. 2004

Le phénomène du vieillissement détermine pour une bonne part les besoins qu'il implique; son ampleur et sa vitesse déterminent en contrepartie l'importance et l'urgence des défis auxquels notre société aura à faire face.

b) Les besoins reliés au vieillissement de la population

La démographie influence donc l'évolution des besoins en matière de soins et services sociaux-

... on estime présentement que le taux d'incapacités (de légères à graves) s'établit à 55 % chez les plus de 75 ans¹ et on s'attend en particulier à une prévalence croissante des troubles cognitifs dans la population aînée.

sanitaires. Avec l'âge, augmentent les incapacités de diverses natures et on estime

présentement que le taux d'incapacités (de légères à graves) s'établit à 55 % chez les plus de 75 ans⁵ et on s'attend en particulier à une prévalence croissante des troubles cognitifs dans la population aînée.

Le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie ira donc en augmentant, à cause de la croissance de la population âgée et surtout de la présence de plus en plus marquée de la population très âgée. Le ministère de la Santé et des services sociaux⁶ estimait à 200 000 le nombre d'aînés en perte d'autonomie en 2003-2004 [soit environ 20 % de la population aînée] et en prévoyait 230 000 en 2010.

La prévalence des troubles de démence s'établirait à 2,4 % chez les 65-74 ans, 11,1 % chez les 75-84 pour monter rapidement à 23 % dans le groupe 85-89, puis 40 % dans la tranche suivante et enfin 55 % chez les plus de 95 ans. Le MSSS⁷ estime, sur la base de ces taux de prévalence, que la proportion d'aînés souffrant de démence augmenterait légèrement, passant de 8,0 % qu'elle était en 2001 à 8,65 % en 2011. Évidemment, on peut s'attendre à un taux de prévalence supérieur à plus long terme (jusqu'à 13,0 % en 2051 selon le Conseil des aînés, 2007 b), à mesure que la proportion des personnes très âgées augmentera.

Au niveau individuel, la probabilité de connaître et d'aggraver une ou plusieurs incapacités augmente avec l'âge; au niveau populationnel, le vieillissement de la population entraîne une

... le vieillissement de la population entraîne une croissance prévisible des besoins liés à la perte d'autonomie.

croissance prévisible des besoins liés à la perte d'autonomie.

⁵ Saucier et Lafontaine, 1998, cités par MSSS 2005 : 19

⁶ 2005 : 12

⁷ 2005

Ces besoins peuvent trouver réponse d'abord par des services de soutien à domicile grâce auxquels les personnes peuvent demeurer plus longtemps dans leur milieu naturel. Quand cela n'est plus possible, il faut alors recourir à un milieu de vie substitut qui, dans l'idéal, devrait pouvoir apporter une réponse adaptée aux besoins actuels de la personne, mais aussi une réponse évolutive qui s'adapte aux changements dans son degré d'autonomie.

Au plan économique, la condition des aînés, au Canada, s'est grandement améliorée depuis une trentaine d'années : en 1980, 21,3 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivaient sous le seuil de faible revenu (SFR) de Statistique Canada; en 1996, cette proportion est passée à 9,8 %, puis à 6,8 % en 2003⁸ et est donc beaucoup plus faible que celle de la population générale (11,5 % sous le SFR en 2003). Par contre, la répartition de la population par tranches de revenu au Québec montre que les aînés sont relativement moins nombreux que la population générale dans les strates élevées, comme on voit au tableau 1 :

Tableau 1 : Répartition des particuliers âgés de 65 ans et plus selon certaines tranches de revenu

	1994 (%)	1997 (%)	2003 (%)
Moins de 20 000 \$	77,9	75,8	61,5
Plus de 40 000 \$	5,4	6,5	11,4

Source : Conseil des aînés 2007b : 101, d'après Statistique Canada et ISQ 2000

Par comparaison, en 2003, on retrouvait 31,4 % de la population générale dans la tranche des 40 000 \$ et plus, alors que la proportion n'est que de 11,4 % chez les aînés. Dans ce tableau d'ensemble, il faut aussi préciser que la situation économique des femmes est plus précaire que celle des hommes : en 2003, 74,7 % des femmes âgées gagnaient moins de 20 000 \$, contre 43,8 % chez les hommes (ibid.).

⁸ Statistique Canada 2005

1.2 Les milieux de vie des aînés québécois

Le tableau 2 reprend les données produites par le Conseil des aînés sur la répartition des aînés⁹ par mode de résidence en 2005-2006 .

Deux constats majeurs ressortent du tableau 2 :

1. L'immense majorité des aînés (près de 88 %) vit dans son milieu de vie naturel.
2. Parmi ceux qui vivent en milieu substitut (130 915), plus de la moitié (55 % ou 72 006) se retrouvent dans des résidences privées avec services à but lucratif (incluant les OSBL d'habitation), c'est-à-dire, selon la définition officielle, des « immeubles d'habitation collective où sont offerts, contre le paiement d'un loyer des chambres ou des logements... et une gamme plus ou moins étendue de services, principalement reliés à la sécurité et à l'aide à la vie domestique ou à la vie sociale... »¹⁰ .

Tableau 2 : Répartition des aînés selon leur mode de résidence en 2005-2006

Mode de résidence	Nombre de personnes	%
Domicile conventionnel	914 732	87,5 %
Résidences privées à but lucratif	72 006	6,9 %
CHSLD publics	29 668	2,8 %
Organismes à but non lucratif	8 819	0,8 %
CHSLD privés conventionnés	5 589	0,5 %
Communautés religieuses	4 432	0,4 %
Ressources intermédiaires	3 913	0,4 %
Ressources de type familial	2 538	0,2 %
CHSLD privés non conventionnés	2 467	0,2 %
HLM avec services, Coops, Projets novateurs	1 497	0,1 %

Source : Conseil des aînés 2007b : 44-47

⁹ Il faut noter que ce tableau ne recense que la clientèle aînée (plus de 65 ans) mais que la plupart de ces ressources hébergent aussi des clientèles plus jeunes qui ont besoin d'un milieu de vie substitut pour d'autres motifs que la perte d'autonomie liée à l'âge.

¹⁰ article 346.0.1 de la Loi 83, Loi sur la santé et les services sociaux

Évidemment, le recours à un milieu substitut augmente avec l'âge. Bien qu'il soit difficile d'obtenir des chiffres précis sur le mode de résidence en fonction de l'âge, nous pouvons en établir un estimé raisonnable à partir de données du Portrait des familles au Québec¹¹: 3,4 % des 65-74 vivraient en « ménage collectif » (ce qui correspond grosso modo à la notion de milieu de vie substitut), 5,9 % des 75-84 et 39,4 % des personnes de plus de 85 ans¹².

1.3 L'encadrement juridique des milieux de vie substituts

Les milieux de vie substituts, selon le type, sont soumis à un encadrement juridique différent les uns des autres. D'une part, on retrouve les établissements qui doivent détenir un permis d'opération du ministère de la Santé et des services sociaux pour exploiter un centre d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes âgées non autonomes. L'obtention du permis est soumise à des conditions fixées par la Loi et les règlements qui déterminent, entre autres, les services à offrir, les programmes de nature préventive, thérapeutique et de réadaptation ainsi que la qualification requise des ressources humaines qui dispensent ces services. Donc, les établissements ou entreprises qui veulent exercer une mission de CHSLD (public ou privé) et en porter le titre doivent faire une demande de permis et en remplir les conditions.

D'autre part, les résidences privées qui, en principe, desservent une clientèle autonome ou en légère perte d'autonomie, n'ont pas à obtenir de permis du MSSS pour opérer, car leurs activités devraient consister essentiellement en services d'hôtellerie et d'aide aux activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique. Jusqu'à l'adoption de la Loi 83, il n'était question pour ces établissements d'aucune supervision de la part du MSSS. Tout au plus, le MSSS dans ses Orientations ministérielles de 2001 avait-il confié aux Régies régionales le mandat d'en établir un registre qui devait être mis à jour annuellement. Les résidences sont toutefois soumises évidemment aux règlements municipaux régissant les ressources de chambre et pension (par exemple, eu égard au zonage ou à la salubrité) ainsi qu'aux règlements du Code du bâtiment pour les résidences de plus de 9 chambres.

La Loi sur la santé et les services sociaux modifiée en novembre 2005, vint introduire la notion de certification pour les résidences privées : le processus de certification s'est concrètement mis en branle à partir de février 2007. Le règlement qui régit le processus de certification comprend 26 articles dont les plus contraignants sont probablement les suivants :

¹¹ Ministère des aînés et de la famille 2005

¹² Par une autre voie, en prenant des chiffres cités dans Réalité des aînés québécois (Conseil des aînés 2007 b : 37) sur le nombre de personnes vivant en ménage privé selon le recensement de 2001, on arrive à des chiffres semblables (mais différents pour le groupe des 75-84 ans) sur le pourcentage de personnes qui ne vivent pas en milieu privé : 3,3 % pour les 65-74, 11,8 % pour les 75-84 et 41,1 % pour les plus de 85 ans.

- obligation d’avoir un système fonctionnel d’appel à l’aide (art.13)
- obligation d’avoir en poste, 24 heures sur 24, une personne majeure qui détient une formation à jour en réanimation cardio-respiratoire, en secourisme et en déplacement sécuritaire des personnes âgées (art. 14);
- obligation d’avoir un plan de sécurité incendie (art. 19)

La Loi sur la santé et les services sociaux permet désormais à un représentant autorisé de l’Agence de faire des inspections de résidences en tout temps sans avoir à attendre la réception d’une plainte formelle.

- les Ressources intermédiaires (RI): « ressources rattachées à un établissement public qui, afin de maintenir ou intégrer un usager inscrit à ses services, lui procure par l’entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d’assistance requis par sa condition », (art. 302 de la LSSS);
- les Ressources de type familial (RTF): « une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d’un milieu naturel (art. 312 de la LSSS).

Ainsi dans ces deux derniers cas, il s’agit de résidences qui, sans être du secteur public, y sont néanmoins rattachées par un lien contractuel avec une ressource publique (typiquement un CHSLD). Comme le notait la Commission des droits de la personne dans son rapport de 2001, ces ressources sans permis d’opération sont néanmoins « tenues de respecter les critères de reconnaissance définis par la Régie régionale et elles font l’objet d’un suivi professionnel de la part de l’établissement auquel elles sont rattachées »¹³. Comme pour les CHSLD publics (ou privés conventionnés), l’admission dans ces ressources passe par un processus d’évaluation des comités régionaux d’orientation et d’admission¹⁴. La couverture de services dans ces ressources diffère de celle des CHSLD, et observe même des variations entre les ressources¹⁵.

¹³ CDPDJ 2001 : 90

¹⁴ Conseil des aînés 2007 : 15

¹⁵ Conseil des aînés 2007 : 18

Les différents types de milieux substitués sont donc assujettis à un encadrement juridique spécifique, en principe ajusté aux types de clientèle qu'ils peuvent accueillir. En pratique, cependant, on retrouve dans ces différents milieux des clientèles qui présentent une même problématique, un même profil de besoins liés à la perte d'autonomie. Cette situation dans laquelle des besoins identiques reçoivent des réponses différentes (et à des coûts différents) laisse d'ailleurs perplexes le Conseil des aînés¹⁶, d'autant plus que le secteur des résidences privées avec services, le secteur le moins encadré et le moins soutenu par l'État, occupera de plus en plus de terrain dans les années qui viennent.

Le statut de ressource intermédiaire peut être accordé à une résidence privée, pour certains de ses résidents qui y auront été orientés par le Comité régional d'admission, donc par le réseau public. Ces clients sont alors subventionnés dans la mesure où leur contribution financière est fixée par règlement (comme pour les bénéficiaires de CHSLD) et reçoivent des services professionnels d'un établissement public. Ainsi, ces personnes côtoient dans la même installation où elles habitent des résidents dont l'état de santé et d'autonomie est semblable au leur, mais qui paient un loyer fixé par le marché et qui n'est pas admissible aux services d'un CHSLD.¹⁷

1.4 Évolution du recours à un milieu de vie substitué pour les aînés

Si on regarde maintenant la situation actuelle dans une perspective temporelle, on constate depuis une vingtaine d'années une tendance très nette vers le secteur privé et, plus spécifiquement, vers les résidences privées avec services. Cette tendance ne pourra que se poursuivre compte tenu de l'accroissement de la population âgée et très âgée, d'une part, et de la décision du MSSS dans son Plan d'action 2005-2010 de ne pas augmenter le nombre de places en CHSLD. Au cours des dernières années, non seulement la part des CHSLD dans l'hébergement des personnes âgées a-t-elle diminué, mais l'offre de lits en nombre absolu dans les trois types de CHSLD (publics, privés conventionnés et privés non conventionnés) est passé de quelque 60 000 dans les années 80¹⁸ à 42 646 en 1991, puis à 37 724 en 2005, l'essentiel de la baisse (70 %) étant concentré dans le secteur

... on constate depuis une vingtaine d'années une tendance très nette vers le secteur privé et, plus spécifiquement, vers les résidences privées avec services.

¹⁶ 2007a : 14

¹⁷ Charpentier 2002 : 27

¹⁸ Rochon 1988

public. Alors qu'en 1991, les CHSLD hébergeaient 5,5 % de la population âgée de plus de 65 ans, en 2005 la clientèle des CHSLD ne représentait plus que 3,6 % des aînés.¹⁹

La tendance vers le privé s'explique par l'effet conjugué de deux facteurs principaux, le vieillissement de la population et les décisions ministérielles sur l'offre de service en CHSLD; comme le notait la Commission des droits de la personne dans son rapport de 2001 « compte tenu des facteurs démographiques...et de l'insuffisance de places en milieu d'hébergement public, des clientèles dont les besoins exigent des soins que seul l'hébergement public peut fournir, se retrouvent, par la force des choses, en milieu privé non conventionné »²⁰. À cela, il faudrait ajouter l'insuffisance des ressources publiques pour les soins à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. En effet, même si les CHSLD (publics et privés conventionnés) hébergent moins de 4% des aînés québécois, ils accaparent en 2001-2002 71 % (1,3 milliard \$) des dépenses du programme-services «Perte d'autonomie liée au vieillissement » du MSSS contre 13 % (248 millions \$) pour les services à domicile.²¹

De plus en plus, la clientèle des CHSLD s'est alourdie et les critères d'admission se sont énormément resserrés : alors qu'en 1991 on pouvait admettre des bénéficiaires requérant 1 heure 20 minutes de soins par jour, en 2006 le seuil d'admissibilité était passé à 3 et même 3,5 heures de soins par jour.²² Il n'est donc pas surprenant de constater que, par voie de conséquence de ce resserrement des critères, la clientèle admise en CHSLD, présentant une problématique de perte d'autonomie plus lourde, est beaucoup plus âgée qu'auparavant : en 1991 environ le tiers des personnes admises en CHSLD avait plus de 85 ans, tandis qu'en 2005, cette proportion était de presque 45 %, de telle sorte que globalement la clientèle des ces établissements est en majorité composée de personnes de plus de 85 ans. De plus, entre 75 % et 80 % des personnes admises en CHSLD souffriraient de la maladie d'Alzheimer ou de problèmes connexes²³. Une des conséquences de cette évolution est évidemment que la durée moyenne de séjour en CHSLD a diminué de 20 % entre 1991 et 2005 (de 253 à 204 jours).

¹⁹ Conseil des aînés 2007a : 30

²⁰ CDPDJ 2001 : 25

²¹ MSSS 2005 : 22

²² Conseil des aînés 2007a : 33

²³ Conseil des aînés 2007a : VI

La population âgée de plus en plus nombreuse qui subit des incapacités légères et modérées et qui nécessiterait ou désirerait un milieu de vie substitut doit avoir recours

La population âgée de plus en plus nombreuse qui subit des incapacités légères et modérées et qui nécessiterait ou désirerait un milieu de vie substitut doit avoir recours pour l'essentiel à des résidences dont le nombre s'est multiplié ces dernières années.

pour l'essentiel à des résidences dont le nombre s'est multiplié ces dernières années : près de 65 % des résidences en opération en 2006 avaient été mises sur pied depuis 1990. Et pour la seule période allant de 1994 à 2006, le nombre de résidences a augmenté de 22 % et le nombre de places de 48 %.²⁴ Le marché a donc répondu à une demande qui se manifestait et qui ne correspondait pas aux critères des établissements de soins de longue durée et dont la clientèle n'avait pas accès adéquatement aux services de soutien à domicile des CLSC (ou encore qui ne pouvait entièrement compter sur des aidants naturels).

À mesure que la clientèle hébergée en résidences privées avance en âge, les résidences sont appelées à dispenser des services plus nombreux et surtout plus complexes, dépassant le niveau de l'aide aux activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique (AVQ et AVD). Jusqu'à récemment, l'activité des résidences se déroulait selon une stricte logique du marché sans encadrement de la part du réseau de la santé et des services sociaux, avec comme seule contrainte réglementaire, l'obligation de respecter le code du bâtiment. La seule logique du marché ne saurait prévaloir dans le domaine de l'hébergement des aînés car il s'agit d'une clientèle vulnérable, fragilisée, dont l'état de santé global ne permet pas souvent de bien

... À mesure que la clientèle hébergée en résidences privées avance en âge, les résidences sont appelées à dispenser des services plus nombreux et surtout plus complexes, dépassant le niveau de l'aide aux activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique (AVQ et AVD).

faire valoir ses besoins et ses droits. Depuis 2002, les Régies, devenues Agences de la santé et des services sociaux (ASSS), doivent tenir un registre de ces résidences et, plus récemment avec la Loi 83, un processus de certification est amorcé en fonction duquel les résidences devront respecter certaines conditions minimales et pourront être inspectées par des représentants de l'ASSS.

²⁴ Conseil des aînés 2007b : 13

Les Orientations ministérielles

En 2001, le ministère de la Santé et des services sociaux a publié un document intitulé Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ce document prenait acte du vieillissement démographique et de ses effets sur les besoins de services. Il visait à tracer les grandes lignes de l'organisation future des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

- La première orientation traitait de l'intégration des services axée sur trois composantes : une composante organisationnelle (guichet unique, système d'évaluation des besoins, systèmes de communication entre intervenants), une composante clinique et une composante administrative pour permettre une gestion unifiée.
- La deuxième orientation portait sur l'accès à une gamme de services mieux adaptés à la diversité et à la complexité des besoins. Le domicile devait être le lieu privilégié de la prestation de services et on rappelait à cet égard qu'un principe tiré du Cadre de référence sur les services à domicile était toujours en vigueur : « Lorsqu'une personne réside de manière permanente dans une habitation collective qui offre le gîte et le couvert comme services de base, cette résidence doit être considérée comme son domicile. »
- La troisième orientation concernait la qualité et l'évolution des pratiques, des interventions et des milieux. Le cas des résidences privées (sans permis du MSSS) n'y était traité qu'à la toute fin, soulignant qu'elles n'étaient pas régies par le ministère mais que les Régies régionales allaient être appelées à définir des standards de qualité et tenir un répertoire des résidences.

En 2005, le MSSS déposait un plan d'action 2005-2010 (un défi de solidarité) qui découlait dans une large mesure du document précédent. Le rôle effectif joué par les résidences privées n'y est toujours pas reconnu en tant que tel. Ainsi lorsqu'il est question des aînés qui reçoivent des services, on ne distingue que deux grandes catégories de milieux de vie : les CHSLD (publics ou privés) et la « communauté ». parmi les choix importants à réaliser, le MSSS mentionne l'amorce d'un programme de formation qui n'est cependant destiné qu'au personnel du réseau public.

1.5 Les résidences privées avec services : principal milieu de vie substitut au Québec

Comme on l'a vu au tableau 2, les résidences privées à but lucratif avec services en sont arrivées à constituer, et de loin, le principal milieu de vie substitut pour la population âgée du Québec : elles desservent environ 55 % des personnes de 65 ans et plus hébergées en milieu substitut (versus un peu plus de 20 % pour le milieu qui vient au deuxième rang, soit celui des CHSLD publics). Cela représente environ 7 % de toute la population aînée du Québec, contre quelque 3 % pour les CHSLD publics. L'importance croissante du secteur des résidences privées pour l'hébergement des personnes âgées est aussi confirmée, non seulement par l'augmentation du nombre de résidences, mais encore par l'augmentation du taux d'occupation : 80 % en 1994 contre 98,6 % en 2006.²⁵

Les résidences privées à but lucratif avec services en sont arrivées à constituer, et de loin, le principal milieu de vie substitut pour la population âgée du Québec

Compte tenu de ce qu'on a vu plus haut concernant l'admission en CHSLD, on doit s'attendre à ce que la clientèle des résidences soit moins âgée que celle des CHSLD. En effet, selon les données du Registre des résidences pour personnes âgées du MSSS (au 28 décembre 2007), la répartition des résidents par groupe d'âge est indiquée au tableau 3.

Tableau 3 : Répartition par groupe d'âge de la clientèle des résidences

Groupe d'âge	%
65-74 ans	16,2 %
75-84 ans	50,0 %
>85 ans	34,1 %

Source : Registre des résidences pour personnes âgées, (accès internet le 28-12-2007)

On observe cependant depuis une quinzaine d'années un vieillissement de la clientèle qui exerce inévitablement un impact sur la demande de services. Ainsi, entre 1994 et 2006, alors que le nombre de places augmentait de 48 %, la clientèle âgée de plus de 75 ans augmentait de 74,3 % : elle représentait en 1994, selon une étude du MSSS citée par de Conseil des aînés²⁶, 65 % de la clientèle des résidences et cette proportion au seuil de 2008 (tableau 2) était maintenant de 84 %.

²⁵ Conseil des aînés 2007a : 13

²⁶ 2007a : 13

Les résidences privées constituent un ensemble extrêmement diversifié, tant au niveau de la quantité que de la qualité de l'offre de services, sans parler du coût. Le tableau 4 présente la répartition des résidences en fonction de la taille :

Tableau 4 : Répartition des résidences selon la taille (en juin 2004)

Nombre d'unités	Nombre de résidences	Nombre de résidents
1-9	1 098	5 928
10-49	725	14 828
50-99	181	12 382
100-199	105	15 005
>200	46	14 997
Total	2 155	63 140

Source : Aubry 2005 : 32, d'après le Registre des résidences

On constate donc que les très petites résidences, souvent d'ailleurs assez précaires au plan financier, représentent environ la moitié des résidences (1 098 sur 2 155) mais desservent moins de 10 % de la clientèle (5 928 sur 63 140). Par contre, les résidences comptant plus de 100 unités ne sont que 7 % (151 sur 2155) des résidences mais accaparent 48 % de la clientèle (30 002 sur 63 140). La taille des résidences est une variable importante à considérer et qu'on peut souvent associer à la capacité d'offrir des services plus complexes, ou avec du personnel mieux formé, comme nous le verrons à la section 5. Cependant, pour ce qui est de la répartition par groupe d'âge de la clientèle, on note, selon les données rapportées par Aubry (ibid.), aucune différence significative entre les diverses catégories de résidence, sauf pour le cas particulier des résidents de moins de 65 ans qui forment une part relativement plus importante de la clientèle (11,8 %) dans les très petites résidences que dans les plus grandes (où cette proportion varie de 2,2 % à 6,8 %).

La variabilité des services offerts

La variabilité des services offerts et des coûts pour ces services est très grande dans le secteur des résidences privées. On note d'abord des écarts prévisibles dans la composante « hôtellerie » (frais de gîte et couvert), ainsi que des différences significatives dans la couverture des services inclus dans le loyer mensuel ou facturés à la carte. Les frais mensuels assumés par les clients

peuvent monter jusqu'à 5 000 \$ par mois²⁷, quoiqu'ils ont droit à un crédit d'impôt pour le maintien à domicile d'une personne âgée de 70 ans ou plus qui rembourse une petite partie des frais encourus pour des services autres que le gîte et le couvert (25 % d'une somme plafonnée à 15 000 \$ par année). En 2003, ce crédit a profité à près de 70 000 personnes pour un montant global de 62 millions \$.²⁸

Le secteur des résidences privées est donc loin de constituer un univers homogène qui ferait contraste avec le secteur public. Si en matière d'hébergement et de services aux personnes âgées en perte d'autonomie on peut parler d'un système à deux vitesses, cette dualité, comme l'explique Michèle Charpentier²⁹, se vit surtout à l'intérieur du réseau privé des résidences pour personnes âgées.

En effet, comme l'offre de places en CHSLD public est en contraction

... en matière d'hébergement et de services aux personnes âgées en perte d'autonomie on peut parler d'un système à deux vitesses...

malgré l'augmentation de la population très âgée (et partant, l'augmentation des besoins), les aînés en perte d'autonomie n'ont d'autre choix que de recourir au privé, quelles que soient leurs conditions socio-économiques. Or, malgré l'amélioration générale du niveau de vie des personnes de 65 ans et plus, une large fraction de ce groupe d'âge subsiste avec des revenus relativement modestes comme on l'a vu plus haut : en 2003, 43,8 % des hommes et 74,7 % des femmes avaient des revenus annuels inférieurs à 20 000 \$. Dans ces conditions, les personnes moins nanties n'ont pas la capacité de payer un loyer mensuel de quelques milliers de dollars comme on en retrouve dans certaines résidences luxueuses. Dans leur étude en Estrie, Bravo et al. (1997 :

... les aînés en perte d'autonomie n'ont d'autre choix que de recourir au privé, quelles que soient leurs conditions socio-économiques.

24) avaient estimé à 52 % le pourcentage de personnes en perte d'autonomie dans les résidences privées qui vivaient du supplément de revenu garanti. Le secteur des résidences privées avec services ne dessert donc pas majoritairement une clientèle très fortunée. Le marché doit s'adapter à la capacité de payer des clientèles. C'est ainsi qu'on retrouve des résidences (surtout de petite et de moyenne taille) où les loyers sont moins élevés, mais les services plus restreints, sans parler de la santé financière de ces entreprises qui est souvent précaire.

La taille des résidences apparaît en effet comme variable-clé pour caractériser les résidences privées. Il est notoire que les petites résidences font face à une précarité économique

²⁷ Conseil des aînés 2007a

²⁸ MSSS 2005 : 23

²⁹ 2002 : 148-151

importante : accueillant une clientèle relativement peu nantie, elles n'ont pas les ressources pour offrir une gamme étendue de services professionnels et doivent souvent se limiter aux besoins les plus élémentaires. L'embauche de personnel qualifié, ou la formation en cours d'emploi, ne sont alors pas possibles. D'ailleurs, dans bien des cas, les propriétaires-gestionnaires sont seul(e)s pour assumer toutes les tâches.

L'étude dont nous rapporterons les principales conclusions, menée auprès de 146 établissements de toutes dimensions, illustrera certaines des différences importantes qui existent entre les petites et les grandes résidences, notamment au niveau des services offerts et de la formation.

La contribution du secteur public au secteur privé

En principe, une personne âgée qui élit domicile dans une résidence privée avec services devrait avoir accès aux services de soutien à domicile du CSSS de son territoire³⁰, du moins pour les soins et services professionnels « donnés selon le mode ambulatoire »³¹, l'assistance aux AVQ et AVD étant réputée être couverte par le loyer payé à la résidence. Le même document d'orientations ministérielles (ibid.) mentionne que « dans le cas précis des services d'assistance à la personne qui exigent une formation de base, il arrive que la résidence ne dispose pas des ressources humaines nécessaires – auxiliaire familiale et sociale, préposé, infirmière auxiliaire ; elle pourra prendre entente avec le CLSC pour rendre ces services accessibles »²⁹.

En réalité, les ressources ne sont pas disponibles pour desservir cette clientèle et les services de soutien à domicile sont presque entièrement accaparés par les soins post-opératoires (dans le sillage du virage ambulatoire) et par la clientèle vivant en milieu naturel. Malgré les augmentations de budget pour le soutien à domicile, l'État est encore loin de pouvoir répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie par des services dans la communauté. D'ailleurs, d'après les chiffres mêmes du ministère dans son Plan d'action 2005-2010, le budget du programme-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement » était, en 2001-2002, consacré à 71 % à l'hébergement en CHSLD et seulement à 22 % au soutien à domicile et services dans la communauté.³² Il est évident que la marge de manœuvre dégagée

par la fermeture de lits en

... l'État est encore loin de pouvoir répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie par des services dans la communauté.

que « lorsqu'une personne réside ouvert comme principes de base,

cette résidence doit être considérée comme son domicile. » (MSSS 2001 : .33)

³¹ MSSS 2001 : 33

³² MSSS 2005

CHSLD ne suffit pas pour répondre aux besoins des autres clientèles. Le MSSS reconnaissait d'ailleurs que les CHSLD ne répondaient en 2000-2001 qu'à 75 % des besoins (c'est-à-dire, 75 % des personnes en lourde perte d'autonomie qui nécessiteraient véritablement une place dans ce type d'institution) : environ 5 800 personnes avaient été évaluées par les Comités régionaux d'orientation et d'admission et demeuraient en attente d'une place et plus du tiers d'entre elles occupaient alors un lit de courte durée.³³

Le Conseil des aînés, dans son État de situation de février 2007, ne croit pas que la croissance importante du secteur des résidences privées puisse suppléer à la décroissance des places en CHSLD parce que,

justement, plusieurs cas sont d'emblée exclus de ces milieux de vie, soit pour des raisons financières, soit en fonction de la lourdeur de leur problématique (par

... les résidences privées avec services sont appelées à jouer un rôle qui dépasse de beaucoup la simple offre du gîte et du couvert ainsi que la fourniture de services d'assistance aux AVQ et AVD, parce que leur clientèle ne se limite plus aux personnes en légère perte d'autonomie.

exemple, en raison de graves problèmes cognitifs ou de troubles de comportement qui ne peuvent être accueillis dans bon nombre de résidences). Cela dit, il demeure que les résidences privées avec services sont appelées à jouer un rôle qui dépasse de beaucoup la simple offre du gîte et du couvert ainsi que la fourniture de services d'assistance aux AVQ et AVD, parce que leur clientèle ne se limite plus aux personnes en légère perte d'autonomie. En 2002, un document de l'ARRQ (prédécesseur de l'ARCPQ), estimait que les services d'assistance offerts aux personnes en perte d'autonomie dans les résidences étaient « dans une proportion de 75 à 85 % de nature non médicale ».³⁴ On peut cependant supposer sans risque que la composante 'médicale' est appelée à prendre de l'importance avec le vieillissement de la clientèle et l'alourdissement des problématiques, d'autant plus que les résidences se font demander de garder leurs clients le plus longtemps possible, ne serait-ce que parce qu'il n'y a pas d'autre place disponible où aller.

La Commission des droits de la personne et de la jeunesse avait, en 2001, constaté que les résidences étaient souvent appelées à accueillir « une clientèle qu'elles n'ont en principe ni le mandat ni les moyens de soigner »³⁵. Cette situation résultait de la contraction des dépenses de l'État alors que les besoins étaient en forte croissance. La Commission soulignait aussi que des ressources privées, lesquelles essayent de combler un vide dans le continuum de services sans pour autant détenir de permis du ministère, ne sont « régies par aucune norme concernant les

³³ Conseil des aînés 2007a : 33

³⁴ Chagnon 2002 : 173

³⁵ CDPDJ 2001 : 26 et 79-80

soins qu'elles dispensent à leur clientèle » (ibid.). Cet écart entre les besoins des résidents en perte d'autonomie et la préparation des résidences privées pour y répondre n'a fait que s'accroître depuis alors que les résidences privées accueillent une clientèle de plus en plus âgée et en perte d'autonomie de plus en plus sévère.

La Commission des droits de la personne avait recommandé dans son rapport de 2001 que les résidences privées soient soumises à un processus d'accréditation obligatoire. Le gouvernement a plutôt opté pour le processus de certification inscrit dans la Loi 83, lequel constitue néanmoins une avancée par rapport à la situation antérieure pour améliorer l'offre de services des résidences privées dont on reconnaît ainsi implicitement la place qu'elles occupent dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Cependant, le Conseil des aînés (2007c) faisait valoir que les éléments-clés dont dépend la qualité des services – à savoir, les critères d'exigence académique à l'embauche, la formation continue, l'application d'un code d'éthique et de sécurité, etc. – ne sont pas touchés par les conditions de certification : au-delà de la conformité à des exigences minimales quant à la salubrité, la santé et la sécurité, les actions à prendre pour véritablement rehausser la qualité du milieu de vie relèvent de l'initiative personnelle et sont laissées à la discrétion des gestionnaires de ces établissements³⁶.

1.6 Le secteur des résidences privées à la lumière de la recherche de la Table de concertation

Plus de 140 gestionnaires de résidences de diverses tailles et de toutes les régions du Québec furent rencontrés personnellement dans le cadre d'une entrevue individuelle réalisée en collaboration avec les Services aux entreprises d'une quarantaine de Commissions scolaires sur le territoire du Québec.

À l'automne 2006, la Table de concertation sur les besoins de formation du personnel oeuvrant auprès des personnes âgées a préparé une vaste enquête dans le milieu. La

collecte d'information sur le terrain s'est déroulée au printemps 2007, entre le 15 mai et le 22 juin. Plus de 140 gestionnaires de résidences de diverses tailles et de toutes les régions du Québec furent rencontrés personnellement dans le cadre d'une entrevue individuelle réalisée en collaboration avec les Services aux entreprises d'une quarantaine de Commissions scolaires sur le territoire du Québec. Les gestionnaires de résidences acceptèrent de répondre à un long questionnaire sur leurs activités, leur clientèle et leurs ressources humaines (voir annexe 2). Trois entrevues d'experts terrain furent aussi menées avec différents groupes d'employés ainsi qu'avec des gestionnaires. Cette étude fut réalisée grâce à l'appui financier d'Emploi-Québec.

³⁶ Conseil des aînés 2007a : 18-19

Bien que l'enquête ne prétende pas être une étude scientifique avec échantillon représentatif, elle a permis de colliger une information de première main. Évidemment, le grand nombre d'interviewers qui ont contribué à l'étude dans les diverses régions du Québec entraîne parfois un manque de standardisation dans l'interprétation et la codification des réponses, mais la validité générale de l'exercice ne fait pas de doute : les résultats obtenus corroborent d'ailleurs les témoignages et analyses présentées, par exemple, dans les publications du Conseil des aînés, les rapports de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse et divers travaux universitaires.

Les propriétaires des résidences qui ont participé à l'étude sont probablement représentatifs de l'ensemble des propriétaires de résidences du Québec par la diversité de leur formation et de leurs expériences antérieures. Si plusieurs, comme on pourrait s'y attendre, viennent de l'univers de la santé et des services sociaux (infirmières, infirmières-auxiliaires, préposés, travailleurs sociaux, nutritionniste, inhalothérapeute), la majorité des gestionnaires semblent provenir d'autres horizons professionnels : milieu des affaires, de l'enseignement, de la restauration etc. Lorsque les gestionnaires ayant participé à l'entrevue de groupe sont interrogés sur les questions de formation, elles reconnaissent d'emblée qu'elles n'ont pas la formation nécessaire relativement à l'aspect médical des services qu'elles ont à offrir. Ce constat concorde avec la recherche de Bravo et al. (1997) menée en Estrie auprès de 88 ressources privées et publiques d'hébergement : 31,9 % des responsables de résidences privées admettaient n'avoir aucune formation et 58,8 % n'avoir aucune expérience auprès des personnes âgées avant d'occuper leurs fonctions.³⁷

³⁷ Charpentier 2002 : 33

Tableau 5a : Répartition des 146 résidences participant à l'étude par taille et par région

	Nb de résidences avec 0-9 résidants	Nb de résidences avec 10-49 résidants	Nb de résidences avec 50+ résidants	Nb total de résidences
BSL	3	7	2	12
SAG	0	4	4	8
QC	2	14	5	21
MAUR	1	5	6	12
ESTRIE	0	0	5	5
MTL	4	4	11	19
OUTA	1	2	2	5
ABIT	3	0	1	4
GASP	1	1	0	2
CHAUD	3	11	6	20
LAVAL	1	3	0	4
LANAUD	2	5	2	9
LAUR	1	6	3	10
MONTEREGIE	2	4	6	12
CENTRE QC	0	2	1	3
Nombre de résidences ayant participé à l'étude	24 (16,4%)	68 (46,5%)	54 (40%)	146 (100%)
Nombre de résidences au Québec	1 098 (50,9%)	725 (33,6%)	332 (15,4%)	2 155 (100%)

Comme on observe au tableau 5a, les très petites résidences (moins de 10 places) ne comptaient que pour 16 % des répondants de l'étude, alors qu'elles forment plus de la moitié des résidences au Québec (1 098 sur 2 155, mais avec 9 % de la clientèle seulement).

Tableau 5b : Répartition de la clientèle des 146 résidences participant à l'étude par taille

Catégorie de taille	Clientèle totale	% du total dans l'échantillon	% du total au Québec (Source : Aubry 2005)
0-9 résidants	167	2 %	9 %
10-49 résidants	1 679	19 %	24 %
>50 résidants	7 142	79 %	67 %

Inversement, notre échantillon, tel qu'illustré au tableau 5b sur-représente le groupe des plus grosses résidences (50 unités et plus) qui constituent au Québec environ 15 % des résidences (bien qu'elles accueillent plus des 2/3 de la clientèle). Par ailleurs, la clientèle moyenne des résidences de l'étude était de 62 personnes, soit deux fois plus que la moyenne québécoise (34 personnes par résidence).

Il est difficile de concilier avec une grande précision les données sur les résidences provenant de diverses sources. Le Registre, au 23 janvier 2008, répertorie 2 099 résidences à but lucratif sur les 2 318 qu'il recense. Les autres sont des coopératives, des OBNL, des communautés religieuses ou des HLM. Les résidences à but lucratif représenteraient donc 90 % des résidences pour personnes âgées. Le Registre indique que 2 227 résidences offrent un service de repas, ce qui inclut probablement la totalité des résidences à but lucratif; 1 875 offrent des services d'assistance personnelle, 954 des soins infirmiers et 1 375 des services d'aide domestique.

Le Registre gouvernemental des résidences ne donne pratiquement aucune information sur la clientèle, bien que, depuis l'adoption de la Loi 83, selon l'article 346.0.2, les résidences privées doivent produire auprès de l'Agence une déclaration fournissant certains renseignements quantitatifs sur leur clientèle³⁸. L'étude de la Table permet de corriger partiellement cette lacune. Ainsi, parmi les 146 établissements participants, 123 desservent une clientèle considérée comme autonome, 102 avaient de la clientèle de la catégorie « légère perte d'autonomie » et 28 avaient des clients avec une lourde perte d'autonomie. Dix-huit résidences avaient les trois types de clientèles et 44 disaient ne recevoir que des personnes autonomes.

Globalement, la capacité d'accueil (en termes de nombre de places) se répartissait comme suit :

- Clientèle autonome : 79 %
- Clientèle en légère perte d'autonomie : 17 %
- Clientèle en lourde perte d'autonomie : 4 %

L'échantillon de l'enquête comprend donc des résidences dans lesquelles la clientèle autonome serait sur-représentée. En effet, sur la base de l'étude menée en Estrie par Bravo et al. (1997), on estime plutôt à 60 % la clientèle en perte d'autonomie hébergée en résidences privées. Compte tenu de l'ampleur des services offerts rapportés dans l'enquête, on peut penser que les répondants ont classifié leur clientèle en fonction d'une notion très restrictive de la perte d'autonomie. Cette situation rappelle d'ailleurs l'inventaire des résidences réalisé par le MSSS

³⁸ CDPDJ 2005 : 8

en 1994 dans lequel la nature et la quantité des services dispensés ne correspondaient pas à la clientèle déclarée.³⁹

Les types d'unités offerts sont majoritairement des logements, équipés (41 %) ou non équipés (16 %), tandis que les chambres comptent pour 44 %.

La clientèle des résidences ayant participé à l'étude est féminine à 73 %, une réalité d'autant plus importante que la condition économique des femmes de 65 ans et plus est encore relativement précaire par rapport à celle des hommes. Sur le plan de l'âge, la distribution de la population des résidents de l'étude correspond d'assez près aux données tirées du Registre des résidences pour l'ensemble du Québec :

Tableau 6a: Distribution des résidents par groupe d'âge

	% dans l'étude	% dans l'ensemble des résidences du Québec (au 28 décembre 2007)
65-74 ans	15 %	16 %
75-84 ans	50 %	50 %
> 85 ans	30 %	34 %

Source : Enquête de la Table de concertation et Registre gouvernemental des résidences pour personnes âgées

Les données recueillies sur les limitations fonctionnelles de la clientèle indiquent que la principale limitation concerne les problèmes de locomotion (1 275 cas représentant environ 15 % de la clientèle). Les problèmes cognitifs viennent au second rang (885 cas) et touchent près de 10 % de la clientèle. Suivent ensuite les problèmes sensoriels (695) et les problèmes de santé mentale (387). Évidemment, un bon nombre de résidents sont affectés par plus d'un type de limitation.

Compte tenu du fait que 102 des 146 résidences étudiées rapportent desservir une clientèle avec légère ou sévère perte d'autonomie, la quasi-totalité de ces établissements offrent des services d'assistance pour les activités de la vie quotidienne : aide pour se mobiliser, pour se nourrir, pour se laver. Quant aux services d'assistance pour les activités de la vie domestique (service de repas, lessive, entretien de l'espace personnel, courses, accompagnement extérieur...), ils sont offerts plus largement et s'adressent aussi à la clientèle considérée comme autonome.

³⁹ Charpentier 2002 : 32

L'évaluation de la clientèle, telle que rapportée par les gestionnaires d'établissements privés, est cependant sujette à caution et soulève d'ailleurs un enjeu important en matière d'hébergement des personnes âgées. Dans son Avis de septembre 2007, le Conseil des aînés faisait le constat suivant : « de même, compte tenu que le secteur privé utilise très peu ou pas du tout l'outil d'évaluation multiclientèle (OEM) dont se sert le secteur public, le processus d'admission est effectué, la plupart du temps, sommairement et sans évaluation réelle des incapacités et des besoins. »⁴⁰ De plus, si les résidences privées n'ont pas les ressources humaines ou les outils méthodologiques pour bien évaluer la condition de leur clientèle à l'admission, elles sont également mal outillées pour évaluer l'évolution de l'état de santé et du niveau d'autonomie des personnes qu'elles hébergent. C'est ainsi que le Conseil des aînés poursuivait son constat : « on constate que le secteur privé n'est pas nécessairement en mesure de s'adapter à l'évolution de la perte d'autonomie jusqu'à la fin de la vie des résidents »⁴¹. Comme on l'a mentionné précédemment, les résidences privées sont appelées à jouer un rôle qui dépasse largement l'offre de services d'hôtellerie ou d'assistance aux AVQ et AVD. Avec une clientèle qui requiert des soins, les résidences doivent répondre à ce type de besoins.

... « on constate que le secteur privé n'est pas nécessairement en mesure de s'adapter à l'évolution de la perte d'autonomie jusqu'à la fin de la vie des résidents »¹

Conseil des aînés

Ainsi, dans 88 % des résidences participant à l'étude, on prend la tension artérielle. On fait aussi des tests de glycémie. On prépare et injecte de l'insuline dans environ 60 % des résidences. D'autres types de soins sont aussi donnés, quoique moins fréquemment, tels que la préparation et l'administration de morphine ainsi que l'installation de cathéters.

⁴⁰ Conseil des aînés 2007b : 9.

⁴¹ Ibid.

EN CONCLUSION...

Les résidences privées occupent aujourd'hui la plus grande partie du domaine de l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie qui ont choisi d'avoir recours à un milieu de vie substitut ou qui y ont été contraintes. L'expansion de ce secteur n'est pas prête de s'arrêter compte tenu du vieillissement de la population québécoise et des choix ministériels de restreindre aux cas les plus lourds l'hébergement dans le réseau public. Le secteur privé est très diversifié, non seulement par la diversité des besoins auxquels il doit répondre, mais aussi par

Par la force des choses, le secteur privé a été amené rapidement et sans beaucoup de soutien étatique, à combler un vide béant dans le continuum de services aux personnes âgées en perte d'autonomie.

la diversité de la capacité de payer de la clientèle. Par un manque de moyens, tous les services requis ne sont pas toujours et partout offerts, ou ne

sont pas offerts par du personnel dûment qualifié pour le faire. Par la force des choses, le secteur privé a été amené rapidement et sans beaucoup de soutien étatique, à combler un vide béant dans le continuum de services aux personnes âgées en perte d'autonomie. La réalité a devancé la planification et les orientations ministérielles. La prise en charge en toute équité de ces besoins grandissants impose à l'État des défis pressants qui sont d'ores et déjà incontournables.

CHAPITRE 2 : PORTRAIT DES RESSOURCES HUMAINES

2.1 Profil général des ressources humaines à l'emploi des résidences et CHSLD privés

Aucune étude ne nous permet de déterminer avec exactitude le nombre d'employés dans le secteur des résidences pour personnes âgées. Le sondage que nous avons effectué nous permet cependant de nous avancer sur le nombre potentiel d'employés, en appliquant à l'ensemble des résidences du Québec le nombre d'employés que nous avons obtenu dans chacune des catégories de résidences ou CHSLD.

Le tableau suivant illustre cette évaluation.

Tableau 7 : Projection du nombre d'employés dans le secteur

Type de résidence ou CHSLD	Nombre moyen d'employés selon l'échantillon	Nombre total de résidences de cette catégorie au Québec (Aubry 2005)	Nombre d'employés projetés
1 à 9 unités	1,8	1 098 résidences	1 976 employés
10 à 49 unités	8,8	725 résidences	6 380 employés
50 unités et plus	26,6	332 résidences	8 831 employés
Total		2 155 résidences	17 187 employés

Comme le nombre total de résidences et CHSLD privés en 2007, selon le registre du ministère de la santé et des services sociaux, est de 2 318 (celui-ci ne nous donne pas accès au nombre par type de résidences), nous évaluons à près de 20 000 le nombre total d'employés à temps plein dans ce secteur d'activités actuellement, à partir des projections que nous permet notre étude. Comme la plupart des résidences ont un nombre important d'employés à temps partiel on peut penser que le secteur d'activités compte autant d'employés à temps partiel.

... nous évaluons à près de 20 000 le nombre total d'employés à temps plein dans ce secteur d'activités

2.2 Les différentes catégories d'employés

Les résidences ayant participé à notre sondage déclarent avoir à leur emploi 1 057 employés à temps pleins et 699 employés réguliers à temps partiel. Plus de la moitié de ces employés à temps plein (57 %) sont des préposés. À peine 4 % sont des infirmières et 6 % des infirmières auxiliaires. 17 % sont des employés de cuisine et 16 % sont des employés administratifs. Au niveau de la supervision des services s'ajoutent 204 personnes, ce qui fait une moyenne de 1,4 superviseur ou gestionnaire par résidences.

Il est important de noter la proportion des employés à temps partiel vs les employés à temps plein. Les employés à temps partiels sont très importants et, sur le plan de la formation, ce type d'employés pose des défis supplémentaires dont il faudra tenir compte dans toute stratégie éventuelle.

Le tableau qui suit met en relation les différentes catégories d'employés à temps plein et les résidences selon leurs capacités d'accueil.

Tableau 8 : Le nombre d'employés par catégories

Catégorie d'employés	Rés. 0-9 (24)	Ratio • rés.	Rés. 10-49 (68)	Ratio • res.	Rés. 50 et +(54)	Ratio • rés.
Infirmière	0	0	14	0,2	35	0,6
Inf. auxiliaire	0	0	11	0,2	55	1,
Préposés	5	0,2	142	2,1	271	5,0
Professionnels autres	1	0,04	7	0,10	11	0,18
Employés de cuisine	4	0,2	74	1,1	104	1,9
Entretien ménager	4	0,2	39,5	0,6	118	2,2

Ce tableau fait ressortir la mission première des résidences, soit les services d'hôtellerie, compte-tenu du nombre d'employés réguliers au niveau de la cuisine et de l'entretien. Le nombre le plus important d'employés dans chaque catégorie de résidences demeure cependant les préposés. Ces données confirment également l'importance de l'assistance qui est offerte aux résidents. La mission santé, bien que moins importante en nombre d'employés, apparaît tout aussi clairement.

2.3 Les conditions de travail des employés des résidences et CHSLD privés et les catégories d'emplois

Les données relatives aux conditions de travail des employés de ce secteur sont très limitées. L'ARRQ publiait en 2001 les résultats d'un sondage maison qu'elle avait effectué auprès de ses membres, pour connaître les conditions de travail du personnel des résidences. 51 résidences avaient répondu à l'appel, 22 d'entre elles étaient des résidences de 49 unités et moins et les 28 autres, des résidences de 50 unités et plus. En 2004 l'ARCPQ a effectué un sondage similaire qui a permis de rejoindre 24 de ses membres. Le tableau qui suit fait état des données recueillies en 2001 et en 2004. Le sondage de 2001 a fait ressortir que les salaires sont plus élevés dans les résidences de plus de 50 unités alors que celui de 2004 a fait ressortir que les conditions de travail des employés syndiqués n'étaient pas nécessairement supérieures à celles des employés non-syndiqués.

Le tableau qui suit regroupe côte à côte les résultats des deux sondages.

Tableau 9 : Résultats de deux sondages effectués par l'ARRQ et l'ARCPQ

Postes	Taux horaire moyen (49 unités et -) 2001	Taux horaire moyen (50 unités et +) 2001	Échelle de salaire moyenne 2004 (bas)	Échelle de salaire moyenne 2004 (haut)
Infirmière licenciée	10,50	12,40	13,95	16,41
Infirmière auxiliaire	8,95	10,78	12,68	14,43
Préposé aux résidents	7,43	8,65	8,67	9,52
Entretien ménager	7,38	8,35		
Concierge	9,00	10,21	9,94	10,60
Surveillant de nuit	7,40	8,36		
Animation	8,31	9,94	11,00	11,22
Cuisinier	9,43	10,89	11,19	12,42
Assistant cuisinier	8,48	9,18	8,83	10,24
Plongeur	7,00	7,25		
Service aux tables	7,21	7,90	8,50	9,28
Secrétaire/réceptionniste	9,00	10,44	10,36	11,58

Il est intéressant de remarquer dans ce tableau que, même si les deux sondages sont tout à fait distincts et n'ont pas été effectués auprès des mêmes résidences ni au même moment, les résultats des deux enquêtes présentent une certaine cohérence. Les données salariales qui y

apparaissent donnent donc probablement un aperçu assez près de la réalité des conditions de travail dans le secteur. Le tableau nous permet aussi de constater que, dans les deux sondages, le poste de « préposé aux résidents » est l'un des plus faiblement rémunéré.

Le tableau 9 illustre également les différents postes que l'on retrouve de façon assez standard dans ce secteur. Toutes les résidences n'ont cependant pas autant de postes. La réalité des grandes résidences à cet égard est radicalement différente de celle des petites. Dans de nombreuses résidences de taille moyenne ou petite, on ne dispose pas d'employés se consacrant exclusivement à une seule fonction de travail. Il peut être demandé à un même employé de cumuler plusieurs fonctions dont le niveau de complexité peut différer sensiblement. Par exemple, un même employé peut assumer des tâches d'assistance aux résidents (hygiène...etc.) d'entretien ménager et de service de repas. Un autre employé peut assumer des fonctions de service aux tables et de secrétariat. Notons aussi que les résidences n'ont pas toutes à leur

Dans de nombreuses résidences de taille moyenne ou petite, on ne dispose pas d'employés se consacrant exclusivement à une seule fonction de travail. Il peut être demandé à un même employé de cumuler plusieurs fonctions dont le niveau de complexité peut différer sensiblement.

emploi, du personnel habilité à dispenser des soins infirmiers. Dans certaines résidences, les soins infirmiers nécessaires sont dispensés, comme on l'a mentionné plus haut, par un établissement du réseau de la santé (CLSC). Mais, on ne peut

considérer que c'est une règle générale même si, dans le cas des petites résidences qui n'ont pas de personnel infirmier, elle est souhaitable. Il est important de noter également que lors des entrevues, plusieurs responsables de résidences ont déploré le fait que, dans de nombreux CLSC, le soutien à domicile était effectué par des employés d'Agences privées n'ayant trop souvent, aucune formation. L'aide apportée par les CLSC dans ces cas apparaissait souvent insuffisante et inadéquate. Chaque situation est unique et les collaborations sont établies localement en fonction des ressources disponibles et des dynamiques locales.

Quelles que soient les fonctions qu'ils occupent, les employés entretiennent une relation suivie avec les résidents qui exige un investissement et un engagement personnel incontestable. Cette relation a un impact certain sur la qualité des services et, par conséquent, sur la qualité de vie des résidents.

2.4 Le recrutement et la rétention des employés

Tableau 10 : Rétention du personnel

	% des résidences avec aucun employé ayant moins d'un an d'ancienneté	% des résidences avec plus de la moitié du personnel ayant plus de 3 ans d'ancienneté
Résidences de 0 à 49 unités	36 %	55 %
Résidences de 50 unités et plus	6 %	44 %

Comme on voit au tableau 10, les plus petites résidences ont tendance à avoir du personnel plus stable : le tiers environ des petites résidences n'ont aucun employé qui posséderait moins d'un an d'ancienneté contre à peine 6 % pour les plus grandes.

Difficultés de recrutement

Environ le tiers des répondants affirment avoir beaucoup de difficultés à recruter des préposés. Cette proportion est la même pour les petites et pour les grandes résidences. Pour les infirmières, la difficulté de recrutement semble un peu plus élevée (40 %), plus que pour les infirmières-auxiliaires (environ le quart). Pour le personnel de cuisine, 23 % des répondants disent avoir beaucoup de difficultés avec le recrutement

2.5 Les soins et services dispensés par les employés

La plupart des résidences ayant participé à notre étude offrent un soutien aux activités de la vie quotidienne (AVQ). Ces activités consistent à offrir un support pour se nourrir, se laver, s'habiller, se mobiliser, entretenir l'espace personnel, offrir un soutien à l'élimination et un accompagnement dans le cas de courses à l'extérieur ou d'autres obligations similaires. Le recours au CLSC pour ce type de soutien à l'intérieur des résidences est minime et ne touche que 15 % d'entre elles, à l'exception de l'aide au bain pour laquelle 40 % des résidences affirment que le CLSC donne ce service dans leur établissement.

Tableau 11 : Soins médicaux offerts dans les 146 résidences ayant participé à l'enquête

Type de soin	Nombre de résidences
Prise de tension artérielle	126
Test de glycémie	126
Préparation d'insuline	75
Injection d'insuline	68
Timbre dermique	86
Préparation de morphine	39
Administration de morphine	38
Injection de morphine	38
Cathéter	50
Irrigation vésicale	43
Autre soin médical	50

Les résidences offrent également sur place des soins de santé. L'intervention du CLSC est très variable pour ce qui est de la dispensation de soins médicaux dans le milieu des résidences privées. D'abord, pour 55 des résidences ayant participé à l'enquête, on ne rapporte aucune intervention du CLSC. Dans 26 résidences, le CLSC n'est présent que pour un seul type de soins et, dans 20 autres résidences, pour deux types de soins. Pour seulement 17 des résidences de l'étude est-il fait mention d'une intervention CLSC pour la majorité des soins recensés, (six types de soins et plus, comme le montre le tableau 9).

Tableau 12 : Répartition des 146 résidences selon la diversité de soins fournis par le CLSC

Nombre de types de soins offerts par le CLSC	Nombre de résidences
Aucun	55
1	26
2	20
3	15
4-5	13
6-8	10
9-10	7
0-10	146

L'absence ou la présence d'une intervention du CLSC en résidence privée ne semble pas déterminée par la taille des résidences : ainsi, dans notre échantillon, on ne rapportait aucune

intervention médicale du CLSC dans 36 % des petites résidences (moins de 49 unités) et 41 % des grandes. Quant aux résidences où le recours au CLSC semble se produire pour une certaine diversité de soins médicaux (quatre types de soins et plus), elles représentent respectivement 21 et 19 % des petites et grandes résidences. Par conséquent, on ne peut affirmer que les CLSC sont plus présents dans les petites résidences que dans les grandes. Notre échantillon nous a également permis de regarder si on pouvait observer une différence entre la région de Montréal et les autres régions du Québec. Pour ce qui est de l'aide aux AVQ, les résidences Montréalaises représentent 13 % de l'échantillon total et, en ce qui concerne l'aide aux AVQ, le CLSC intervient pour au moins un type de services dans 63 résidences dont 4 à Montréal. Il apparaît clairement que, en ce qui a trait aux AVQ, les CLSC interviennent beaucoup moins à Montréal qu'ailleurs. Par contre, en ce qui concerne les soins médicaux, cette différence est moins notable puisque le CLSC intervient dans 58% des résidences comparativement à 68 % dans le reste du Québec.

Nous nous sommes aussi intéressés à savoir quel type de soins était dispensé par des préposés dans les résidences que nous avons rencontrées. Dans 63 % des résidences sondées, les préposés prenaient des tensions artérielles et effectuaient des tests de glycémie. Dans 46 % des résidences sondées, les préposés procédaient à des injections d'insuline et préparaient cette insuline dans 26 % des cas. Dans 15 % des résidences sondées, les préposés procédaient à l'administration de morphine et, pour 6 % d'entre elles, les préposés préparaient eux-mêmes la morphine, 5 % des résidences sondées mentionnent que ce sont les préposés qui procèdent à l'installation de cathétérisme vésical et procèdent à des irrigations vésicales. C'est un petit nombre de résidences, mais cela demeure inquiétant qu'un soin invasif de cette nature soit effectué par des préposés. 24 % des résidences sondées affirment que les préposés offrent d'autres soins de santé tels que

pédicures, pansements etc. Il semblerait que la dispensation de soins médicaux par des préposés soit relativement plus fréquente dans les résidences de moins de 50 unités : on rapporte que des préposés dispensent trois types de soins médicaux et plus dans 48 % des petites

... Dans 63 % des résidences sondées, les préposés prenaient des tensions artérielles et effectuaient des tests de glycémie. Dans 46 % des résidences sondées, les préposés procédaient à des injections d'insuline et préparaient cette insuline dans 26 % des cas. Dans 15 % des résidences sondées, les préposés procédaient à l'administration de morphine et, pour 6 % d'entre elles, les préposés préparaient eux-mêmes la morphine.

résidences de notre échantillon contre 36 % pour les plus grandes résidences (50 unités et plus). Inversement, les préposés ne dispensent aucun soin médical dans 41 % des grandes résidences, vs 32 % pour les petites. Ces données sont pour le moins troublantes quand on sait que la plupart de ces gestes professionnels ne doivent être posés que par des professionnels membres

d'un ordre professionnel ou à tout le moins encadrés par ceux-ci dans le cas d'une entente avec un établissement public responsable (CLSC, CHSLD, Centre hospitalier). Les données que nous avons recueillies ne nous permettent pas d'affirmer que ces gestes sont posés dans le cadre d'un programme supervisé par un professionnel et nous laissent plutôt croire le contraire.

Ces données tendent à confirmer le fait que les résidences sont appelées, dans certains cas, à offrir des soins pour lesquels le personnel n'est pas qualifié. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), cité par le rapport de la Commission des droits de la personne, faisait déjà état de cette situation en 2001 : « dans de nombreuses résidences du Québec, les préposés donnent des soins pour lesquels ils ne sont pas qualifiés. De façon générale, ils ne disposent pas de consignes claires et ils ne peuvent référer à une infirmière autorisée. Ils assurent seuls la surveillance et doivent évaluer seuls les situations »⁴². Cette situation avait aussi été démontrée par l'étude de Bravo citée par Aubry (2005) « 25 % des résidences privées dispenseraient des soins inadéquats parce que le personnel est insuffisamment formé pour les tâches à effectuer. »

2.6 La formation actuelle des préposés aux bénéficiaires

Au chapitre de la formation actuelle des préposés notre étude indique que 44 % des préposés possèdent une formation reconnue, un DEP (diplôme d'études professionnelles) en Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé, un programme traditionnellement de 630 heures dispensé par les commissions scolaires. Cette formation est répartie en quatorze modules qui sont les suivants :

- Situation au regard du métier et de la démarche de formation (30 heures)
- Notions d'hygiène et d'asepsie (30 heures)
- Notions sur le développement de la personne (45 heures)
- Communication et travail d'équipe (45 heures)
- Notions sur les maladies les plus courantes (30 heures)
- Principes et techniques de déplacement sécuritaire des bénéficiaires PDSB (45 heures)

⁴² Commission des droits de la personne, 2001; p.25

- Règles de l'éthique professionnelle (15 heures)
- Principes et techniques de soins et d'entretien (75 heures)
- Santé et sécurité au travail (30 heures)
- Premiers soins (30 heures)
- Prestation de soins en centre d'hébergement et de soins de longue durée (105 heures)
- Planification de sa démarche de recherche d'emploi (15 heures)
- Prestation de soins en milieu psychiatrique (60 heures)
- Prestation de soins en centre hospitalier de soins généraux spécialisés (75 heures)

Il est important de noter que cette formation a été revue et qu'un nouveau programme de 750 heures est entré en fonction en septembre 2007. Ce programme prépare les étudiants à travailler auprès de tous les types de clientèles et ne comporte pas spécifiquement de modules de gérontologie bien que cette réalité est sûrement abordée dans différents modules.

Parmi les préposés qui ne possèdent pas cette formation (56 %), 18 % d'entre eux possèdent une formation dispensée par une firme privée (environ 120 heures de principes généraux ne s'adressant pas spécifiquement au personnel appelé à travailler auprès des personnes âgées). Les autres possèdent soit la formation de 80 heures du programme Assistance aux personnes âgées, (programme de formation sur mesure s'adressant au personnel des résidences privées pour personnes âgées déjà en emploi, dispensé par les commissions scolaires) ou soit une formation dispensée sur place (entraînement à la tâche) ou une formation minimale en RCR et PDSB (28 % des résidences sondées).

Les critères d'embauche nous confirment cette situation puisque une formation reconnue telle que le DEP en assistance aux

... le DEP en assistance aux bénéficiaires ne constitue un critère d'embauche que pour 44 % des résidences participant à notre étude.

bénéficiaires ne constitue un critère d'embauche que pour 44 % des résidences participant à notre étude. La différence à cet égard entre les « petites » résidences (49 unités et moins) et les plus grandes (50 unités et plus)

n'apparaît pas significative : 42 % des petites et 49 % des grandes résidences estiment que le DEP en assistance aux bénéficiaires est un critère plutôt important (score de 1 ou 2 sur une échelle de 5, 5 étant le moins important). À l'inverse, 25 % des petites et 15 % des grandes résidences jugeaient cette formation relativement peu importante (score de 4 ou 5 sur l'échelle de 5). Pour la grande majorité des résidences (75 %), l'expérience et les attitudes et aptitudes naturelles à l'égard des personnes âgées constituent le principal et le plus important critère d'embauche.

Le processus de certification actuel exige qu'au moins un employé en tout temps dans une résidence possède la formation RCR, (Réanimation cardiorespiratoire), la formation PDSB (Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires) et une formation en Secourisme général, chacune de ces trois formations devant être dispensée par un organisme d'accréditation reconnu, notamment l'ASTASS, Ambulance St-Jean ou la Fondation des maladies du cœur. Cette nouvelle exigence influencera certainement en ce sens les critères d'embauche pour l'avenir.

2.7 Les pratiques et les besoins de formation des employés

61 % des 146 résidences interrogées au cours de notre enquête avaient consacré moins de 1 % de leur masse salariale à la formation continue du personnel au cours de la dernière année. Comme on peut s'y attendre, les petites résidences sont relativement plus nombreuses à dépenser peu pour la formation : 65 % vs 54 % pour les résidences de 50 unités et plus. Ce sont surtout les préposés qui avaient bénéficié d'activités de formation (32 % des résidences). Les deux autres catégories d'employés ayant bénéficié de formation ont été les employés de cuisine et les gestionnaires (21 % des résidences). La grande majorité de ces activités de formation (69 %) a été réalisée par des entreprises privées de formation ou par des formations (entraînement à la tâche) sur place (28 %).

Les thématiques ayant le plus fait l'objet de formation sont RCR, PDSB et Secourisme général, ce qui est tout à fait conforme à l'exigence d'avoir toujours en place un employé qui possède ces compétences, selon la réglementation actuelle permettant la certification des résidences.

Nous avons aussi tenté de connaître les besoins de formation que ressentaient les responsables de résidences, relativement à certaines catégories spécifiques de personnel, soit le personnel infirmier et les préposés, le personnel affecté aux services alimentaires et le personnel d'entretien. Le tableau qui suit fait état des besoins, tels qu'exprimés par les responsables des 146 résidences rencontrées, en ce qui a trait au personnel infirmier et aux préposés.

Tableau 13 : Les besoins de formation exprimés s'adressant au personnel infirmier et aux préposés selon l'évaluation des employeurs

Domaine de formation	Priorisé comme besoin de formation par n % de résidences
Réanimation cardiorespiratoire (RCR)	83 %
Déplacement sécuritaire (PDSB)	76 %
Secourisme	75 %
Travail d'équipe	70 %
Hygiène et asepsie	69 %
Communication avec les personnes âgées	68 %
Plan d'urgence et sécurité incendie	68 %
Compréhension du vieillissement	63 %
Intervention en situation de comportements perturbatoires	55 %
Sensibilisation à l'approche qualité de vie	48 %
Maladies associées au vieillissement	46 %
Problèmes cognitifs	45 %
Accompagnement en fin de vie	28 %
Principes de base en physiothérapie et ergothérapie	19 %

Les trois domaines qui ressortent le plus clairement sont évidemment les trois domaines exigés par la loi dans le processus actuel de certification des résidences, soit RCR, PDSB et secourisme, Le domaine des plans d'urgence incendie ressort clairement et est aussi une prescription obligatoire pour l'obtention de la certification. Les autres domaines clairement identifiés comme besoin de formation touchent de notions de gérontologie (communication avec les personnes âgées, compréhension du vieillissement, intervention en situation de comportement perturbateur), la question de l'hygiène et l'asepsie, ainsi que le travail d'équipe.

Le tableau qui suit fait état des besoins exprimés par les responsables des résidences lors des entrevues, en ce qui concerne le personnel affecté aux services alimentaires.

Tableau 14 : Les besoins de formation exprimés s’adressant au personnel des services alimentaires selon les employeurs

Domaine de formation	Priorisé comme besoin de formation par n% de résidences
Normes d’hygiène et de salubrité	77 %
Alimentation pour personnes âgées	68 %
Réactions aux allergies alimentaires	62 %
Réanimation cardiorespiratoire (RCR)	77 %
Secourisme	68 %
Déplacement sécuritaire (PDSB)	65 %
Communication avec les personnes âgées	46 %
Intervention en situation de comportements perturbatoires	43 %
Maladies associées au vieillissement	43 %
Problèmes cognitifs	55 %

Il apparaît clairement que le besoin de formation se fait sentir de façon très significative en ce qui touche les domaines liés très directement aux services alimentaires, soit : normes d’hygiène et salubrité, alimentation pour personnes âgées, réactions aux allergies alimentaires. Les formations inscrites dans le processus de certification reviennent également avec force (RCR, PDSB et secourisme général) ainsi que le travail d’équipe. Il est à noter que, dans les résidences plus petites, il est fréquent que le personnel associé aux services alimentaires agisse à certains moments de la journée comme préposé. Généralement, plus la résidence est petite, plus les employés occupent simultanément de multiples fonctions.

Le tableau qui suit fait état des besoins exprimés relativement au personnel affecté aux services d’entretien ménager.

Tableau 15 : Les besoins de formation exprimés s’adressant au personnel des services d’entretien ménager

Domaine de formation	Priorisé comme besoin de formation par n % de résidences
Sécurité du bâtiment	61 %
Normes d’hygiène et salubrité	81 %
Réanimation cardio-respiratoire (RCR)	59 %
Secourisme	52 %
Déplacement sécuritaire (PDSB)	48 %
Communication avec les personnes âgées	52 %
Intervention en situation de comportements perturbatoires	45 %
Maladies associées au vieillissement	36 %
Problèmes cognitifs	39 %
Travail d’équipe	64 %

En ce qui a trait au personnel affecté aux services d’entretien ménager, trois thèmes de formation ressortent comme étant prioritaires, d’abord les normes d’hygiène et la salubrité sont considérées pour 81 % des résidences interrogées comme une priorité de formation, ce qui est énorme. Viennent ensuite les thématiques liées à la sécurité du bâtiment et au travail d’équipe. Même si les autres thématiques apparaissent très importantes elles ne ressortent pas comme étant aussi prioritaires.

2.8 Les principaux obstacles à la formation

L’enquête nous a également permis de mieux comprendre quels étaient les principaux obstacles que les résidences rencontrent relativement à la participation de leurs employés à des activités de formation continue. Le tableau qui suit fait état des réponses obtenues.

**Tableau 16 : Les obstacles qui empêchent la participation des employés
à des activités de formation continue**

Obstacles mentionnés	% des résidences qui nomment cet obstacle
Notre résidence ne dispose pas des ressources financières nécessaires pour libérer des membres du personnel afin qu'ils puissent participer à des activités de formation continue	50 %
Notre résidence ne dispose pas des ressources financières nécessaires pour défrayer les coûts liés aux activités de formation continue des membres du personnel	42 %
Les offres de formation ne répondent pas à nos besoins sur le plan de l'organisation (horaire et lieux des activités)	38 %
Le roulement de notre personnel rend complexe l'élaboration et la mise en œuvre de mesures de formation continue	30 %
Notre résidence n'est pas informée de l'offre de formation	27 %
Les membres du personnel se sont montrés peu intéressés à participer à des activités de formation continue	19 %
Les offres de formation ne répondent pas à nos besoins sur le plan du contenu	7 %
Autres	7 %

Cette question des obstacles à la formation est extrêmement importante en regard d'une stratégie de formation pour répondre aux besoins. Il ressort clairement que les ressources financières constituent un obstacle majeur. En effet, 50 % des répondants disent ne pas avoir les moyens de libérer du personnel pour participer à des activités de formation et 42 % ne peuvent payer la formation en tant que telle. Les petites résidences sont évidemment plus nombreuses proportionnellement à ne pouvoir libérer de personnel : c'est un obstacle pour 55 % d'entre elles vs 43 % pour les plus grandes. Le troisième obstacle jugé prioritaire par les résidences

50 % des répondants disent ne pas avoir les moyens de libérer du personnel pour participer à des activités de formation et 42 % ne peuvent payer la formation en tant que telle.

touchent la question de l'organisation des activités de formation (lieux et horaires). Les commentaires recueillis lors des entrevues et les questions

concernant les formules de formations souhaitées font clairement ressortir que les résidences souhaitent recevoir de la formation à la carte (en fonction de leurs besoins spécifiques) sur les lieux de travail. Les formations à distance utilisant des soutiens multimédias ne sont souhaitées que par 7 % des résidences interrogées.

2.9 Les entrevues de groupe

Deux groupes d'environ 10 employés syndiqués de résidences différentes ont été rencontrés dans le cadre de cette enquête, ainsi que 3 propriétaires de petites résidences. Il ressort

Ils ont vu la clientèle s'alourdir au cours des dernières années, sans recevoir la formation nécessaire pour soutenir les nouvelles exigences de cette clientèle et ils considèrent que cette condition met en danger la sécurité des résidents.

clairement de ces entrevues que les employés ne considèrent pas avoir les compétences (connaissance et savoir-faire) pour effectuer les tâches qu'on leur demande d'effectuer. Ils ont vu la clientèle s'alourdir au cours des dernières années, sans recevoir la formation nécessaire pour soutenir les nouvelles exigences de cette clientèle et ils considèrent que cette condition met en danger la sécurité des résidents. Les employés ont aussi déploré le fait que l'employeur leur demande de voir à leur propre formation et ne se sent pas responsable de celle-ci. Les groupes d'employés rencontrés ont insisté sur le peu de reconnaissance, de façon générale, du rôle du préposé dans leur milieu, du manque généralisé d'équipement adéquat et de la piètre qualité de leurs conditions de travail, notamment de leur rémunération. Les employés considèrent que les dirigeants manquent eux-mêmes de formation, ce qui les rends incapables de déceler les besoins de formation de leurs employés et que le manque de méthode de travail est un problème généralisé dans toutes les résidences dans lesquelles ils oeuvraient. Un problème qui, dans certains cas, met en péril la sécurité des résidents.

Les propriétaires des petites résidences rencontrés en entrevues de groupe considèrent quant à eux qu'ils n'ont pas suffisamment de formation pour assumer les responsabilités qu'ils ont à assumer. Ils reçoivent dans certains cas l'aide des CLSC, mais ceux-ci leur envoient du personnel d'agences privées souvent encore moins bien formé que leur propre personnel. Les propriétaires de petites résidences rencontrées considèrent que la partie « soins » assumés par eux devrait être prise en charge par l'État, puisque eux n'ont pas les moyens de financer la formation qui serait nécessaire. Ils souhaitent en priorité une formation sur les maladies les plus courantes, les notions de gérontologie et les problèmes cognitifs.

Les propriétaires de petites résidences rencontrés considèrent que la partie « soins » assumés par eux devrait être prise en charge par l'État, puisque eux n'ont pas les moyens de financer la formation qui serait nécessaire.

2.10 Le programme d'Assistance aux personnes âgées

Au printemps 2006, suite à une initiative de l'ARCPQ appuyée par la Table de concertation sur les besoins de formation des résidences et CHSLD privés pour personnes âgées, le programme de 80 heures Assistance aux personnes âgées a vu le jour. Ce programme développé en collaboration avec la Commission scolaire des Navigateurs, était lancé dans toutes les régions du Québec et la majeure partie de son financement était assuré par Emploi-Québec, rendant possible cette formation de 80 heures au prix modique de 80,00 \$ (1,00 \$/l'heure). Le programme se voulait une réponse minimale aux besoins urgents de formation observés dans de nombreuses résidences. Le programme de 80 heures spécifiquement élaboré pour les préposés déjà en emploi, visait à les sensibiliser à la réalité du vieillissement et aux besoins des personnes âgées, ainsi qu'à leur donner un coffre à outils minimal pour effectuer adéquatement leur travail. Ce programme s'adresse à tous les préposés qui sont à l'emploi des Résidences et CHSLD privés et qui n'ont aucune formation ou une formation minimale ne couvrant pas la réalité des besoins des personnes âgées. Les différentes composantes du programme sont les suivantes :

• Aspects du travail et formation :	2 heures
• Éthique et aspects légaux :	6 heures
• Notions sur le vieillissement :	12 heures
• Notions de communication :	9 heures
• PDSB :	15 heures
• Notions sur les maladies les plus courantes :	9 heures
• Principes et techniques d'assistance aux personnes âgées :	12 heures
• Réanimation cardio-respiratoires :	6 heures
• Notions sur les déficits cognitifs :	9 heures
<hr/>	
Total :	80 heures

Quarante-quatre commissions scolaires ont répondu à l'appel et ont offert ce programme dans leur région. Le tableau qui suit illustre la participation dans les différentes régions du Québec.

Dans de nombreux cas, les employés s’inscrivaient de leur propre initiative au programme et l’employeur payait le 80,00 \$ de formation. Les employeurs, à moins d’exception, n’ont pas payé le temps de participation des employés à cette formation qui se donnait le soir ou le samedi. Environ 80 % des préposés qui se sont inscrits ont terminé la formation et ont obtenu l’attestation de formation émise par la commission scolaire.

Le tableau qui suit illustre le taux de participation dans les différentes régions du Québec.

Tableau 17 : Bilan du programme de formation « Assistance aux personnes âgées » pour les années 2006-2007 et 2007-2008

Région	Participants 2006-2007	Participants 2007-2008	Total
Région 17 : centre du Québec	32	28	56
Région 16 : Montérégie	151	182	333
Région 15 : Laurentides	12	0	12
Région 14 : Lanaudière	ND	ND	ND
Région 13 : Laval	15	0	15
Région 12 : Chaudières Appalaches	120	103	223
Région 11 : Iles de la Madeleine	25	60	85
Région 10 : Nord du Québec	38	0	38
Région 09 : Côte Nord	nd	nd	nd
Région 08 : Abitibi-Témiscamingue	29	12	41
Région 07 : Outaouais	14	46	60
Région 06 : Montréal	0	0	0
Région 05 : Estrie	90	63	153
Région 04 : Mauricie Bois-francs	27	28	55
Région 03 : Capitale Nationale	35	52	87
Région 02 : Saguenay Lac St-Jean	30	12	42
Région 01 : Bas St-Laurent	76	107	183
Total	694	693	1 387

Comme on peut le constater à la lecture de ce tableau, cette formation a permis à plus de 1 000 personnes d’augmenter leurs connaissances et leurs savoir-faire. L’importance de la participation témoigne de l’intérêt, pour les préposés, à se former et ce, malgré toutes les embûches d’horaire et de déplacement que cela comportait, malgré le fait qu’ils n’obtenaient aucune compensation pour le temps consacré à cette formation et aucune reconnaissance monétaire par l’entreprise.

Le sondage que nous avons effectué auprès des commissions scolaires participantes fait état d'un taux de satisfaction très élevé (plus de 90 %) par rapport à cette formation et à son contenu. Au chapitre des améliorations à apporter, le cours devrait inclure les « premiers soins » qui sont devenus une exigence pour au moins un employé par résidence, en tout temps. On souhaite également que le module sur les problèmes cognitifs soit augmenté pour permettre aux participants d'acquérir plus de connaissances, étant donné l'importance de cette problématique dans la plupart des résidences pour personnes âgées. On demande de développer des outils pédagogiques plus polyvalents qui permettraient qu'une partie de la formation puisse se faire à distance, minimisant ainsi les déplacements. L'un des principaux problèmes rencontrés est en effet la difficulté d'organisation des formations, compte tenu que celle-ci se fait en dehors des heures de travail et en dehors du milieu de travail. Les commissions scolaires n'étant pas présentes dans toutes les villes certains participants devaient se rendre d'une ville à l'autre pour recevoir cette formation, ce qui influe naturellement sur le taux de participation qui aurait pu être beaucoup plus élevé.

La plupart des commissions scolaires font également état du fait que l'entente avec Emploi-Québec se termine, que celle-ci ne sera plus subventionnée et que, par conséquent, cette formation ne pourra plus être offerte alors que tous les intervenants s'entendent pour dire que cette formation minimale devrait être exigée à toute personne travaillant auprès des personnes âgées.

La situation particulière de Montréal

Une seule région, et non la moindre, fait en effet exception à la règle en ce qui a trait à la participation à ce programme : la région de Montréal. Deux tentatives ont été faites par la Commission scolaire de Montréal pour lancer ce programme sur le territoire, des lettres ont été envoyées à toutes les résidences suivies d'une relance téléphonique et seulement trois inscriptions ont résultés de cette stratégie. La dynamique sur le territoire montréalais semble tout à fait différente des autres régions. Nous nous sommes interrogés à l'effet de savoir si les employés des résidences et CHSLD de Montréal possédaient une formation initiale plus importante, ce qui expliquerait le peu d'intérêt pour cette mise à niveau.

Notre enquête terrain démontre en réalité le contraire : sur l'île de Montréal une moyenne de 31 % des employés à temps plein ont un diplôme reconnu (un DEP) alors que, dans le reste du Québec,

Les employés des résidences sont généralement moins bien formés à Montréal qu'ailleurs au Québec.

cette moyenne est de 45 %. C'est donc dire que les employés des résidences sont généralement moins bien formés à Montréal qu'ailleurs au Québec. Au chapitre du recrutement et de la rétention du personnel, les données de notre enquête pour Montréal sont similaires au reste du Québec : ce secteurs est aux prises avec d'importants problèmes de recrutement et de rétention du personnel.

On avait pu constater, comme nous l'avons exprimé précédemment, que les CLSC sont également moins présents dans les résidences de Montréal qu'ailleurs au Québec alors qu'en général, les résidences de l'île de Montréal sont plus grandes qu'ailleurs au Québec. Selon Aubry 2005, 24 % des résidences de Montréal comptent 50 unités et plus alors que dans le reste du Québec cette proportion est de 14%. Le fait que c'est dans la région de Montréal que nous retrouvons le plus grand nombre de grandes résidences explique peut-être aussi, en partie, l'absence d'inscription des préposés. Soit que l'information ne se rend pas aux bonnes personnes, soit que la présence d'une infirmière (ce qui est souvent le cas dans les grands réseaux) permet d'offrir à l'interne une forme de *coaching* qui tient lieu de formation. Nous sommes ici dans les extrapolations et cette question, compte-tenu du nombre de personnes que cela implique, mérite d'être fouillée.

La question de la langue semble aussi constituer un obstacle majeur dans la région de Montréal, vu l'importance de la langue anglaise dans cette région et du fait qu'un nombre important de préposés dans les résidences sont des allophones.

Toutes ces considérations concernant la région de Montréal présentent un tableau de précarité dans les résidences et la nécessité de développer des stratégies particulières pour cette région qui dessert un très grand nombre de personnes âgées.

EN CONCLUSION...

Le manque de formation déjà identifié par de nombreux acteurs dans le domaine ressort de façon évidente dans l'étude que nous

Le manque de formation déjà identifié par de nombreux acteurs dans le domaine ressort de façon évidente dans l'étude que nous avons menée.

avons menée. Déjà en 2001, la Commission des droits de la personne identifiait le manque de formation comme étant l'un des principaux écueils des milieux de vie substituts pour les aînés et considérait cette situation comme un risque d'atteinte aux droits fondamentaux et à l'égalité des droits d'accès aux services de santé. Dans son rapport de consultation de septembre 2001, la Commission notait : « les résidences privées dans lesquelles les personnes âgées en perte d'autonomie se retrouvent, notamment en raison du manque de place dans le réseau d'hébergement public, ne sont pas soumises aux normes du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le manque de formation des préposés paraît particulièrement préoccupant puisque leurs contacts avec les personnes âgées sont constants et ont un impact direct sur la qualité de vie de celles-ci ». La Commission recommandait en conséquence « que les propriétaires de résidences privées hébergeant des personnes âgées s'assurent que leur personnel qui œuvre auprès des personnes âgées reçoive des séances de formation comprenant un volet sur les aspects physiques, psychologiques et psychosociaux associés au vieillissement et à la perte d'autonomie.»⁴³

En 2006 en émettant son avis sur l'adoption d'un règlement relatif aux critères sociosanitaires devant servir à la certification de conformité des résidences pour personnes âgées, la Commission interpellait à nouveau le MSSS « la Commission recommande l'imposition d'un critère additionnel visant la formation, afin de s'assurer que le propriétaire, le responsable de la résidence et tous les membres du personnel puissent répondre aux besoins spécifiques de leur clientèle. Cette formation devrait comprendre un volet sur les aspects physiques, psychologiques et psychosociaux du vieillissement... » Le Conseil des aînés a joint sa voix à cette demande et a réaffirmé, dans son avis le plus récent, la nécessité de rehausser la formation académique de tout le personnel oeuvrant en résidence privée pour personnes âgées.⁴⁴

La présente étude vient jeter un jalon de plus dans cette direction.

⁴³ Commission des droits de la personne, 2001 : 64

⁴⁴ Conseil des aînés, avis sur les milieux de vie substituts pour les aînés en perte d'autonomie, septembre 2007 :19

CHAPITRE 3 : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Il ne fait aucun doute, dans le contexte actuel que nous venons de décrire, que la mise à niveau de la formation, dans le secteur des résidences et CHSLD privés du Québec, constitue un incontournable pour assurer aux personnes âgées la sécurité et la qualité des services qu'elles sont en droit d'attendre. A cet égard la région de Montréal doit retenir particulièrement notre attention.

Le MSSS a reconnu ce besoin de formation dans le réseau public des CHSLD où déjà les critères minimaux d'embauche exigent généralement le DEP de 630 heures (Depuis septembre 2007 de 750 heures). Il a

... la clientèle desservie aujourd'hui dans les résidences privées était, il y a à peine quelques années, dans les CHSLD publics.

octroyé, en 2006, un budget de 14 millions pour le développement et le déploiement d'un programme de formation des préposés oeuvrant en CHSLD publics. S'il est donc vrai que le personnel du réseau public déjà mieux formé avant l'embauche, a besoin de formation et qu'on lui en offre, il faudrait aussi que de la formation soit rendue possible pour le personnel du privé qui assume les soins et les services à une clientèle de moins en moins autonome. Il faut se rappeler, tel que nous l'avons démontré, que la clientèle desservie aujourd'hui dans les résidences privées était, il y a à peine quelques années, dans les CHSLD publics.

Le transfert vers le privé de cette clientèle exige que l'on mette en œuvre les conditions nécessaires à leur

Il est donc essentiel que l'État reconnaisse sa responsabilité à cet égard, qu'il définisse clairement la limite des responsabilités des résidences et CHSLD privés et qu'il assure la formation du personnel appelé à y œuvrer.

sécurité et à la qualité des services qu'ils sont appelés à y recevoir. Ces conditions ne peuvent être laissées à l'initiative des propriétaires de résidences qui exercent cette responsabilité dans une logique marchande. En laissant la responsabilité de la formation aux résidences, nous avons peu de chances qu'elle se réalise et, dans le meilleur des cas, le coût des formations serait transféré aux personnes âgées elles-mêmes dont nous connaissons les limites financières. Il est donc essentiel que l'État reconnaisse sa responsabilité à cet égard, qu'il définisse clairement la limite des responsabilités des résidences et CHSLD privés et qu'il assure la formation du personnel appelé à y œuvrer.

De nombreux experts et de nombreuses instances ont, à tour de rôle, plaidé pour que des actions concrètes et énergiques soient entreprises pour assurer un minimum de qualité des services dans ce

secteur, compte-tenu de l'évolution de la mission des Résidences vers une clientèle en perte d'autonomie plus lourde.

Déjà dans son rapport de 2001, la Commission des droits de la personne recommandait « *que le gouvernement du Québec s'assure que la future Politique sur les réseaux de services intégrés énonce clairement le statut et le rôle des résidences privées et garantisse aux personnes âgées qui y résident, comme à toute personne âgée à domicile dans les mêmes conditions, une prestation de services qui réponde à leurs besoins de soins et de services à la personne* » (2001 :159). Autrement dit, la Commission demande au gouvernement de prendre acte de la réalité des résidences, à savoir qu'elles desservent aussi une clientèle ayant d'importantes pertes d'autonomie, et d'en tirer les conséquences. Cette situation s'est massivement répandue depuis cette recommandation de la Commission en 2001.

L'hébergement des personnes en perte d'autonomie « *n'est pas n'importe quel bien de la société moderne...Il s'agit d'un service essentiel qui touche le quotidien et la qualité de vie de quelque 100 000 personnes âgées dont près de la moitié sont en perte d'autonomie. De plus, son expansion dans le secteur marchand est intimement associée à des besoins qui ne sont pas suffisamment couverts par le réseau public. Comment expliquer dès lors l'absence d'intervention étatique pour réguler et soutenir ce secteur d'activité?* »⁴⁵

Tout récemment, la ministre Marguerite Blais faisait écho à ces recommandations en publiant son rapport suite à la tournée de consultation provinciale de l'automne 2007. Son rapport rend compte de la préoccupation des personnes rencontrées, à savoir qu'il faut « *assurer un contrôle optimal de la qualité des soins et services donnés dans tous les milieux de vie résidentiels et d'hébergement* » et obtenir « *une diversification des formules d'hébergement dans le réseau public et la qualification et la formation continue du personnel des secteurs public et privé.* »

Il est essentiel que soit précisé le rôle des résidences privées et ses limites, de même que les passerelles de collaboration et de complémentarité entre les secteurs public et privé. Même si la démarche de certification actuelle constitue une entrée en la matière pour reconnaître officiellement le rôle des résidences privées dans le panier de services offerts aux personnes âgées en pertes d'autonomie, notre enquête illustre clairement que cet effort est insuffisant pour assurer la qualité des services et la sécurité des personnes vulnérables qui, en toute confiance, par choix ou en l'absence de toute autre option, acceptent de vivre dans ce milieu de vie. La responsabilité de l'État auprès de ces personnes exige que la réalité de cette situation soit reconnue et que des moyens exceptionnels soient déployés pour que cette clientèle soit desservie adéquatement.

⁴⁵ Charpentier 2002, pp.150

Le rôle que les Résidences et CHSLD privés ont pris au cours des dernières années exige que se développe dans ce secteur, une culture organisationnelle mieux adaptée à la nouvelle mission que ces derniers sont appelés à accomplir, une culture qui passe de la logique et des valeurs de l'hôtellerie à celles des soins et des services à la personne et à la société. La formation continue et la recherche de qualité constituent la pierre d'assise de l'élaboration de cette nouvelle culture. Comme on le sait, pour que de telles transformations puissent s'opérer, de puissants moyens doivent être déployés, permettant de rejoindre tout le monde et d'alimenter, de façon continue, la réflexion et l'intérêt pour de nouvelles façons de faire, d'apprendre et de servir.

Notre enquête terrain nous a également permis de constater le peu de valorisation de la tâche du préposé dans son rôle d'assistance aux personnes âgées. L'importance du rôle du préposé auprès de la personne âgée en est un de premier plan. Tout effort de sensibilisation sur la qualité des services, toute activité de formation devra s'appuyer sur une valorisation et un engagement des préposés à l'égard de certaines valeurs. Une réflexion sur ce rôle et sur les moyens de le valoriser et de le reconnaître doit soutenir toute stratégie à être déployée.

RECOMMANDATIONS

Compte-tenu de l'importance de la contribution du privé dans les soins et services offerts aux personnes âgées, du nombre de personnes concernées, des difficultés démontrées, de la transformation rapide que ce secteur d'activités au cours des dernières années et de l'impact de ses pratiques sur la population âgée et sur leurs proches nous recommandons :

- 1) Que de manière urgente un comité sectoriel de la main d'œuvre des Résidences et CHSLD privés soit mis en place avec les moyens nécessaires pour exercer des actions structurantes sur le personnel soignant et le personnel administratif de ces Résidences;
 - Que ce comité fasse de la formation du personnel sa priorité et, qu'en collaboration avec les instances compétentes, développe un programme national de formation visant une mise à niveau des connaissances en gérontologie et en soins et services;
 - Que ce programme de formation puisse être adapté à différents milieux, en région urbaine comme en région rurale, pour les employés à temps plein comme à temps partiel, en français et en anglais, et fasse appel à des stratégies andragogiques de formation, des stratégies de formation à distance et de formation de formateurs;
 - Que ce comité développe un ensemble de stratégies favorisant une culture organisationnelle de la qualité des services et des soins et des stratégies visant le recrutement et la rétention du personnel;
- 2) Que de façon transitoire, la Table de concertation sur les besoins de formation du personnel oeuvrant en résidence et CHSLD privés reçoive un soutien financier, afin qu'elle puisse préparer l'implantation du comité sectoriel;
- 3) Que de façon transitoire le programme d'Assistance aux personnes âgées de 80 heures continue de bénéficier d'un financement de la part d'Emploi-Québec et ce, dans toutes les régions du Québec;
- 4) Que les moyens financiers accordés permettent que l'enquête amorcée par la Table se poursuive afin de mieux connaître les besoins et la réalité de la main d'œuvre de la région de Montréal, de manière à proposer des stratégies adaptées à ce milieu.

RÉFÉRENCES

Aubry François, 2005, *Les résidences privées à but lucratif pour personnes âgées : Un portrait sectoriel*, LAREPPS/UQAM.

Bravo G., Charpentier M., Dubois M.F., DeWals P., Émond A., 1997, *La qualité des soins dispensés aux personnes âgées par les ressources d'hébergement avec et sans permis ministériel*, Rapport final, PNRDS, Centre de recherche en gérontologie et en gériatrie, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Chagnon Robert, 2002, *Pour assurer un continuum de services aux personnes âgées...Un réseau de résidences privées avec services*, Avis de l'association des résidences pour retraités du Québec, in Charpentier 2002 : 171-177.

Charpentier Michèle, 2002, *Priver ou privatiser la vieillesse*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ), 2001, *L'exploitation des personnes âgées : vers un filet de protection resserré*. Rapport de consultation.

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ), 2005, *L'exploitation des personnes âgées - Rapport sur la mise en œuvre des recommandations formulées dans le rapport « Vers un filet de protection resserré »*.

Conseil des aînés 2007 a, *État de situation sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*.

Conseil des aînés 2007 b, *La réalité des aînés québécois*, 3^e édition.

Conseil des aînés 2007 c, *Avis sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*, septembre.

Gauthier Hervé et coll. 2004, *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain*, Institut de la Statistique du Québec.

Institut de la Statistique du Québec, 2000, Estimations et projections de la population des régions administratives selon le groupe d'âge et le sexe au 1^{er} juillet de 1996 à 2021.

Ministère de la Santé des services sociaux (MSSS), 2001, Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Ministère de la Santé des services sociaux (MSSS), 2005, Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010.

Ministère des Aînés et de la famille, 2005, Portrait des familles au Québec.

Rochon Jean (président), 1988, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*.

Saucier Alain et Lafontaine Pierre, 1998, Prévalence et gravité de l'incapacité dans la population québécoise, in Institut de la Statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités* : 73-87.

Statistique Canada, 2005, Le revenu au Canada, publication 75-202-XIF.

Annexe 1

**Liste des membres de la table de concertation sur les besoins de formation
du personnel des résidences et CHSLD privés du Québec**

LISTE DES MEMBRES DE LA TABLE DE CONCERTATION SUR LES BESOINS DE FORMATION DU PERSONNEL DES RÉSIDENCES ET CHSLD PRIVÉS DU QUÉBEC

Mariette L. Lanthier, directrice générale, Association des Résidences et CHSLD privés du Québec (ARCPQ), **co-présidente de la table**

Jeff Begley, vice-président affaires sociales, Fédération de la santé et des services sociaux (CSN), **co-président de la table**

Danielle Legault, vice-présidente, Fédération des travailleurs du Québec (FTQ),
membre du comité exécutif

Maurice Boucher, vice-président, Association de défense des droits des retraités (AQDR)

Dolores Gagné, présidente, Association des résidences familiales pour aînés du Québec

Daniel Gagnon, Secrétaire, Conseil des aînés du Québec

Karine Genest, directrice des programmes, Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ)

Stéphane Grégoire, Emploi-Québec

Myrtha Laflamme, présidente, Réseau québécois des OSBL d'habitation (RQOH)

Michel Lemelin, président, Fédération des préposés aux bénéficiaires du Québec

Yvon Villeneuve, Commission scolaire des Navigateurs

Céline Germain, consultante, coordonnatrice des travaux de la Table

Annexe 2

Questionnaire d'entrevues avec les 146 propriétaires ou gestionnaires de résidences ou CHSLD privés pour personnes âgées

Table québécoise de concertation sur la formation du personnel œuvrant en
CHSLD privé et en résidence pour personnes âgées

Diagnostic sectoriel de main-d'œuvre

Questionnaire adressé aux responsables
des services dans les résidences et CHSLD
privés pour personnes âgées

Mai 2007

Questions préliminaires

Avant de vous poser les questions portant sur votre résidence ou CHSLD, nous désirons vérifier quelques renseignements avec vous.

Voici l'information que nous avons obtenue à propos de votre résidence en consultant le Registre des résidences privées avec services pour personnes âgées du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Information	Données du Registre	OK	Correction s'il y a lieu
Région administrative :	Chaudière-Appalaches	<input type="checkbox"/>	_____
Type de résidence :	Résidence privée à but lucratif	<input type="checkbox"/>	_____
Responsable :	Nicole Boudreault	<input type="checkbox"/>	_____
Propriétaire :	Retirement Residences REIT	<input type="checkbox"/>	_____
Nom et adresse :	Les Marronniers 22, Charles-Édouard Lévis G6V 8E9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____
Téléphone :	418.835.3765	<input type="checkbox"/>	_____
Télécopieur :	418.835.6321	<input type="checkbox"/>	_____
Courriel :	-	<input type="checkbox"/>	_____
Places CHSLD :	-	<input type="checkbox"/>	_____
Places RI :	-	<input type="checkbox"/>	_____
Chambre(s) :	0	<input type="checkbox"/>	_____
Logement(s) :	156	<input type="checkbox"/>	_____
Résident(s) :	156	<input type="checkbox"/>	_____
Moins de 65 ans :	1	<input type="checkbox"/>	_____
De 65 à 74 ans :	8	<input type="checkbox"/>	_____
De 75 à 84 ans :	77	<input type="checkbox"/>	_____
85 ans et plus :	70	<input type="checkbox"/>	_____
CLSC :	Desjardins	<input type="checkbox"/>	_____
Places :	156	<input type="checkbox"/>	_____
Chambres occupées :	NSP	<input type="checkbox"/>	_____
Logements occupés :	156	<input type="checkbox"/>	_____
Repas :	Oui	<input type="checkbox"/>	_____
Assistance personnelle :	Oui	<input type="checkbox"/>	_____
Aide alimentation :	Oui	<input type="checkbox"/>	_____
Soins infirmiers :	Oui	<input type="checkbox"/>	_____
Activités de loisirs :	Oui	<input type="checkbox"/>	_____
Année d'ouverture :	1986	<input type="checkbox"/>	_____

Caractéristiques des répondants

Propriétaire de la résidence ?

- Oui Non

Fonction(s) à l'intérieur de la résidence ?

Temps consacré à occuper sa fonction à l'intérieur de la résidence ?

- Temps plein Temps partiel

Métier (infirmière, administrateur, récréologue, etc) ?

Études (plus haut niveau atteint) ?

- Secondaires Si formation professionnelle, préciser dans quel domaine :

- Collégiales Si formation technique, préciser dans quel domaine :

- Universitaires Préciser dans quel domaine :

Principal domaine de travail avant d'occuper une fonction dans les services
d'hébergement pour personnes âgées (domaines hospitalier, hôtellerie, commerce de
détail, etc.) ?

Section 1

Caractéristiques générales des résidences et CHSLD privés

Question 1

Quelle(s) clientèle(s) votre établissement (résidence ou du CHSLD) accueille-t-il ?

- Personnes âgées autonomes
- Personnes âgées en perte d'autonomie, *i.e.* qui doivent recevoir jusqu'à 2 heures de services (assistance ou soins) par jour
- Personnes âgées en lourde perte d'autonomie, *i.e.* qui doivent recevoir plus de 2 heures de services (assistance ou soins) par jour

Question 2

En ce qui a trait aux différentes clientèles visées par votre établissement, combien pouvez vous accueillir de personnes âgées autonomes, de personnes âgées en perte d'autonomie ou de personnes âgées en lourde perte d'autonomie ?

Type de clientèle	Capacité d'accueil	Clientèle actuelle
• Personnes âgées <u>autonomes</u>	_____	_____
• Personnes âgées <u>en perte d'autonomie</u> , soit qui doivent recevoir jusqu'à 2 heures de services (assistance ou soins) par jour	_____	_____
• Personnes âgées <u>en lourde perte d'autonomie</u> , soit qui doivent recevoir plus de 2 heures de services (assistance ou soins) par jour	_____	_____

Question 3

Combien d'unités compte votre résidence ou CHSLD (chambres, logements équipés ou non d'une cuisine, ou d'un « coin cuisine » standard) ?

Type d'unité	Nombre
• Chambre(s)	_____
• Logement(s) non équipé(s) d'une cuisine (ou d'un « coin cuisine ») standard (studio)	_____
• Logement(s) équipé(s) d'une cuisine (ou d'un « coin cuisine ») standard	_____

TABLE QUÉBÉCOISE DE CONCERTATION SUR LA FORMATION DU PERSONNEL
OEUVRANT EN CHSLD PRIVÉ ET EN RÉSIDENCE POUR PERSONNES ÂGÉES

Question 4

En ce qui a trait à l'ÂGE, parmi vos résidents actuels...

- ...combien sont âgés de moins de 65 ans ? _____ personne(s) OU _____ %
- ...combien sont âgés de 65 à 75 ans ? _____ personne(s) OU _____ %
- ...combien sont âgés de 75 à 84 ans ? _____ personne(s) OU _____ %
- ...combien sont âgés de 85 ans ou plus ? _____ personne(s) OU _____ %

Question 5

En ce qui a trait au SEXE, parmi vos résidents actuels...

- ...combien sont des hommes ? _____ personne(s) OU _____ %
- ...combien sont des femmes ? _____ personne(s) OU _____ %

Question 6

En ce qui a trait à la LANGUE, parmi vos résidents actuels...

- ... combien ont le français pour langue principale ? _____ personne(s) OU _____ %
- ... combien ont l'anglais pour langue principale ? _____ personne(s) OU _____ %
- ... combien ont une langue autre que le français ou l'anglais pour langue principale ? _____ personne(s) OU _____ %

Question 7

Y a-t-il, parmi vos résidents actuels, des personnes susceptibles d'éprouver des difficultés de communication en raison de particularités linguistiques (par exemple, des personnes qui ne maîtrisent pas la langue de la majorité des autres résidents ou d'un nombre important d'entre eux ; des personnes qui ont de la difficulté à communiquer avec les membres du personnel) ?

- Oui Non

Si OUI, cette situation touche combien de vos clients ? _____ personne(s)

Question 8

Enfin, y a-t-il, parmi vos résidents actuels, des personnes qui éprouvent des difficulté en raison de LIMITATIONS FONCTIONNELLES sur le plan...

...locomoteur ? _____ personne(s) OU _____ %

...sensoriel ? _____ personne(s) OU _____ %

...cognitif ? _____ personne(s) OU _____ %

...de la santé mentale ? _____ personne(s) OU _____ %

...sur plusieurs plans ? _____ personne(s) OU _____ %

TABLE QUÉBÉCOISE DE CONCERTATION SUR LA FORMATION DU PERSONNEL
 OEUVRANT EN CHSLD PRIVÉ ET EN RÉSIDENCE POUR PERSONNES ÂGÉES

Section 2

Services offerts à la clientèle à l'intérieur des résidences et CHSLD
 – et instances responsables de leur dispensation

Question 9

Les personnes âgées qui vivent dans votre résidence ou CHSLD peuvent-elles y recevoir de l'aide pour accomplir l'une ou l'autre des ACTIVITÉS de la VIE QUOTIDIENNE ou de la VIE DOMESTIQUE suivantes ?

Si oui, veuillez indiquer par qui l'aide est dispensée : personnel de votre résidence ou CHSLD et / ou par un CLSC et / ou une Agence privée.

Activités	Oui	Si oui :		
		Personnel de la résidence	CLSC	Agence privée
▪ Se nourrir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Se laver et s'habiller ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Se mobiliser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Aide à l'élimination ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Entretenir l'espace personnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Préparer les repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Faire les courses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Faire la lessive personnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Accompagner lors de sortie à l'extérieur de la résidence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TABLE QUÉBÉCOISE DE CONCERTATION SUR LA FORMATION DU PERSONNEL
 OEUVRANT EN CHSLD PRIVÉ ET EN RÉSIDENCE POUR PERSONNES ÂGÉES

Question 11

Combien de personnes travaillent régulièrement (soit à temps plein ou à temps partiel) ou occasionnellement dans votre résidence ou CHSLD ?

PRÉCISION AUX RÉPONDANTS. Nous entendons ici les personnes rémunérées à même le budget de fonctionnement de la résidence et qui relèvent directement de celle-ci et non d'une ressource externe de maintien à domicile.

Fonction	Temps plein	Temps partiel	Occasionnel	Total
▪ Supervision des services et/ou des soins	_____	_____	_____	_____
▪ Préposés	_____	_____	_____	_____
▪ Infirmiers(ères)	_____	_____	_____	_____
▪ Infirmiers(ères) auxiliaires	_____	_____	_____	_____
▪ Autres professionnels de la santé	_____	_____	_____	_____
▪ Cuisiniers(ères)	_____	_____	_____	_____
▪ Entretien ménager	_____	_____	_____	_____
▪ Autre(s) personnel(s)	_____	_____	_____	_____
▪ _____	_____	_____	_____	_____
▪ _____	_____	_____	_____	_____

Question 12

Pour assurer les services, combien d'employés travaillent quotidiennement dans votre résidence ou CHSLD, le jour, le soir et la nuit ? Veuillez indiquer le nombre d'employés en « Équivalent temps plein » (7 ½ à 8 heures par jour) selon chacune des catégories (« Fonction ») mentionnées.

PRÉCISION AUX RÉPONDANTS. *Nous entendons ici les personnes rémunérées à même le budget de fonctionnement de la résidence et qui relèvent directement de celle-ci et non d'une ressource externe de maintien à domicile.*

Fonction	Jour	Soir	Nuit
▪ Supervision des services et / ou des soins	_____	_____	_____
▪ Préposés	_____	_____	_____
▪ Infirmiers(ères)	_____	_____	_____
▪ Infirmiers(ères) auxiliaires	_____	_____	_____
▪ Autres professionnels de la santé	_____	_____	_____
▪ Cuisiniers(ères)	_____	_____	_____
▪ Entretien ménager	_____	_____	_____
▪ Autre(s) personnel(s)	_____	_____	_____
▪ _____	_____	_____	_____
▪ _____	_____	_____	_____

TABLE QUÉBÉCOISE DE CONCERTATION SUR LA FORMATION DU PERSONNEL
OEUVRANT EN CHSLD PRIVÉ ET EN RÉSIDENCE POUR PERSONNES ÂGÉES

Question 13

Parmi vos [nombre total – question 2] employés actuels, combien travaillent dans votre établissement (résidence ou au CHSLD) depuis...

- | | | | | | |
|--------------------------|------------------|-------|----------------|-------|---|
| <input type="checkbox"/> | ...moins de 1 an | _____ | personne(s) OU | _____ | % |
| <input type="checkbox"/> | ...1 à 3 ans | _____ | personne(s) OU | _____ | % |
| <input type="checkbox"/> | ...3 ans ou plus | _____ | personne(s) OU | _____ | % |

Question 14

Par quel intermédiaire avez-vous recruté les personnes qui travaillent actuellement dans votre résidence ou CHSLD ?

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Annonces (journaux, WEB, CLSC ou autres) | <input type="checkbox"/> | Réponse à des demandes d'emploi reçues à la résidence ou au CHSLD |
| <input type="checkbox"/> | Agences de placement – aide à domicile | <input type="checkbox"/> | Réseau personnel et social (parents, amis, collègues, connaissances, etc.) |
| <input type="checkbox"/> | Centre local d'emploi | <input type="checkbox"/> | Autre (veuillez préciser) |
| <input type="checkbox"/> | Les Centres de formation professionnelle ou autres établissements scolaires | | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Référence (autres résidences ou CHSLD privés, établissements du réseau de la santé et des services sociaux, etc.) | | _____ |
| | | | _____ |

Question 15

Éprouvez-vous des difficultés de recrutement relativement à l'une ou l'autre des catégories d'emploi suivantes ?

Fonction	NSP	Pas du tout	Peu	Assez	Beaucoup
▪ Supervision des services et / ou des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Préposé(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Infirmiers(ères)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Infirmiers(ères) auxiliaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Autres professionnels de la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Entretien ménager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Autre(s) personnel(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 16 – A

Parmi les employés de votre résidence ou CHSLD qui travaillent comme préposé(e)s aux bénéficiaires, combien ont une formation reconnue dans leur domaine d'emploi ?

- DEP en Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé _____ (employés)
- DEP en Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile _____ (employés)
- Attestation d'études collégiales en Gériatrie _____ (employés)
- Formation de préposé dispensée par une firme privée – préciser :
 _____ (employés)
 _____ (employés)
- Autre formation – préciser :
 _____ (employés)
 _____ (employés)

TABLE QUÉBÉCOISE DE CONCERTATION SUR LA FORMATION DU PERSONNEL
OEUVRANT EN CHSLD PRIVÉ ET EN RÉSIDENCE POUR PERSONNES ÂGÉES

Question 16 – B

Parmi les employés de votre résidence ou CHSLD qui travaillent comme cuisinier(ère), combien ont une formation reconnue dans leur domaine d'emploi ?

- DEP en *Cuisine d'établissement* _____ (employés)
- Autre DEP – préciser :

_____ (employés)
- Formation de cuisinier dispensée par une firme privée – préciser :

_____ (employés)
_____ (employés)
- Autre formation – préciser :

_____ (employés)
_____ (employés)

Question 16 – C

Parmi les employés de votre résidence ou CHSLD qui travaillent comme surveillant(e) ou agent(e) de sécurité, combien ont une formation reconnue dans leur domaine d'emploi ?

- Préciser :

_____ (employés)
- Autre formation – préciser :

_____ (employés)
_____ (employés)

Question 17

Y a-t-il, parmi vos employés, des personnes susceptibles d'éprouver des difficultés de communication en raison de particularités linguistiques (par exemple, des employés qui ne maîtrisent pas la langue de la majorité des résidents ou d'un nombre important d'entre eux) ?

- Oui Non

Si oui :

Cette situation touche combien d'employés ? _____ personne(s)

Question 18

Veillez indiquer, sur une échelle de 1 à 5, le niveau d'importance que vous accordez à chacun des critères suivants (le chiffre 1 indiquant le plus haut niveau, le 5 indiquant le plus bas) au moment de procéder à l'embauche d'une personne qui exercera des tâches généralement liées au métier de PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES (assistance aux personnes).

Critères	Échelle				
▪ DEP en Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé	1	2	3	4	5
▪ DEP en Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile	1	2	3	4	5
▪ Attestation d'études collégiales en Gériologie	1	2	3	4	5
▪ Expérience de travail auprès des personnes en perte d'autonomie (aînés ou non)	1	2	3	4	5
▪ Expérience de travail auprès des personnes âgées (en perte d'autonomie ou non)	1	2	3	4	5
▪ Manifestation d'attitudes positives à l'endroit des personnes âgées	1	2	3	4	5
▪ Manifestation d'aptitudes nécessaires pour travailler auprès de personnes en perte d'autonomie	1	2	3	4	5

- Autre (veuillez préciser)

Section 3

Formation continue : pratiques et besoins

Question 19

Au cours des 24 derniers mois, avez-vous consacré une partie de votre budget de fonctionnement à la formation continue du personnel de votre résidence ou CHSLD ?

- Oui Non

Si OUI, veuillez répondre aux questions 19 – A à 19 – D

Question 20 – A

À combien estimez-vous le montant consacré à la formation continue du personnel (incluant les propriétaires, s'il y a lieu) par rapport à la somme des salaires versés (masse salariale) annuellement ?

- Moins de 1 % de la somme des salaires
 1 % de la somme des salaires
 Plus de 1 % de la somme des salaires

Question 20 – B

Quelle(s) catégorie(s) d'emploi a (ont) été visée(s) particulièrement par les activités de formation ?

- Gestionnaires
 Personnel infirmier ou autres professionnels de la santé
 Préposés aux bénéficiaires
 Personnel affecté à la cuisine
 Personnel affecté à l'entretien ménager ou à la sécurité
 Autres

Question 20 – C

Dans quel(s) domaine(s) se situaient les activités de formation continue auxquelles ont participé les membres de votre personnel ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accompagnement en fin de vie | <input type="checkbox"/> Normes d'hygiène et de salubrité |
| <input type="checkbox"/> Analyse des besoins et plans de soins | <input type="checkbox"/> Plans d'urgence et sécurité incendie |
| <input type="checkbox"/> Aspects éthiques et légaux (contentions etc.) | <input type="checkbox"/> Principes de base en physiothérapie et ergothérapie |
| <input type="checkbox"/> Communication avec les personnes âgées | <input type="checkbox"/> Problèmes cognitifs |
| <input type="checkbox"/> Compréhension du vieillissement | <input type="checkbox"/> Réactions aux allergies alimentaires |
| <input type="checkbox"/> Déplacements sécuritaires (PDSB) | <input type="checkbox"/> Réanimation cardiorespiratoire (RCR) |
| <input type="checkbox"/> Gestion du personnel et communication | <input type="checkbox"/> Secourisme |
| <input type="checkbox"/> Hygiène et aseptie | <input type="checkbox"/> Sécurité du bâtiment |
| <input type="checkbox"/> Intervention en situation de comportements perturbatoires | <input type="checkbox"/> Sensibilisation à l'approche qualité des services |
| <input type="checkbox"/> Maladies associées au vieillissement | <input type="checkbox"/> Travail d'équipe |

Autres

Question 20 – D

Les activités de formation ont été dispensées par quel(s) organisme(s) ?

- Commission scolaire
- Cégep
- Université
- Formateur privé
- Nous assumons la formation de notre personnel
- Autres

TABLE QUÉBÉCOISE DE CONCERTATION SUR LA FORMATION DU PERSONNEL
OEUVRANT EN CHSLD PRIVÉ ET EN RÉSIDENCE POUR PERSONNES ÂGÉES

Question 21

Parmi les affirmations suivantes, veuillez indiquer celles qui font référence à des obstacles que votre résidence ou CHSLD rencontre ou a pu rencontrer relativement à la participation du personnel à des activités de formation continue

- Notre résidence n'est pas informée de l'offre de formation
- Les offres de formation ne répondent pas à nos besoins sur le plan du contenu
- Les offres de formation ne répondent pas à nos besoins sur le plan de l'organisation (horaires et lieux des activités)
- Notre résidence ne dispose pas des ressources financières nécessaires pour libérer des membres du personnel afin qu'ils puissent participer à des activités de formation continue
- Notre résidence ne dispose pas des ressources financières nécessaires pour défrayer les coûts liés aux activités de formation continue des membres du personnel
- Les membres du personnel se sont montrés peu intéressés à participer à des activités de formation continue
- Le roulement élevé de notre personnel rend complexe l'élaboration et la mise en œuvre de mesures de formation continue
- Autre(s)

TABLE QUÉBÉCOISE DE CONCERTATION SUR LA FORMATION DU PERSONNEL
 OEUVRANT EN CHSLD PRIVÉ ET EN RÉSIDENCE POUR PERSONNES ÂGÉES

Question 23

En ce qui a trait aux BESOINS DE FORMATION des membres de votre personnel qui exercent des fonctions de travail liées aux SERVICES ALIMENTAIRES, veuillez indiquer, sur une échelle de 1 à 5, le niveau d'importance (priorité) que vous accordez à chacun des domaines suivants (le chiffre 1 indiquant le plus haut niveau d'importance, le 5 indiquant le plus bas).

Domaines	Échelle				
▪ Normes d'hygiène et de salubrité	1	2	3	4	5
▪ Alimentation pour personnes âgées	1	2	3	4	5
▪ Réactions aux allergies alimentaires	1	2	3	4	5
▪ Réanimation cardiorespiratoire (RCR)	1	2	3	4	5
▪ Secourisme	1	2	3	4	5
▪ Déplacements sécuritaires (PDSB)	1	2	3	4	5
▪ Communication avec les personnes âgées	1	2	3	4	5
▪ Maladies associées au vieillissement	1	2	3	4	5
▪ Problèmes cognitifs	1	2	3	4	5
▪ Intervention en situation de comportements perturbatoires	1	2	3	4	5
▪ Travail d'équipe	1	2	3	4	5
▪ Autre(s)					

Question 24

En ce qui a trait aux BESOINS DE FORMATION des membres de votre personnel qui exercent des fonctions de travail liées aux SERVICES D'ENTRETIEN MÉNAGER (incluant la SÉCURITÉ), veuillez indiquer, sur une échelle de 1 à 5, le niveau d'importance (priorité) que vous accordez à chacun des domaines d'activité suivants (le chiffre 1 indiquant le plus haut niveau d'importance, le 5 indiquant le plus bas).

Domaines	Échelle				
▪ Sécurité du bâtiment	1	2	3	4	5
▪ Normes d'hygiène et de salubrité	1	2	3	4	5
▪ Réanimation cardiorespiratoire (RCR)	1	2	3	4	5
▪ Secourisme	1	2	3	4	5
▪ Déplacements sécuritaires (PDSB)	1	2	3	4	5
▪ Communication avec les personnes âgées	1	2	3	4	5
▪ Maladies associées au vieillissement	1	2	3	4	5
▪ Problèmes cognitifs	1	2	3	4	5
▪ Intervention en situation de comportements perturbatoires	1	2	3	4	5
▪ Travail d'équipe	1	2	3	4	5
▪ Autre(s) _____ _____ _____					

TABLE QUÉBÉCOISE DE CONCERTATION SUR LA FORMATION DU PERSONNEL
OEUVRANT EN CHSLD PRIVÉ ET EN RÉSIDENCE POUR PERSONNES ÂGÉES

Question 25

Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler du programme de formation « Assistance aux personnes âgées », conçu à l'intention de la main-d'œuvre en emploi dans les résidences et CHSLD privés, particulièrement les préposés aux bénéficiaires. Le programme est offert dans plusieurs commissions scolaires du Québec ; il comprend 80 heures d'activités, réparties sur plusieurs sessions.

- Oui Non

Si OUI, y a-t-il des membres de votre personnel qui participent actuellement ou qui ont participé aux activités de formation données dans le cadre de ce programme ?

- Oui Non

Question 26

Parmi les formules utilisées en formation continue, laquelle ou lesquelles pourraient le mieux convenir à vos besoins et à la situation de votre établissement ?

- Formation « à la carte » offerte dans les établissements scolaires ou les firmes privées de formation
- Formation à la carte offerte sur les lieux de travail (par des établissements scolaires ou des firmes privées de formation)
- Programme de formation complet offert de façon intensive dans les établissements scolaires ou les firmes privées de formation
- Programme de formation complet offert sur une longue période dans les établissements scolaires ou les firmes privées de formation
- Programme d'apprentissage en milieu de travail (PAMT) d'Emploi-Québec
- Formation à distance (Internet, vidéo, classes par conférences téléphoniques, etc.)
- Autre(s)

Annexe 3

Compte-rendu des entrevues de groupes menées dans le cadre de l'enquête terrain

GROUPE DE DISCUSSION

Employés membres de la CSN 19 juin 2007

Le groupe de discussion comptait 10 personnes et était animé par Céline Germain, coordonnatrice des travaux de la *Table de concertation des besoins de formation pour le personnel des Résidences privées et CHSLD du Québec*, qui pilote ce projet.

1. Caractéristiques des personnes présentes :

- ◆ 8 femmes, 2 hommes
- ◆ 90% des personnes présentes ont entre 10 et 28 ans d'expérience comme employé de résidence privée.
- ◆ Une seule personne possède une expérience d'une moindre durée, soit 5 ans.
- ◆ 5 des 10 personnes présentes occupent des fonctions de préposés
- ◆ Trois personnes occupent une fonction de cuisinier (ère),
- ◆ Une personne est infirmière
- ◆ Une personne est ouvrier de maintenance.
- ◆ Les préposés présents ont tous une formation minimale de trois semaines, offerte par une agence privée, à titre de préposé.
- ◆ Un(e) cuisinier(ère) possède un DEP en cuisine, les deux autres ont reçu une formation « maison ».
- ◆ La plupart des personnes participant à ce groupe de discussion sont à l'emploi de résidences appartenant à des grandes chaînes de résidences québécoises.

2. Objectif de la rencontre

La rencontre a comme objectif de connaître le point de vue des employés en ce qui a trait à leurs besoins de formation, leur appréciation de la compétence qu'ils ont pour offrir les services qu'ils doivent offrir, les difficultés qu'ils rencontrent dans leur milieu de travail, les obstacles à la formation qu'ils identifient et le type de support dont ils aimeraient bénéficier.

3. Résumé de la discussion

D'entrée de jeu les personnes présentes ont exprimé le fait qu'elles ne se sentaient pas « équipées » en terme de connaissances et de formation pour effectuer les tâches qu'on leur demande d'effectuer. De façon unanime les employés observent le fait que la clientèle s'est considérablement alourdie et qu'aucune formation n'est venue soutenir les nouvelles exigences auxquelles ils étaient appelés à faire face. La clientèle s'est alourdie, le nombre d'employé n'a pas augmenté, au contraire. De plus on déplore le type de gestion dans les résidences, qui manque de transparence et qui ne met pas tout en œuvre pour assurer la qualité des services et la sécurité des résidents et des employés.

On donne plusieurs exemples, notamment celui de la diète pour diabétique : les employés de la cuisine n'ont pas vraiment de connaissances sur le sujet. Tout ce qui concerne la diététique est laissé à l'initiative du personnel de cuisine qui fait de son mieux mais dont les connaissances sont limitées. Les produits spécialisés sont absents des tablettes et souvent l'employé doit se battre pour obtenir les produits de base pour offrir une diète adéquate.

Les employés déplorent aussi le manque d'information et le manque d'équipement adéquat dont ils auraient besoin pour faire leur travail. Souvent des résidents reviennent de l'hôpital et le personnel n'est pas informé des cas de C. difficile par exemple et par conséquent ne prend pas les moyens adéquats pour se protéger. Certains résidents sont alités et on ne dispose pas de lève-personnes, etc.etc.

Les employés expriment le fait qu'ils ont réclamé à plusieurs reprises de la formation et que leur demande est restée sans réponse. L'employeur demande à l'employé de voir à sa propre formation alors que l'employé considère que ses conditions de travail ne lui permettent pas de financer sa propre formation.

Au chapitre des principaux problèmes auxquels ils ont à faire face, les employés mentionnent avec insistance le manque de méthode de travail qui est endémique à tous les niveaux. Les nouveaux besoins de la clientèle exigent des méthodes de travail mieux définies qu'une formation adéquate pourrait apporter.

TABLE QUÉBÉCOISE DE CONCERTATION SUR LA FORMATION DU PERSONNEL
OEUVRANT EN CHSLD PRIVÉ ET EN RÉSIDENCE POUR PERSONNES ÂGÉES

Un groupe de participants témoigne du fait que leur CHSLD a dû effectuer le processus d'agrément lequel a nécessité de la formation à tous les niveaux de l'institution, pour tout le personnel. Ce groupe pouvait témoigner des changements radicaux que ces formations avaient apportés dans l'organisation du travail et la qualité des soins et services qu'ils offrent.

Les personnes présentes mettent en évidence le fait qu'au niveau de l'évaluation de la condition et des besoins des résidents, il y avait un manque de connaissance et de transparence certain. Les personnes présentes ont beaucoup insistées pour que cette question de l'évaluation des besoins fasse partie des recommandations du présent exercice.

Les employés expriment le fait qu'ils souhaitent vivement recevoir de la formation, qu'il en va de la sécurité des résidents qui leur sont confiés et que cette formation devrait être offerte sur les heures de travail. Ils souhaitent que cette formation soit même obligatoire pour les employés.

En ce qui a trait aux thèmes de formation, une personne présente ayant suivi la formation d'assistance aux personnes âgées (programme de 80 heures) a témoigné de la pertinence de cette formation et exprimé le fait que le contenu correspond aux besoins. Les autres personnes présentes n'avaient pas été informées de cette offre de formation par les commissions scolaires.

D'autres besoins de formation ont été exprimés concernant la diététique, la gestion des cuisines et la gestion de l'entretien de même que la gestion des situations d'urgence.

GROUPE DE DISCUSSION
Employés membres de la FTQ
21 juin 2007

Le groupe de discussion comptait 7 personnes invitées par Danielle Legault vice-présidente de la FTQ et était animé par Céline Germain, coordonnatrice des travaux de la *Table de concertation des besoins de formation pour le personnel des Résidences privées et CHSLD du Québec*, qui pilote ce projet.

1. Caractéristiques des personnes présentes :

- ◆ 7 femmes ;
- ◆ Les personnes présentes ont entre 5 et 15 ans d'expérience comme employée de résidence privée ;
- ◆ 6 des 7 personnes présentes occupent des fonctions de préposés ;
- ◆ Une personne est infirmière (après avoir été préposée pendant plusieurs années) ;
- ◆ 2 des préposées présentes ont une formation minimale de trois semaines, offerte par une agence privée de formation et l'une des deux à une formation d'une année à temps plein en gérontologie. 2 préposées ont une formation de 900 heures et 2 préposées ont une formation de 720 heures ;
- ◆ 6 des 7 participantes travaillent dans des résidences de 100 unités et plus. Une participante travaille dans une résidence de 53 unités spécialisée pour personnes atteintes d'Alzheimer.

2. Objectif de la rencontre

La rencontre a comme objectif de connaître le point de vue des employées en ce qui a trait à leurs besoins de formation, leur appréciation de la compétence qu'elles ont pour offrir les services qu'elles doivent offrir, les difficultés qu'elles rencontrent dans leur milieu de travail, les obstacles à la formation qu'elles identifient et le type de support dont elles aimeraient bénéficier.

3. Résumé de la discussion

D'entrée de jeu les personnes présentes ont exprimé le fait qu'elles ne se sentaient pas compétentes en terme de connaissances et de formation pour effectuer les tâches qu'on leur demande d'effectuer. De façon unanime les employés observent le fait que la clientèle s'est considérablement alourdie et qu'aucune formation n'est venue soutenir les nouvelles exigences auxquelles ils étaient appelés à faire face. Elles sont appelées à poser des gestes, sur le plan des soins, pour lesquelles elles ne sont pas habilitées et dans certains cas, de façon tout à fait illégale.

Elles considèrent que le manque de connaissances est généralisé dans les organisations où elles travaillent, autant au niveau de la direction que des responsables cliniques qui ont peu ou pas de connaissances en gériatrie. De façon unanime, elles ne recommanderaient pas leur lieu de travail à un membre de leur famille, jugeant les soins et les services qui y sont offerts, de piètre qualité.

Les participantes ont été à même de constater des erreurs pouvant mettre en danger la santé et la sécurité des résidents. Elles ont exprimé le fait que si elles refusent, considérant qu'elles ne sont pas habilitées à donner les soins requis, elles peuvent recevoir des menaces de leurs supérieurs. Les plans de soins n'existent pas et les soins et services sont souvent improvisés.

On déplore le fait que les jeunes qui sont embauchés ne restent pas à cause du manque de reconnaissance, du manque d'équipement et des conditions de salaire. Elles expriment le fait que beaucoup de personnes subissent des accidents de travail à cause du manque de connaissance et du manque d'équipements (pas de lève personne, pas de lits d'hôpital pour des patients alités, les appareils sont désuets etc.)

Elles témoignent d'une surcharge de travail qui va en augmentant. Elles expriment le fait que plusieurs personnes sont admises dans l'établissement avec un statut de personne « autonome » et que ce statut se détériore rapidement. On observe partout un alourdissement de la clientèle et une proportion de plus en plus grande de personnes aux prises avec des problèmes cognitifs.

Dans une résidence, une participante est seule pour 300 résidents la nuit.

TABLE QUÉBÉCOISE DE CONCERTATION SUR LA FORMATION DU PERSONNEL
OEUVRANT EN CHSLD PRIVÉ ET EN RÉSIDENCE POUR PERSONNES ÂGÉES

Les participantes relatent aussi le fait que les hôpitaux retournent des patients à la résidence sans que celle-ci soit prévenue et sans que l'on s'assure qu'elle pourra prodiguer les soins requis.

Par ailleurs des participantes relatent l'effet très positif qu'a eu sur leur lieu de travail, le processus d'agrément des CHSLD. Elles ont pu recevoir de la formation et ont senti que les responsables se préoccupaient davantage de la qualité des services.

Un tour de table est effectué pour connaître l'intérêt des employés, dans leur organisation, pour de la formation. La grande majorité mentionne le fait que les employés sont intéressés par la formation, les personnes aiment ce qu'elles font et sont désireuses de s'améliorer.

Le tour de table permet de constater que la formation a un effet d'entraînement : là où des équipes multidisciplinaires existent, les employés participent beaucoup plus et le désir de formation est plus grand.

Les participantes suggèrent qu'une formation en gériatrie et sur les maladies les plus courantes soient offertes aux propriétaires et gestionnaires de résidences. Elles expriment le fait que si les responsables sont formés, ils comprendront beaucoup mieux les besoins des employés et des résidents. Les participantes expriment le fait qu'elles se retrouvent souvent entre « l'écorce et l'arbre », c'est-à-dire entre le résident et sa famille et les dirigeants. Elles ont souvent le rôle de « demander » au nom du résident et se sentent incompris par les dirigeants.

Les participantes déplorent le fait que le rôle de préposé soit si peu valorisé et qu'il n'y a peu ou pas de reconnaissance de leur travail, dans leurs organisations et au sein de la société. Dans certains cas, cela amène la préposée à accepter de donner des soins pour lesquelles elle n'a pas la compétence (notamment les soins de plaies), parce que c'est valorisant « de jouer à l'infirmière » !

Elles déplorent le manque de protocole en situation d'urgence et en cas de maladies contagieuses.

GROUPE DE DISCUSSION

Membres de la FADOQ

20 juin 2007

Le groupe de discussion comptait 3 personnes invitées par madame Andrée Demers-Allan responsable du programme *Rose d'Or* de la FADOQ (programme d'appréciation de la qualité de services en résidences privées pour personnes âgées), et était animé par Céline Germain, coordonnatrice des travaux de la *Table de concertation des besoins de formation pour le personnel des Résidences privées et CHSLD du Québec*, qui pilote ce projet.

1. Caractéristiques des personnes invitées :

- ◆ 3 propriétaires de petites résidences (9 résidents, 48 résidents et 63 résidents) ;
- ◆ Présence de la présidente de l'ARFAQ (Association de résidences familiales pour aînés du Québec) ;
- ◆ Les trois propriétaires sont des femmes ;
- ◆ Les trois propriétaires ont participé au programme *Rose d'Or*.

2. Objectif de la rencontre

La rencontre a comme objectif de connaître le point de vue des propriétaires de petites résidences en ce qui a trait à l'appréciation des services qu'ils offrent et de leurs propres besoins de formation ainsi que les besoins de leur personnel.

3. Résumé de la discussion

Dès l'amorce de la discussion, les propriétaires de petites résidences expriment le fait qu'elles n'ont pas suffisamment de formation en ce qui concerne l'aspect médical des services qu'elles ont à offrir. Elles souhaitent avoir de l'aide gouvernementale pour pallier à ce besoin. Elles désirent demeurer le plus « humaines » possibles par rapport aux résidents, mais la pression est très forte et plus souvent qu'autrement, c'est la propriétaire elle-même qui donne bénévolement de son temps pour pouvoir offrir des services de qualité.

Les propriétaires expriment le fait qu'on leur demande de garder le plus longtemps possible les personnes en résidences mais qu'elles n'ont pas, pour le faire, le soutien financier et l'expertise médicale pour le faire.

Même si le CLSC apporte un soutien aux résidences (dans certains cas) les propriétaires qui participent à la table de discussion sont unanimes pour dire que la qualité du personnel qui vient les aider provient souvent d'agences de services à domicile et est moins bien formé que leur propre personnel. Dans ces circonstances, les résidences préfèrent souvent se priver de leurs services.

Les propriétaires consultés se plaignent du fait que souvent, un résident leur est retourné, en provenance de l'hôpital, sans que ceux-ci soient prévenus, et souvent sans avoir l'équipement et le personnel nécessaire pour répondre aux besoins du résident. Une propriétaire donne l'exemple d'une personne qui a besoin d'oxygène et qui leur est retourné sans préavis. Les propriétaires présentes à ce groupe de discussion disent que trop de monde leur délèguent des responsabilités : les familles d'une part et d'autre part le système de santé.

Elles expriment le fait que la partie « soins » donnée en résidence, devrait être pris en charge par l'État. Minimalelement elles devraient avoir un soutien financier pour le faire et la formation nécessaire. Dans les conditions actuelles, la seule façon d'offrir des services de qualité, compte-tenu des limites de la capacité de payer des résidents, c'est de le faire par une implication personnelle du propriétaire. Cette solution n'est pas viable à long terme, ni dans le contexte de l'alourdissement actuel des résidents.

Quand on leur demande ce dont elles ont besoin, en terme de formation, elles proposent qu'une formation sur les maladies les plus courantes, des notions de gérontologie et les problèmes cognitifs notamment, soient offerts et peut-être même rendu obligatoire, à tous les propriétaires de résidences.

Elles n'entrevoient pas l'avenir d'une manière très positive, compte-tenu de l'alourdissement de la clientèle et du peu de soutien dont elles peuvent bénéficier.

Au chapitre de la formation des employés, elles soutiennent qu'elles n'ont pas les moyens de financer de la formation, dans les circonstances actuelles. Au sujet de la formation de 80 heures actuellement offerte, aucune des personnes présentes n'en a bénéficié. Elles

TABLE QUÉBÉCOISE DE CONCERTATION SUR LA FORMATION DU PERSONNEL
OEUVRANT EN CHSLD PRIVÉ ET EN RÉSIDENCE POUR PERSONNES ÂGÉES

suggèrent cependant que cette formation soit offerte par blocs de 20 heures. Elles considèrent que cette formation serait plus accessible de cette manière. Comme dans la région de Montréal, la formation ne s'est pas donnée, elles suggèrent qu'une rencontre soit organisée avec l'Agence régionale de santé afin de les sensibiliser aux différentes problématiques que vivent les résidences et aux besoins de formation qu'elles ont.

