

Université de Sherbrooke



31156007799680

Université de Sherbrooke

HQ
1061
- D83
1998
G-Thèse

La tolérance des résidents lucides vivant en CHSLD envers leurs pairs non lucides et leurs
comportements dysfonctionnels

par

ROSELYNE DUCHESNE, 1951-

I-1581

Maîtrise en gérontologie

Faculté des lettres et sciences humaines

Mémoire présenté à la Faculté des lettres et sciences humaines

en vue de l'obtention du grade de

maître es arts (M.A.) en gérontologie

BIBLIOTHÈQUE U.S.

Sherbrooke, avril 1998

Composition du jury

La tolérance des résidents lucides vivant en CHSLD envers leurs pairs non lucides et leurs comportements dysfonctionnels

par

ROSELYNE DUCHESNE

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Gilbert Leclerc, conseiller principal

Dominique Lorrain, conseillère adjointe

Jacques St-Onge, lecteur

Département de psychologie
Faculté des lettres et sciences humaines
Université de Sherbrooke

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
PARTIE 1 - PROBLÉMATIQUE	12
1.1 Position du problème	12
1.1.1 Ce qu'est la tolérance	16
1.1.2 De la tolérance à l'intolérance	17
1.2 Question de recherche	19
1.3 Objectifs de recherche	20
1.3.1 Objectifs principaux	20
1.3.2 Objectifs secondaires	20
1.4 Recension des écrits	21
1.4.1 Les attitudes envers les PMM	22
1.4.2 La cohabitation de RL et RNL	27
1.5 Cadre de référence	39
1.5.1 Quelques théories en gérontologie	41
1.5.1.1 La théorie de la continuité	41
1.5.1.2 Théorie de l'interaction symbolique	42
1.5.2 Orientation du cadre de référence	43
1.6 Cadre opératoire	47
1.6.1 Hypothèses	47
1.6.2 Variables indépendantes	48
1.6.3 Variables dépendantes	49
1.6.4 Définition opératoire des concepts clés	49
PARTIE 2 - MÉTHODOLOGIE	51
2.1 Stratégie d'acquisition	51
2.2 Stratégie d'observation	51

2.2.1	Population et échantillon	51
2.2.1.1	Critères d'inclusion	52
2.2.1.2	Critères d'exclusion	53
2.2.1.3	Plan d'échantillonnage	53
2.2.2	Méthode de collectes des données	54
2.2.3	Instruments de mesure	55
2.2.3.1	Proportion de RNL et degré d'atteinte cognitive	56
2.2.3.2	Fréquence de manifestations des comportements dysfonctionnels	57
2.2.3.3	Situation de proximité avec des RNL	57
2.2.3.4	Variables socio-démographiques	58
2.2.3.5	Aspect volontaire du placement	58
2.2.3.6	La santé perçue	59
2.2.3.7	Attitude face aux MM	59
2.2.3.8	Connaissances de la déficience cognitive	63
2.2.3.9	Fréquence de contacts avec des RNL	64
2.2.3.10	Fréquence de contacts des RL avec des CD	64
2.2.3.11	Tolérance des RL envers les RNL	65
2.2.3.12	Tolérance des RL envers les comportements dysfonctionnels	65
2.3	Le prétest	69
2.4	Considérations éthiques	69
2.5	Limites méthodologiques	70
2.6	Stratégie d'analyse	72
PARTIE 3 - RÉSULTATS		74
3.1	Population	74
3.2	Analyse descriptive	75
3.2.1	Proportion de RNL	75
3.2.2	Proportion d'atteinte cognitive sévère	76
3.2.3	Manifestations de comportements dysfonctionnels	77
3.2.4	Situation de proximité	82
3.2.5	Attitude face aux maladies mentales	84
3.2.6	La santé perçue	88
3.2.7	Aspect volontaire du placement	89
3.2.8	Durée d'hébergement	90
3.2.9	Niveau de connaissances des déficits cognitifs	92

3.2.10	Fréquence de contacts avec les RNL	96
3.2.11	Fréquence de contacts avec des comportements dysfonctionnels	98
3.2.12	Tolérance des RL envers les RNL	103
3.2.13	Tolérance des RL envers les comportements dysfonctionnels	105
3.3	Analyse confirmatoire	109
3.3.1	Tolérance et variables personnelles	110
3.3.2	Tolérance et variables environnementales	112
3.3.3	Interactions entre les variables	114
3.3.4	Poids des variables personnelles et environnementales sur le niveau de tolérance	115
3.3.5	Les réactions d'intolérance sont davantage tournées vers les CD	117
PARTIE 4 - DISCUSSION, RECOMMANDATIONS		118
4.1	Discussion	118
4.1.1	Bilan descriptif des variables environnementales	118
4.1.2	Bilan descriptif des variables personnelles	119
4.1.3	Bilan de l'analyse confirmatoire	121
4.1.3.1	Liens significatifs avec le niveau de tolérance	121
	• Restriction sociale	
	• Connaissance sur les déficits cognitifs	
	• Proportion de RNL et d'atteinte cognitive sévère	
	• Fréquence de manifestations de CD	
	• Situation de proximité	
4.1.3.2	Poids des variables personnelles et environnementales sur le niveau de tolérance	125
4.1.3.3	Réaction d'intolérance et CD	126
4.2	Recommandations	127
4.2.1	Pour la pratique	127
4.2.2	Pour les nouvelles recherches	129
CONCLUSION		130
BIBLIOGRAPHIE		134

LISTE DES TABLEAUX:

Tableau 1-1	Synthèse des études pertinentes sur les attitudes envers les PMM	35
Tableau 1-2	Synthèse des études sur la cohabitation de RL et RNL	37
Tableau 1-3	Modèle conceptuel de la tolérance des RL face aux RNL	46
Tableau 2-1	Description de la population-mère	52
Tableau 2-2	Composantes du questionnaire destiné aux intervenants	66
Tableau 2-3	Composantes du questionnaire destiné aux RL	67
Tableau 3-1	RL et RNL dans chaque résidence	76
Tableau 3-2	RNL avec CD dans chaque résidence	78
Tableau 3-3	Indice de fréquence de CD	82
Tableau 3-4	Situation de proximité des RL et RNL dans chaque résidence	83
Tableau 3-5	Indice de la situation de proximité des RL avec les RNL dans chaque résidence	84
Tableau 3-6	L'attitude générale face aux MM pour chaque résidence	85
Tableau 3-7	Indice de l'attitude face aux MM pour chaque résidence	87
Tableau 3-8	Perception de santé pour chaque résidence	88
Tableau 3-9	Indice de la perception de la santé des RL pour chaque résidence	89
Tableau 3-10	L'aspect volontaire d'hébergement des répondants dans chaque résidence	89
Tableau 3-11	Indice de l'aspect volontaire d'hébergement pour chaque résidence	90
Tableau 3-12	Durée d'hébergement des RL pour chaque résidence	91
Tableau 3-13	Indice du temps d'hébergement des RL de chaque résidence	91
Tableau 3-14	Niveau de connaissances des RL sur les déficits cognitifs dans chaque résidence	93

Tableau 3-15	Indice et pourcentage des connaissances sur les déficits cognitifs des RL	96
Tableau 3-16	Fréquence de contact des RL avec des RNL dans chaque résidence	96
Tableau 3-17	Indice de fréquence de contacts des RL avec des RNL dans chaque résidence	98
Tableau 3-18	Fréquence de CD observés par les RL dans chaque résidence	99
Tableau 3-19	Indice de fréquence de CD observés par les RL dans chaque résidence	103
Tableau 3-20	Tolérance des RL envers les RNL	104
Tableau 3-21	Indice de tolérance des RL envers les RNL	104
Tableau 3-22	Tolérance des RL envers les CD dans chaque résidence	106
Tableau 3-23	Indice de tolérance des RL envers les CD dans chaque résidence	109
Tableau 3-24	Corrélations des variables personnelles	112
Tableau 3-25	Corrélations des variables environnementales	113
Tableau 3-26	Régression multiple et tolérance face aux RNL et aux CD	116

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1	Lettre destinée au directeur de l'établissement	140
ANNEXE 2	Formulaire de consentement du répondant	142
ANNEXE 3	Lettre destinée aux résidents lucides	145
ANNEXE 4	Formulaire de consentement du résident	147
ANNEXE 5	Questionnaire destiné aux RL	150
ANNEXE 6	Questionnaire d'enquête destiné aux intervenants	161
ANNEXE 7	Liste des variables	170
ANNEXE 8	Relation entre les variables indépendantes	172

LISTE DES SIGLES

CAMI	<i>Community Attitude to the Mentally Ill</i>
CD	<i>Comportements Dysfonctionnels</i>
CHSLD	<i>Centre d'Hébergement de Soins de Longue Durée</i>
CRBRS	<i>Crichton Royal Behavioural Rating Scale</i>
MM	<i>Maladie Mentale</i>
PMM	<i>Personne atteinte de Maladie Mentale</i>
RL	<i>Résident Lucide</i>
RNL	<i>Résident Non Lucide</i>

RÉSUMÉ

L'objectif de cette recherche est d'explorer des facteurs qui peuvent avoir des liens significatifs avec le niveau de tolérance des résidents lucides (RL) en CHSLD envers leurs pairs non lucides (RNL) et leurs comportements dysfonctionnels. Deux types de variables sont mis en relation avec la tolérance: des variables personnelles (l'attitude générale face aux malades mentaux (MM), la santé perçue, la durée d'hébergement, l'aspect volontaire du placement, les connaissances sur les déficits cognitifs, la fréquence de contacts avec les RNL et avec les comportements dysfonctionnels) et des variables environnementales (la proportion de RNL, la proportion d'atteintes cognitives sévères, la fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels et la situation de proximité). Cette étude vise aussi à déterminer si les variables personnelles ont plus de poids que les variables environnementales sur le niveau de tolérance des RL et si les réactions d'intolérance sont davantage tournées vers les comportements dysfonctionnels que vers le RNL en tant que personne.

L'analyse des données a été faite à partir de deux questionnaires distincts: le premier, orienté vers les variables environnementales, a été complété par des intervenants de trois résidences d'un CHSLD et le deuxième, axé sur les variables personnelles, a été complété par des entrevues individuelles réalisées auprès de 54 résidents lucides. Les analyses de corrélation (r de Pearson) révèlent que les connaissances sur les déficits cognitifs ($p=,014$), la fréquence de manifestations des comportements dysfonctionnels ($p=,015$) et la situation de proximité ($p=,001$) sont reliés positivement à la tolérance envers les RL. Par ailleurs, l'attitude de restriction sociale ($p=,005$), la proportion de RNL ($p=,005$) et la proportion d'atteintes sévères ($p=,001$) y sont reliées négativement. Mises à part les connaissances sur

Merci aux intervenantes qui se sont impliquées généreusement et si soigneusement en répondant au questionnaire qui leur était destiné, particulièrement à mesdames Michèle Gagnon et Diane Simard, infirmières, qui ont collaboré aux entrevues avec les résidents.

Enfin, un gros merci à vous tous , chers résidents, qui avez si gentiment accepté de m'ouvrir votre porte et votre coeur lors des entrevues.

REMERCIEMENTS

Si mon rêve de faire une maîtrise en gérontologie a pu se réaliser, c'est grâce au soutien et à la collaboration de plusieurs personnes.

Je remercie la direction de mon milieu de travail, le CHSLD de Chicoutimi, qui a bien voulu me libérer de mes fonctions de coordonnatrice pendant la période où j'ai dû m'absenter pour la partie théorique du cours et pour les ateliers subséquents. Merci aussi d'avoir accepté que ma recherche puisse se réaliser dans mon milieu de travail.

Mes remerciements vont aussi à tous les professeurs compétents qui ont su me donner le goût pour la recherche et les notions nécessaires pour l'élaboration de ce mémoire.

Je serai toujours redevable à monsieur Gilbert Leclerc, mon conseiller principal, pour son soutien et le temps pris sur ses heures si précieuses pour m'orienter dans la version de mon mémoire et en faire les corrections et suggestions judicieuses. Merci aussi à madame Dominique Lorrain, ma conseillère adjointe et à monsieur Jacques St-Onge, mon lecteur.

La compétence en statistiques de messieurs Claude et Jean-François Boucher m'a été d'un grand support au moment de l'analyse des résultats.

Je m'en voudrais de passer sous silence la complicité de mon ami, Michel Dufour qui m'a soutenu pendant les bons et les mauvais jours de l'élaboration de cette recherche.

Je veux aussi exprimer ma reconnaissance à un amie sincère, Céline Clavette, pour son encouragement et la confiance qu'elle m'a si souvent démontrée.

les déficits cognitifs, aucune autre variable n'est reliée significativement à la tolérance envers les comportements dysfonctionnels. D'après l'analyse de régression multiple, la situation de proximité et l'attitude de restriction sociale sont les variables qui contribuent le plus fortement à expliquer la variance du niveau de tolérance envers les RNL. Ainsi, plus les RL vivent en situation de proximité avec les RNL, plus le niveau de tolérance est élevé; plus ils ont une attitude de restriction sociale face aux maladies mentales, plus le niveau est bas. L'analyse descriptive révèle également que les RL tolèrent mieux les personnes non lucides que les comportements dysfonctionnels.

À mon père décédé,

À ma mère,

À mes deux amours :
Carl et Annick

AVANT-PROPOS

Mon expérience de travail en CHSLD depuis de nombreuses années m'a amenée à observer de près la dynamique des relations entre les RL et les RNL. Celle-ci est devenue pour moi une source de préoccupation et de fascination. Préoccupation face à la question: "Doit-on choisir la ségrégation ou la cohabitation?" A mon avis, là n'est pas la question que l'on devrait se poser à la base. Cette question est trop globale et aussi trop catégorique. Préoccupation aussi car les RNL ne doivent pas être à eux seuls le point central d'une réflexion d'un ordre si important. Le centre de la question devrait plutôt reposer sur la recherche des causes susceptibles de faire passer du tolérable à l'intolérable. De plus, le questionnement est aussi d'une ampleur beaucoup plus large si l'on veut respecter les droits et besoins tant des RNL que ceux des RL. Et pourtant, j'ai le goût d'ajouter que la situation n'est peut-être pas aussi complexe que l'on pourrait le croire...

Fascination, car ma pratique m'a fait voir des gestes d'acceptation et de support de la part des RL envers des RNL de même que des gestes de rejet. Fascination, car, à l'inverse j'ai vu des RNL très attachants exprimer des gestes chaleureux, se retrouver ensemble et même devenir beaucoup plus vivants après quelques temps de séjour en centre d'accueil. Fascination enfin, car j'ai côtoyé aussi des RNL qui pouvaient rire, pleurer, mais aussi déranger et, à la limite, blesser.

J'aimerais vous faire part d'une réflexion bien personnelle: Les CHSLD sont un milieu de vie, dit-on; à cela j'ajouterais qu'ils sont une petite société. L'objectif est de rendre ce milieu le plus semblable possible à la "vraie vie". Dans la vraie vie, les citoyens n'ont-ils pas à côtoyer des gens différents d'eux, des ethnies différentes, des handicapés physiques et

mentaux? Certains les tolèrent d'autres les tolèrent moins et certains les rejettent. Pourtant on ne crée pas pour autant de "guettos" pour chaque catégorie de personnes différentes de nous!

Certaines recherches sur la question (dont celle de Baillargeon, D., 1991) ont bien identifié les liens entre les manifestations d'opposition et divers éléments trop souvent considérés comme isolés. A la lecture de ces recherches je me suis dit que la question de base ne devrait pas être de s'interroger sur la cohabitation ou la ségrégation, mais bien sur la tolérance ou l'intolérance en tant que phénomène social et sur les facteurs qui font passer de la tolérance à l'intolérance.

C'est suite à cette réflexion que ma recension des écrits s'est orientée vers des études traitant des attitudes envers les maladies mentales et vers d'autres plus spécifiques sur la cohabitation de RL et de RNL. J'ai compris que les facteurs qui agissent sur le niveau de tolérance des RL envers les RNL et les comportements dysfonctionnels ne pouvaient pas être très différents de ceux reliés aux attitudes envers les maladies mentales en général.

Cette recherche n'a pas la prétention d'apporter aux lecteurs, intervenants et dirigeants de CHSLD une réponse finale au problème de la cohabitation, mais elle espère ouvrir des pistes d'action permettant de réduire l'intolérance et conséquemment d'améliorer le climat et la qualité de vie des micro-sociétés que constituent les CHSLD.

INTRODUCTION

Le problème de la cohabitation des RL avec des RNL se pose avec de plus en plus d'acuité dans les CHSLD. Déjà en 1991, l'Association des Centres d'Accueil du Québec estimait à au moins 30% la prévalence de désordres associés aux problèmes cognitifs en CHSLD. Considérant la sévérité des critères d'acceptation basés sur le niveau d'autonomie fonctionnelle mis en place en vertu du virage ambulatoire, il est permis de croire que la proportion des personnes admises en CHSLD avec des troubles cognitifs sévères ira en progression constante puisqu'il est reconnu que la déficience cognitive est un facteur important associé à la perte d'autonomie. Parce qu'ils sont souvent accompagnés de comportements dysfonctionnels, les déficits cognitifs contribuent à perturber l'environnement et constituent souvent une menace à la qualité de vie des autres résidents. Ce problème a suscité plusieurs prises de position, certaines favorisant la cohabitation, d'autres la ségrégation.

Des études comme celle de Bellemare, D. (1986) et de Lévesque & Cossette (1991) se sont attardées à explorer de façon globale la dynamique de la cohabitation des RL avec des RNL. Toutefois, aucune ne s'est vraiment penchée de façon spécifique sur l'identification des facteurs qui pouvaient agir sur le niveau de tolérance des RL envers les RNL. C'est cet aspect que la présente étude cherche à explorer, en vérifiant, dans un premier temps, si certains facteurs d'ordre personnel et environnemental peuvent être reliés de façon significative au niveau de tolérance des RL envers les RNL et aux comportements dysfonctionnels; dans un deuxième temps, si les facteurs personnels contribuent davantage à l'intolérance que les facteurs environnementaux et, dans un troisième temps, si l'intolérance des RL est davantage orientée vers les comportements dysfonctionnels que vers les RNL en tant que personnes.

Cette recherche n'a pas l'ambition de proposer de grandes modifications organisationnelles; elle veut surtout dégager des pistes d'action permettant de réduire l'intolérance des résidents qui ont à cohabiter avec des pairs non lucides et à être en contact avec des manifestations de comportements dysfonctionnels.

Le premier chapitre intitulé "Problématique" situe d'abord la cohabitation de RL avec des RNL en tant que phénomène perturbateur de la qualité de vie dans un CHSLD. Cette partie fait aussi un bref exposé de la tolérance en tant que prédisposition à accepter et respecter les autres malgré leurs différences et des facteurs qui peuvent faire passer de la tolérance à l'intolérance. La recension des écrits présente des études générales sur les attitudes envers les PMM et des études plus spécifiques sur la dynamique de la cohabitation de RL et de RNL. Ces études sont synthétisées sous forme de tableaux. La théorie de la continuité et la théorie de l'interaction symbolique ont servi de cadre de référence pour établir le modèle conceptuel et formuler les hypothèses de l'étude.

Le deuxième chapitre porte sur la méthodologie. Il informe le lecteur des stratégies d'acquisition, d'observation et d'analyse que la chercheuse a choisi d'utiliser pour répondre aux objectifs de recherche et vérifier les hypothèses.

Le troisième chapitre présente les résultats. Il se divise en deux parties, l'une descriptive, l'autre confirmatoire. La partie descriptive trace le portrait des principales caractéristiques d'échantillons et la partie confirmatoire fait le bilan des analyses tendant à confirmer ou à infirmer les hypothèses.

Le quatrième chapitre discute des résultats obtenus et propose des recommandations pour la pratique et les futures recherches.

1 PROBLÉMATIQUE

1.1 POSITION DU PROBLÈME

L'importance démographique des personnes âgées augmente progressivement au Québec. Selon Santé et Bien-être Social Canada (1993) la population de 65 ans et plus dépassera 18% en l'an 2020. De plus, l'amélioration de l'espérance de vie fera passer la proportion des plus de 80 ans parmi les 65 ans et plus de 18% actuellement à 21.5% à l'aube du 21^{ème} siècle.

Toutefois, espérance de vie n'est pas synonyme de santé et d'autonomie. En effet, la perte d'autonomie constitue l'un des syndromes cliniques les plus fréquemment rencontrés chez la population âgée. Il est reconnu que la déficience cognitive est un facteur important associé à la perte d'autonomie: plus de 90% des institutions d'hébergement accueillent des résidents présentant des troubles cognitifs à différents niveaux: léger, modéré et sévère (Commission d'enquête, 1988). Au Québec, l'Association des Centres d'Accueil (1991) estime à au moins 30% la prévalence des désordres associés aux problèmes cognitifs dans les CHSLD.

Les comportements dysfonctionnels associés aux troubles cognitifs perturbent l'environnement, affectent la qualité du milieu de vie, génèrent de l'anxiété et exigent des personnes âgées lucides une faculté d'adaptation souvent au delà de leurs capacités, (compte tenu de leur vulnérabilité) et suscitent des manifestations d'intolérance à différents niveaux.

Le même phénomène se vit aussi dans d'autres contextes sociaux, tels le voisinage avec des personnes atteintes de maladies mentales ou des milieux scolaires recevant de la clientèle avec différents handicaps. Face à ce problème, des politiques sociales désinstitu-

tionnalisantes ont pris de l'ampleur au cours des dernières années. De nombreux groupes sociaux, notamment les personnes âgées, doivent s'ajuster à ces nouvelles pratiques, ce qui ne va pas sans créer des difficultés.

De fait, comme le soulignent Gendron et Piat (1991), une opinion favorable à l'intégration de personnes avec une maladie mentale peut coexister avec une certaine intolérance envers ces personnes.

Selon Lise Noël (1991), la manifestation la plus connue de l'intolérance est la peur de la différence. La crainte de celui ou de celle qu'on ne comprend pas engendre souvent de l'hostilité. En réalité, l'intolérance, et les préjugés qui y conduisent, tiennent moins de l'expérience réelle que d'une conception prédéterminée que la personne se fait des rapports et des rôles sociaux.

Or la tolérance n'augmente que si on a l'occasion de côtoyer la différence et d'apprendre, par le fait même, à la connaître (Morin, 1992). De plus, l'expérience tend à démontrer que plus les gens connaissent la maladie et les personnes atteintes, plus l'attitude est favorable (Dorvil, 1990). En fait, la proximité favorise l'échange, augmente les occasions d'apprendre et de connaître et conséquemment de mieux accepter. (Baillargeon, 1991).

Cependant la quantité des contacts ne suffit pas à favoriser une attitude accueillante, ni même tolérante. C'est plutôt la qualité de contacts qui importe. Un contact effectué dans un contexte négatif peut même devenir aversif et conduire à l'intolérance (Yuker, 1988).

Pour les personnes âgées, les réactions à un hébergement pas toujours souhaité, dans un milieu méconnu ou mal connu, avec des gens "différents", ne sont pas étrangères à des

manifestations d'intolérance. Par ailleurs, les réactions émotionnelles occasionnées par le contact avec des résidents non lucides sont un problème indépendant en soi qu'il convient de régler comme tel (Lefebvre-Girouard et al., 1986).

Certaines études sur la dynamique de la cohabitation de résidents âgés lucides avec des pairs non lucides ont été réalisées et différentes solutions ont été proposées dans le but de maintenir ou d'améliorer l'état de santé bio - psycho - social de la personne âgée hébergée et de lui donner un milieu de vie offrant un bien-être maximal. Des résidences ont pris position pour la ségrégation, d'autres se sont orientées vers l'intégration de ces deux clientèles.

Certains écrits dont ceux de Bellemare (1986) indiquent que la présence des résidents non lucides et les comportements dysfonctionnels dérangent les résidents lucides.

Cette constatation apparaît trop générale pour servir de principe de solution à un problème ayant des incidences sur le plan personnel, social aussi bien qu'environnemental. Aucune étude ne s'est vraiment attardée à analyser de manière approfondie les facteurs susceptibles de provoquer des manifestations d'intolérance et de diminuer le bien-être psychologique des résidents lucides. Une équipe de chercheurs (Evans et al. 1981) mentionne que, même si les résidents lucides éprouvent du dérangement, on ne connaît pas leur niveau de tolérance face à la cohabitation. Les attitudes des résidents lucides envers leurs pairs non lucides varient du rejet à l'acceptation en passant par la tolérance ou l'indifférence (Bellemare, 1986; Evans et al., 1981; Meacher, 1972).

Des recommandations ont été faites relativement au nombre et au niveau de déficience

cognitive: selon Wilkin, Evans et al. (1982), le pourcentage de personnes non lucides intégrées à la clientèle lucide ne devrait pas dépasser le seuil de 30% si l'on veut maintenir la qualité optimale d'un milieu de vie. Selon les observations de Ducros-Gagné (1984) et de Novick, (1988), la proportion devrait être d'environ 33%, tandis qu'elle pourrait atteindre près de 50% selon l'étude de Meacher (1972).

La situation engendrée par l'impact des atteintes cognitives, souvent associées à des comportements dysfonctionnels, n'est pas la seule source de dérangement nuisible à la qualité du milieu de vie et susceptible de générer des manifestations d'intolérance. Ainsi, les personnes non lucides ne doivent pas être les boucs-émissaires de toutes situations conflictuelles. Toutefois, la réalité est telle qu'il faut tout de même s'y attarder.

Or depuis 1990, les préoccupations sont davantage d'ordre financier et organisationnel et s'orientent vers l'élaboration de solutions plus économiques. La problématique de la cohabitation de résidents lucides et non lucides semble mise en veilleuse pour laisser place aux "urgences sociales et organisationnelles". Toutefois, le problème de la cohabitation reste toujours présent. Malgré ce silence, l'idéal est loin d'être atteint. La cohabitation est peut-être bénéfique pour la personne non lucide, mais l'est-elle pour la personne lucide?

Les politiques sociales d'intégration des handicapés existant au Québec (Gouvernement du Québec, 1977) et les codes d'éthique stipulant le droit fondamental à la consultation, à l'information et à un milieu de vie acceptable obligent à se poser à nouveau la question et à évaluer l'impact que la cohabitation des résidents lucides avec d'autres non lucides peut avoir sur l'environnement humain.

De plus, il semble bien que cette problématique ira en augmentant vu le virage ambulatoire qui vise à maintenir la personne âgée le plus longtemps possible dans son milieu naturel. La clientèle hébergée en CHSLD sera davantage en perte d'autonomie et la proportion des personnes présentant des déficits cognitifs par rapport aux personnes lucides ira en augmentant, puisqu'il est reconnu que la déficience cognitive est un facteur important associé à la perte d'autonomie (Hébert, 1990).

La présente recherche permettra aux autorités administratives d'orienter les interventions en tenant compte des éléments les plus significatifs suscitant de l'intolérance chez les résidents lucides. De plus, ils pourront porter une attention particulière aux modalités organisationnelles et environnementales du milieu de vie lorsqu'il y a cohabitation de résidents lucides avec des pairs non lucides.

Puisque cette recherche est principalement axée sur les différents facteurs déterminant d'intolérance, il est jugé souhaitable de présenter globalement quelques notions sur la tolérance et les facteurs qui peuvent faire passer l'individu de la tolérance à l'intolérance.

1.1.1 - Ce qu'est la tolérance

Dans la plupart des sociétés contemporaines, un grand nombre de cultures, de groupes sociaux et de styles de vie différents coexistent dans un même espace. Aussi importe-t-il de concevoir la tolérance avec une vision constructive afin de faire évoluer les mentalités et aussi faciliter l'acceptation des différences.

En premier lieu, il apparaît essentiel de définir ce qu'est la *tolérance*. Pour la plupart

d'entre nous le mot *tolérance* est chargé d'ambiguïté. De façon générale, le terme peut aussi bien être associé au respect des idées et réalités de l'autre qu'au fait d'endurer ou de laisser porter. “ *Le Petit Robert* ” définit le mot ainsi: le fait de tolérer, de ne pas interdire ou exiger alors qu'on le pourrait. Plus loin, il définit le verbe *tolérer*: Laisser se produire ou subsister (une chose qu'on aurait le droit ou la possibilité d'empêcher) ou considérer avec indulgence (une chose qu'on n'approuve pas ou qu'on pourrait blâmer).

La tolérance fait aussi référence au fait d'admettre chez l'autre des manières d'être, de penser, d'agir différentes des nôtres et au fait de respecter la liberté d'autrui. C'est cette définition qui sera retenue dans le cadre de ce travail. La tolérance c'est "accueillir la différence" (Wolff, 1968). Wolff, dans son traité sur la tolérance, soutient que la tolérance est un ingrédient essentiel au bon fonctionnement de la vie en société.

Toutefois, la tolérance n'est pas sans limite; elle ne permet pas n'importe quoi. Elle n'approuve pas les comportements extrémistes, inacceptables ou irrespectueux des autres. Plus précisément, on ne peut pas être tolérant avec l'intolérable. De plus, Casamayor (1975) précise que ce qui est tolérable pour l'un ne l'est pas nécessairement pour l'autre et ce qui était tolérable hier ne l'est peut-être plus aujourd'hui.

1.1.2 - De la tolérance à l'intolérance

Il importe de se demander quelles sont les raisons, les causes qui peuvent pousser un individu à ne pas accepter un autre qui pense ou se comporte différemment dans un certain contexte? Des façons d'être ou des comportements différents peuvent choquer, irriter une personne mais pas une autre.

Florian Sartorio (1989), influencé par la psychologie jungienne, avance que l'intolérance est souvent liée à une "projection". Ainsi, une personne qui éprouve une inimitié envers quelqu'un ne fait souvent que "projeter" sur autrui une partie d'elle-même qu'elle réprouve. Dans cette perspective, l'intolérance manifestée à l'égard d'autrui exprimerait en réalité une intolérance du sujet à l'égard de lui-même.

L'intolérance apparaît, d'une part, comme le refus ou l'incapacité d'accepter que l'on dévie des normes et, d'autre part, le refus ou l'incapacité de reconnaître la légitimité d'une différence. L'intolérance s'exprime souvent par un sentiment de peur, de mépris ou de dégoût envers une clientèle différente. A la rigueur, dit Lise Noël (1991), on admettra théoriquement que l'intolérance puisse exister en puissance dans l'être humain; mais comme il n'y a pas nécessairement passage à l'acte et que ce passage à l'acte est lui-même le plus souvent fonction du contexte, cette constatation n'a plus guère de signification concrète.

Il existe divers degrés d'intolérance, depuis l'incompréhension ou la condescendance jusqu'à l'ultime tentative de supprimer l'autre. Entre ces degrés extrêmes, nous retenons une forme de manifestation ouverte de rejet qui s'exerce particulièrement lorsqu'il s'agit de partager l'espace avec un autre individu perçu comme différent. Il s'agit du refus de cohabitation (espace à partager) et de la coexistence (l'intégration sociale). Ainsi, dans le cas qui nous occupe, une personne âgée hébergée, en perte d'autonomie, de santé précaire, souvent désengagée de tout rôle social, pourra se percevoir comme un être isolé. Elle aspire à l'intimité, au bien-être, à la sécurité et parfois même à la prise en charge. Ainsi la présence de personnes non lucides dans son milieu de vie avec qui elle doit partager espace, services,

organisation sociale peut s'avérer être une source de dérangement susceptible de susciter des réactions d'intolérance.

Par ailleurs, la difficulté de cohabiter avec des individus différents, peut non seulement s'exprimer par des niveaux différents d'intolérance, mais également par une sorte d'exclusion mentale de la situation qui conduit la personne qui en est victime à sombrer dans l'indifférence et l'oubli.

La question qui nous intéresse touche à des aspects majeurs de ce problème. Puisque le but ultime est d'intervenir pour un meilleur bien-être de la clientèle desservie, il s'avère nécessaire de connaître les facteurs les plus significatifs influençant le niveau de tolérance. Qui, mieux que les personnes directement concernées, peuvent répondre à ce questionnement?

1.2 QUESTION DE RECHERCHE

La question centrale de ma recherche se formule ainsi :

“ Est-ce que certaines variables personnelles et environnementales ont un lien avec le niveau de tolérance des résidents lucides vivant en CHSLD envers leurs pairs non lucides et leurs comportements dysfonctionnels ? ”

1.3 OBJECTIFS DE RECHERCHE

1.3.1 - Objectifs principaux

- Déterminer s'il existe une relation significative entre chacune des six variables personnelles des résidents lucides vivant en CHSLD (attitude envers la MM, santé perçue, aspect volontaire du placement, durée d'hébergement, connaissances sur les déficits cognitifs, fréquence des contacts) et son niveau de tolérance envers leurs pairs non lucides et leurs comportements dysfonctionnels.

- Déterminer s'il existe une relation significative entre chacune des quatre variables reliées à l'environnement (proportion de résidents non lucides, proportion d'atteintes cognitives plus ou moins sévères, fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels, situation de proximité) et le niveau de tolérance des résidents lucides vivant en CHSLD, envers leurs pairs non lucides et leurs comportements dysfonctionnels.

1.3.2 - Objectifs secondaires:

- Déterminer si les variables personnelles du résident lucide ont plus de poids que les variables environnementales sur le niveau de tolérance.

- Déterminer si les réactions d'intolérance sont davantage reliées à la personne des résidents non lucides qu'aux comportements dysfonctionnels.

1.4 RECENSION DES ÉCRITS

Puisque les facteurs d'intolérance envers des résidents non lucides de la part des résidents lucides peuvent rejoindre ceux retrouvés auprès d'une société côtoyant des personnes atteintes de maladie mentale (PMM) ce chapitre répertoriera, dans un premier temps, les principales études concernant la tolérance des gens "normaux" envers ceux qui souffrent d'atteinte des facultés mentales. Cette recension ne se veut pas un bilan exhaustif des écrits, mais plutôt un moyen de faire ressortir et de mettre en lumière les différentes variables étudiées, le sens des concepts, les méthodologies et les résultats susceptibles de faire avancer la réflexion (synthèse, tableau 1.1)

Dans un deuxième temps, différents écrits reliés à la dynamique de la cohabitation des résidents lucides avec des résidents non lucides seront présentés. Quoique peu nombreux, certains écrits particulièrement l'étude de Meacher (1972), Evans et al. (1982), Lévesque et Cossette (1991), jugés très pertinents, méritent d'être approfondis (synthèse, tableau 1-2)

La cohabitation avec des gens stigmatisés différents est la source des manifestations d'intolérance (Baillargeon, 1991). De plus, Tringo, J.L. (1970), dans sa recherche sur la Hiérarchie des Préférences, suggère que les désordres à caractère mental sont les moins acceptés par la population en général. De son côté, Harasymiw S.J.(1970), dans une étude longitudinale de huit ans faite auprès de treize collectivités différentes fait ressortir que les handicapés qui se conforment aux valeurs sociales sont mieux acceptés que ceux qui s'en éloignent. Ainsi, les malades mentaux et les déficients intellectuels sont davantage l'objet d'intolérance.

Les écrits sur les attitudes envers les PMM ne font pas toujours l'unanimité chez les auteurs. Les résultats varient en fonction de la population étudiée, des instruments utilisés, du contenu des questions et du contexte dans lequel est réalisée l'enquête. Par exemple, certaines recherches semblent démontrer que les répondants manifestent souvent une attitude généralement positive envers les PMM et en même temps un désaccord par rapport aux mesures qui rapprocheraient les déficients de l'espace personnel des répondants (Kastner et al., 1979, dans Ionescu, S., 1987).

Une série de chercheurs principalement américains, tels Dear et Taylor (1982), Magnum (1986) et Seltzer (1984), se sont orientés vers des analyses d'attitude de différentes collectivités envers les PMM. Pour y arriver, ces auteurs ont souvent concentré leur attention sur les variables reliées à la personne. Ils se sont aussi préoccupés des facteurs exogènes reliés à l'environnement. Ils ont particulièrement considéré l'influence du milieu, la proximité de l'espace à partager et la densité de la population. Il en ressort principalement et de façon significative que plus il y a de connaissances sur la maladie mentale, moins il y a d'opposition envers celle-ci. De plus, les résistances exprimées tombent après six (6) mois de cohabitation.

1.4.1 - Études sur les attitudes envers les PMM

En 1980, dans une école de Californie, Doris et Brown ont fait une recherche quantitative, transversale, de type exploratoire auprès de 43 professeurs réguliers et 19 professeurs spécialisés de classes d'enfants présentant des handicaps mentaux avec comportements inappropriés. Le but de l'étude était de déterminer le niveau de tolérance des professeurs envers les étudiants en relation avec les connaissances des professeurs et les types

de comportements des étudiants. A l'aide d'un questionnaire développé par Hell Walker de l'Université d'Orégon, il était demandé aux répondants si certains comportements inappropriés étaient inacceptables, tolérables ou acceptables. L'étude indiquait que les professeurs spécialisés étaient plus tolérants que les professeurs réguliers puisqu'ils connaissaient davantage la problématique et pouvaient utiliser des stratégies plus efficaces pour contrer les comportements inappropriés.

Par ailleurs, les professeurs spécialisés étaient moins tolérants lorsqu'ils s'agissait d'enfants handicapés présentant des comportements affectant l'environnement social, par exemple, des comportements agressifs.

Cette étude tentait de démontrer que les connaissances acquises sur un sujet donné permettaient d'augmenter le niveau de tolérance. Toutefois, le caractère volontaire de la spécialisation, l'intérêt ainsi que la personnalité de ces professeurs ont contribué à la base à un niveau de tolérance plus élevé.

Quoique la validité externe soit plutôt faible en raison de son questionnaire relié à un milieu scolaire très spécifique, l'investigation de certaines variables a permis de cerner plusieurs facteurs généraux pouvant avoir un impact sur l'attitude de tolérance.

Seltzer, M.M. (1984) a mené une étude qualitative par interview téléphonique auprès de personnes ressources de 43 résidences communautaires pour PMM de Boston. Les objectifs étaient d'examiner les facteurs d'opposition de la communauté envers les résidences pour personnes retardées mentalement, d'en déterminer l'indice de support ou d'opposition et enfin de désigner si l'information ou les connaissances de la maladie mentale avait un lien

avec l'opposition et les comportements de support ou de non support.

Seltzer confirme l'hypothèse que plus il y a d'informations données et de connaissances, moins il y a d'attitude d'opposition. Par ailleurs, cette étude ne dégage pas de liens significatifs entre l'opposition et la proportion des malades mentaux, l'âge, le sexe, le degré de sévérité de la maladie et le fait de vivre à proximité de ces gens. Tout comme l'analyse théorique de la relation entre l'attitude et les comportements de Icek Ajzen (1977) Seltzer ne rapporte pas de relations entre l'attitude et les comportements de support exprimé. Toutefois, Seltzer indique que les gens qui cohabitent avec ces malades depuis plus de six mois expriment moins de résistance. Cette constatation rejoint celle de Madgin et Foucher (1990) concluant que des contacts prolongés avec les PMM ont pour effet de diminuer les préjugés et l'intolérance et d'en augmenter l'acceptation.

Ionescu, S.(1990), lors d'une étude quantitative, a analysé les attitudes envers les PMM auprès d'une population étudiante de niveau collégial et universitaire dans la région de Trois-Rivières. L'objectif était de mettre en relation ces attitudes avec cinq variables: l'âge, le sexe, la fréquence de contacts, le niveau d'information et les valeurs morales des répondants. Les 449 répondants sélectionnés devaient répondre à 74 questions. Vingt-neuf questions recherchaient des données démographiques, des informations sur les valeurs morales et le niveau de connaissance sur la déficience mentale. Enfin, 46 questions dont six correspondaient à celles posées lors de l'enquête Gallup (1976) et 40 "énoncés attitudinaux", repris du questionnaire utilisé par Gottlieb et Corman (1975), complétaient ce questionnaire.

On observe que les répondants ont une attitude favorable à l'égard de l'intégration des

PMM dans la communauté.

Ce sont les facteurs reliés aux connaissances et à la fréquence de contacts qui ont l'influence la plus significative. Ceux qui ont peu d'information mais qui ont eu davantage de contacts sont plus favorables à l'intégration.

Toutefois, les attitudes exprimées deviennent moins favorables lorsqu'il s'agit de mesures qui rapprochent les déficients de l'espace personnel des répondants. Ionescu fait aussi ressortir que plus les sujets sont âgés, plus ils ont d'informations et plus l'attitude est favorable. Il est bon de mettre une nuance sur la généralisation de ce résultat puisque la population à l'étude est une population étudiante de 18 ans et plus: 89% étaient âgés de 18 à 30 ans, alors que 10% seulement avaient 31 ans et plus.

De plus, selon Ionescu, le programme d'étude constitue une autre source importante de variation. En effet, les sujets qui se trouvent dans des programmes de sciences humaines ont des attitudes beaucoup plus favorables à l'égard des déficients mentaux que les sujets inscrits dans des programmes de sciences administratives et de sciences pures et appliquées. Ceci laisse croire que la personnalité de l'individu et ses champs d'intérêt peuvent avoir une certaine influence sur l'attitude envers les maladies mentales.

Henri Dorvil (1995), lors d'une étude quantitative faite auprès de 899 sujets échantillonnés de façon aléatoire sur l'Île de Montréal, conclut que la fréquence de contacts est un élément déterminant sur l'attitude positive envers les PMM . Ses travaux de 1986 formulaient les mêmes conclusions. La population accepte plus aisément de partager son espace, si elle entretient déjà certains liens avec ces individus. Par ailleurs, la population est

réticente à l'idée d'une proximité trop intime: une faible majorité (59%) partagerait leur bureau ou espace de travail avec une PMM alors que 80.3% se montraient favorables à ce qu'un Foyer d'Accueil pour PMM soit implanté sur leur rue. De plus, les auteurs soutiennent que ceux qui ont eu davantage de contacts avec des PMM ont plus de connaissances et, conséquemment, acceptent plus facilement ce qui, rejoint les conclusions formulées par Ionescu (1990).

L'analyse de contenu de l'étude de Dorvil révèle que les gens âgés de 65 ans et plus sont plus conservateurs, ont des croyances plus négatives envers les handicapés mentaux et conséquemment ont des attitudes plus négatives.

Brockington (1993) a mené une étude exploratoire quantitative sur plus de 2,000 sujets en Angleterre. L'objectif était de connaître le niveau de tolérance de la communauté envers la maladie mentale. L'interview s'est fait à l'aide d'un questionnaire. Dix questions portaient sur des données socio-démographiques (âge, éducation, occupation) et trente et une autres, sur les attitudes en utilisant le CAMI (Community Attitude to the Mentally Ill) de Taylor & Dear (1980). L'enquête cherchait à savoir si les répondants avaient une attitude de bienveillance, d'autoritarisme ou de crainte envers la maladie mentale. D'autres questions investiguaient les connaissances des répondants sur la maladie mentale et leurs expériences avec les PMM. Dans cette étude, la majorité des répondants démontraient une attitude de bienveillance envers la maladie mentale et étaient favorables à l'installation de services pour MM dans le voisinage. Très peu manifestaient de la crainte à l'endroit des PMM et une minorité se montraient intolérants.

Brockington a remarqué que les individus les plus favorables à l'acceptation et à la bienveillance avaient un plus haut niveau d'éducation et de meilleures connaissances sur les maladies mentales. Il obtint ainsi des résultats similaires à ceux d'Ionescu et Dorvil concernant le niveau d'éducation et les connaissances sur la maladie mentale. Il a observé également que les moins favorables aux PMM étaient les gens d'âge avancé: "Plus l'âge est avancé, plus grande est l'intolérance". Côté, Ouelllet, Lachance et Lemay (1992) avaient déjà fait le même constat: les gens âgés de 65 ans et plus sont plus susceptibles d'être défavorables à l'intégration sociale des PMM

1.4.2 - Études sur la cohabitation de résidents lucides et non lucides

L'étude de Meacher (1972) effectuée en Angleterre avait pour but de connaître les réactions des résidents âgés non lucides, celles des résidents lucides et du personnel soignant en fonction de six milieux différents. Dans les trois premiers établissements, on retrouvait une faible minorité de résidents non lucides. C'était les "ordinary homes". Dans les trois autres, la proportion de résidents atteints plus ou moins sévèrement de déficits cognitifs variaient de 47% à 80%. C'était les "separatist homes".

Il s'agissait d'une recherche qualitative réalisée par entrevues et observations. L'échantillon se composait de 260 personnes lucides et non lucides. La sélection des sujets s'est faite à partir d'un instrument construit par Meacher en fonction du niveau de fonctionnement mental des résidents. L'échelle de mesure à trois échelons retenait neuf critères de dysfonctionnement social (par exemple la confusion verbale, l'errance, l'agitation et la désorientation). Ce type d'instrument a été ainsi élaboré car selon Meacher, c'est

particulièrement le dysfonctionnement social qui affecte les autres résidents.

Cette étude s'appuie sur les sources de dérangement reliés aux comportements dysfonctionnels que Meacher nomme "comportements de confusion" dans son étude. Le terme "confusion" est employé puisque qu'avant 1980, c'est le terme qui était le plus souvent utilisé dans les écrits.

Les variables retenues portent sur huit comportements de confusion: langage incohérent, dérangements nocturnes, errance diurne et/ou nocturne, interférence dans les affaires des autres, comportements violents et agressifs, habitudes alimentaires, vestimentaires et d'hygiène inappropriées.

Meacher est conscient de l'importance des biais méthodologiques occasionnés par la méthode de l'observation dans des conditions non expérimentales. En effet, cette méthode peut être source d'inhibition chez les gens observés qui peuvent se sentir importunés.

Les réponses des sujets envers les dérangements occasionnés par les comportements de confusion, varient selon les types de résidences. Dans les " separatist homes ", les répondants se plaignent particulièrement de l'errance diurne et de l'intrusion dans leurs effets personnels (42%). Un pourcentage de 0 à 25,2% se disent affectés par les autres comportements. Dans les " ordinary homes ", là où les RNL sont minoritaires, les bruits nocturnes affectent davantage les résidents. Les réactions observées par Meacher et exprimées par les répondants vont du rejet sans pitié à la tolérance avec ou sans sympathie en passant par l'indifférence.

Toutefois Meacher observe que, dans les milieux représentés, peu de RNL manifestent

des comportements de confusion et que c'est toujours un même petit groupe de résidents qui se plaignent lorsqu'ils sont témoins de comportement de confusion. Ceci laisse penser que la personnalité de l'individu peut avoir un lien avec les attitudes défavorables envers les "différences" et à toutes autres sources de dérangement.

Il faut souligner que 80% des répondants n'ont pas de plainte particulière face à un comportement en particulier; par contre, une écrasante majorité favorise la ségrégation. Devant ce fait, Meacher a voulu investiguer davantage les sources de dérangement autres que les comportements de confusion retenus pour l'étude.

Des émotions désagréables liées à la présence de RNL ou aux comportements de confusion se font sentir dans les deux types de résidence. Toutefois, la majorité des résidents des "ordinary homes" se disent dérangés par des comportements autres que des comportements de confusion. Dans les "separatist homes", ce sont les comportements reliés à la confusion qui sont les plus tributaires de dérangement. Meacher n'indique pas de seuil de tolérance.

Par ailleurs selon lui, la critique est plus forte quand la proportion de RNL est moindre, puisque ces derniers sont "marginalisés" et perçus comme exceptionnels.

Suite aux résultats démontrant une critique moins sévère dans les résidences où la proportion de RL et RNL est à peu près égale, et très sévère lorsqu'elle atteint 80%, Meacher en arrive à conclure que la proportion de RNL dans une unité de cohabitation ne devrait pas dépasser 50%.

Quoique très élaborée, cette étude comporte beaucoup de limites méthodologiques, notamment le biais de l'observateur et l'utilisation d'échelles non-validées; ceci nous incite à être critique sur la validité des résultats.

Il est cependant possible de faire des liens avec certaines études sur les attitudes envers les maladies mentales concluant que plus la fréquence de contacts est importante, plus les connaissances sont adéquates, plus l'acceptation est positive (Ionescu,S.,1990. Dorvil,H.,1995. Brockington,I.,1993.).

Evans, Hughes, Wilkin et Jolley (1982) effectuent leur étude dans six résidences pour personnes âgées. Ces six résidences reçoivent de 20 à 60 résidents ayant des troubles physiques et mentaux dont certains sont non lucides à des degrés plus ou moins sévères. Cette dernière catégorie occupe une proportion variant de 16% à 54%. L'échelle utilisée pour déterminer la clientèle non lucide et lucide est la version modifiée du " Crichton Royal Behavioural Rating Scale " (CRBRS) (Robinson,1965). Les auteurs regroupent les résidents légèrement atteints avec les résidents lucides.

Un des objectifs de cette étude est d'identifier les attitudes des résidents lucides envers leurs pairs non lucides. Les variables sont liées aux comportements dérangeants, la façon du personnel de gérer ces comportements, la proximité, les types de comportements et la proportion des RNL. L'échantillon regroupe 60 résidents lucides dont 38 sont retenus pour l'analyse des résultats. La collecte des données s'est faite par entrevue semi - structurée.

Les répondants devaient répondre à deux questions:

“ Y- a-t-il des résidents qui vous dérangent? ”

“ Y- a-t-il des gens qui ne devraient pas être ici? ”

L'analyse du contenu des entrevues a été faite en classifiant les réponses en termes de rejet, de tolérance ou d'acceptation. Parmi les 38 résidents lucides interrogés, 26% acceptent leurs pairs non lucides, 37% les tolèrent, 26% les rejettent et 11% ne se prononcent pas. Toutefois, le fait d'accepter ou de tolérer n'indique pas qu'il n'y ait jamais de plainte à leur sujet.

Contrairement à l'étude de Meacher, la critique, voire le rejet, sont plus forts dans les résidences où la proportion de RNL est plus élevée. Evans et al. expliquent ces résultats par le fait que, dans ces établissements, il y a moins d'intervenants et que les comportements dysfonctionnels associés à la non lucidité y seraient plus difficilement gérés.

Les auteurs confirment que le niveau d'intolérance est davantage associé aux comportements dysfonctionnels qu'à la proportion de RNL. De plus, les RL sont plus tolérants lorsque les comportements dysfonctionnels ne les atteignent pas directement. Toutefois, la ségrégation est peu privilégiée: seulement 10% croient que les RNL. ne devraient pas cohabiter avec eux et 10% expriment le désir de voir déménager ailleurs ceux qui ont des comportements dysfonctionnels. Ceci indique que la critique serait davantage tournée vers les comportements dysfonctionnels associés à la non lucidité qu'à la personne elle même.

Malgré le peu de variables contrôles, la petite taille de l'échantillon, l'instrument très

restrictif et la " désirabilité sociale " importante, leurs conclusions se rapprochent beaucoup des études sur les attitudes envers les PMM disant oui à l'intégration mais "Pas dans ma cour". Lorsqu'il s'agit de proximité et d'entrave dans l'espace personnel, les attitudes sont beaucoup moins favorables (Gendron et Piat, 1991., Baillargeon, 1991., Ionescu, 1990).

L'étude de Lévesque et Cossette (1991) a été menée dans 19 Centres d'Accueil de la région de Montréal hébergeant des résidents lucides et non lucides. L'échantillonnage s'est faite en trois strates à partir d'unités de proportions différentes de résidents non lucides soit de 10% à 35 %, de 36% à 60% et de 60% à 85%. L'étude s'est concrétisée auprès de 435 résidents lucides et 349 membres du personnel soignant.

L'objectif de cette étude était de mieux cerner la dynamique de la cohabitation des résidents lucides avec leurs pairs non lucides d'après la perspective des résidents lucides et celle des intervenants. Son dispositif exploratoire a permis de vérifier la disposition des résidents lucides à la cohabitation avec des personnes non lucides et à identifier les facteurs liés à la propension des intervenants à privilégier la cohabitation plutôt que la ségrégation de ces deux groupes.

Le modèle conceptuel de la disposition des résidents lucides à la cohabitation comportait deux variables exogènes: l'âge et la proportion de résidents non lucides sur les étages offrant la cohabitation et huit variables endogènes: la fréquence des comportements dysfonctionnels, le dérangement éprouvé lors de contacts avec des comportements dysfonctionnels, le soutien apporté par le personnel lors de manifestations de comportements inappropriés, la connaissance des résidents lucides sur les phénomènes de confusion, les réactions inconfortables liées à la présence des résidents non lucides, les avantages de la

cohabitation pour les résidents non lucides tels qu'exprimés par les résidents lucides, les avantages ou désavantages de la cohabitation que les résidents lucides voient pour eux. Les facteurs étudiés auprès du personnel soignant seront volontairement omis ici, puisqu'ils sont moins pertinents pour la présente recherche. Les variables à l'étude ont été mesurées au moyen d'instruments le plus souvent inédits et ont subi plusieurs épreuves de validation et ont été pré - testés.

Les principaux résultats font ressortir que la disposition à la cohabitation chez les RL atteint 33%. Trois variables présentent des effets plus importants à savoir: la fréquence des réactions émotives inconfortables, la connaissance du phénomène de la confusion et le dérangement éprouvé envers les comportements dysfonctionnels.

Un résident qui ressent peu souvent de réactions émotives inconfortables face à la présence de résidents non lucides sur son étage aura fortement tendance à voir peu d'inconvénients pour lui-même à la cohabitation et sera conséquemment plus disposé à l'accepter. Ce constat est appuyé aussi par l'analyse de d'autres variables tels le dérangement envers les comportements dysfonctionnels et la connaissance du phénomène de la confusion.

La connaissance du phénomène de la déficience cognitive joue aussi sur quatre autres variables: réactions émotives inconfortables, les avantages de la ségrégation, les désavantages de la cohabitation pour les résidents lucides ainsi que sur les dérangements occasionnés par les comportements dysfonctionnels. Il est important de souligner qu'il n'y a pas de lien significatif entre la disposition à la cohabitation et le pourcentage de résidents non lucides. Ceci rejoint les études recensées plus haut sur l'attitude des gens "normaux" envers les PMM (Seltzer, 1984).

Ce sont davantage les comportements dysfonctionnels qui causent des dérangements et des réactions émotives inconfortables. Toutefois, avoir de bonnes connaissances sur le phénomène de la confusion aurait pour effet de faire accepter davantage les comportements dysfonctionnels, d'avoir une attitude plus positive et conséquemment d'être plus favorable à l'intégration de leurs pairs non lucides.

Suite à ces recherches, certains indices permettent de penser que les déterminants de l'attitude peuvent être liés à des éléments endogènes comme les traits de personnalité, le sexe, l'âge.... Il est reconnu que les attitudes acquises très tôt dans la vie se cristallisent avec l'âge et qu'elles sont très résistantes aux changements (Antonak et Livneh, 1988).

Par ailleurs, dans son traité sur l'intolérance, Casamayor (1975) cite :

“ De la différence à l'opposition et de l'opposition à l'exclusion, il n'y a que des degrés et la même courbe peut nous amener de l'intolérance à la tolérance et peut nous ramener à l'intolérance, soit parce que l'on est contraint de l'exercer, soit parce qu'on en est victime ”.

Ainsi il est prudent de considérer aussi des variables environnementales souvent incontrôlables si on veut faire une analyse complète de l'attitude de tolérance des individus qui ont à cohabiter avec des gens "différents".

Tableaux 1 - 1, Synthèse des études pertinentes sur les attitudes envers PMM

AUTEUR-DATE-LIEU	TYPE D'ÉTUDE ET INSTRUMENTS	ÉCHANTILLON
Doris , S., Brown, R. (1990) Californie	Quantitative Transversale Exploratoire Questionnaire	43 professeurs réguliers 19 spécialisés 51 classes d'élèves avec comportements inappropriés
<p>RÉSULTATS Les professeurs spécialisés sont plus tolérants que les réguliers Plus le % de comportements dérangeants est élevé, moins les professeurs spécialisés sont tolérants Le niveau de tolérance varie selon le type de comportement en cause</p> <p>FORCES ET FAIBLESSES Petit échantillon Peu de variables contrôles Questionnaire construit et validé L'aspect volontaire face à la spécialisation peut avoir un impact sur le niveau de tolérance</p>		

AUTEUR-DATE-LIEU	TYPE D'ÉTUDE ET INSTRUMENTS	ÉCHANTILLON
Dorvil, H. (1995) Ile de Montréal	Quantitative : entrevue semi- dirigée Quantitative Transversale, exploiratoire Questionnaire téléphonique	4 fam. d'accueil pour MM 4 pour déficients intellect. 1 pers. désinstitutionnalisée par famille d'accueil 899 sujets (aléatoire par bottin)
<p>RÉSULTATS + le contact est régulier > est la tolérance + les valeurs sont conservatrices, + l'attitude est négative + les contacts sont fréquents, moins les croyances sont négatives, + l'attitude est positive + les connaissances sont adéquates + l'acceptation est positive.</p> <p>FORCES ET FAIBLESSES Échantillon randomisé et critères bien déterminés Questionnaire construit et validé Sur-représentation de femmes Sous-représentation de gens âgés de 65 ans et plus Plusieurs variables étudiées : croyance, connaissances, valeur, expérience avec MM</p>		

AUTEUR-DATE-LIEU	TYPE D'ÉTUDE ET INSTRUMENTS	ÉCHANTILLON
Brockington (1993) Angleterre	Qualitative transversale exploratoire Questionnaire par la poste	2 000 sujets à partir de la liste électorale
<p>RÉSULTATS</p> <p>+ le niveau d'éducation est élevé, + l'acceptation est positive Une minorité se montre intolérante Le niveau d'éducation et les connaissances sont les variables les + significatives de la bienveillance envers les MM Les gens d'âge avancé et de bas niveau d'éducation sont les moins favorables aux PMM</p> <p>FORCES ET FAIBLESSES</p> <p>Questionnaire validé : variables socio-démographiques : star - vignettes Questionnaire modifié tiré de Taylor & Dear (CAMI) Variables étudiées : âge, éducation, occupation, expérience avec MM</p>		

AUTEUR-DATE-LIEU	TYPE D'ÉTUDE ET INSTRUMENTS	ÉCHANTILLON
Ionescu, S. (1990) Région T-Rivières	Quantitative : entrevues transversale - exploratoire Questionnaire	449 étudiants : niveaux collégial et universitaire 259 femmes, 190 hommes
<p>RÉSULTATS</p> <p>+ le niveau d'information et le nombre de contacts sont élevés, + l'attitude est favorable + les sujets sont âgés, + ils ont de l'information et + l'attitude est positive Les hommes sont plus ségrégationnistes que les femmes L'attitude est moins favorable si on se rapproche de l'espace personnel</p> <p>FORCES ET FAIBLESSES</p> <p>Échantillon non pondéré : 90% de 18-31 ans; 10% de 31 ans et plus Choix de programmes contrôlés Questionnaire construit en partie : validé% 40 énoncés attitudinaux repris de Gotlieb et Corman (1975)</p>		

AUTEUR-DATE-LIEU	TYPE D'ÉTUDE ET INSTRUMENTS	ÉCHANTILLON
Seltzer, M.M (1994) Boston	Qualitative Questionnaires structurés et semi-structurés	43 résidences privées de PMM
<p>RÉSULTATS</p> <p>+ il y a d'informations - il y a opposition Pas de liens significatifs entre le degré d'opposition et la proportion, âge, sexe, degré de sévérité Les résistances exprimées tombent après 6 mois de cohabitation</p> <p>FORCES ET FAIBLESSES</p> <p>Instrument validé? Variables : information reçue et connaissances, attitude d'opposition ou de non-opposition, comportement de support ou non</p>		

Tableau 1 - 2 , Synthèse des études sur la cohabitation des RL et RNL

AUTEUR-DATE-LIEU	TYPE D'ÉTUDE ET INSTRUMENTS	ÉCHANTILLON
Meacher (1972) Angleterre	Qualitative Entrevues et observation	157 RL et 47 RNL
<p>RÉSULTATS</p> <p>Le rejet des RNL : rare L'indifférence est la plus fréquente Le degré d'intolérance varie selon les comportements dysfonctionnels Si la proportion de RNL est moins de 10% et plus de 80%, les RL sont davantage dérangés par les comportements dysfonctionnels</p> <p>FORCES ET FAIBLESSES</p> <p>Échantillon non aléatoire Recherche pas très récente dans un contexte culturel différent du Québec Instrument non-validé Collecte de données : observation est une limite méthodologique importante (biais de l'observateur)</p>		

AUTEUR-DATE-LIEU	TYPE D'ÉTUDE ET INSTRUMENTS	ÉCHANTILLON
Evan et al. (1981) Angleterre	Descriptive entrevues et observation	38 RI; 29 RNL; 6 résidences; 106 intervenants
<p>RÉSULTATS</p> <p>26% des RL acceptent les RNL; 17% les tolèrent; 26% les rejettent; 11% ne se prononcent pas L'attitude de rejet est plus grande lorsque la proportion de RNL est plus grande</p> <p>FORCES ET FAIBLESSES</p> <p>Échantillonnage non aléatoire Petite taille de l'échantillon Effet de désirabilité sociale important</p>		

AUTEUR-DATE-LIEU	TYPE D'ÉTUDE ET INSTRUMENTS	ÉCHANTILLON
Lévesque & Cossette (1991) Montréal (rég. 06A)	Quantitative - Transversale Exploratoire Questionnaire fermé : entrevue	CHSLD publics avec RL et RNL Échantillonnage stratifié : 10%-35%; 36%-60%; 61%- 85% 435 RL; 349 intervenants
<p>RÉSULTATS</p> <p>Pas de lien significatif entre la proportion de RNL et le degré d'acceptation des RI 33% des RL sont favorables à la cohabitation 66% des RL sont plus disposés à la cohabitation Les facteurs influençant le degré d'acceptation sont : inconfort envers les RNL; les connaissances; les comportements dysfonctionnels</p> <p>FORCES ET FAIBLESSES</p> <p>Effet de désirabilité sociale important Instruments davantage basés sur l'expérience clinique que sur des théories Instruments validés et pré-testés</p>		

1.5 CADRE DE RÉFÉRENCE

Cette partie vise d'abord à resituer de façon globale le contexte de la problématique du voisinage avec des gens atteints de maladie mentale. Par la suite, deux théories en gérontologie guideront le choix des hypothèses de la présente recherche.

La politique du Livre Blanc (Gouvernement du Québec, 1977) sur l'intégration des handicapés reconnaît aux inadaptés les mêmes droits qu'à tout autre individu. Cette politique favorise l'intégration des gens que l'intolérance des autres conduit à marginaliser (Le Net, 1983). De plus, elle s'applique autant à des malades souffrant d'handicaps physiques, qu'à des personnes atteintes de maladies mentales ou de déficits cognitifs. Elle favorise leur intégration par la cohabitation.

Pourtant dans certains écrits, la cohabitation ou le voisinage avec des gens différents est souvent le problème principal et l'enjeu de fond soulevé par les manifestations d'intolérance. En effet, les personnes stigmatisées et marginalisées en raison de leurs caractéristiques générales ou individuelles, ou de leur appartenance à un groupe particulier sont fréquemment l'objet de rejet (Noël, 1989).

On doit donc reconnaître aux PMM, le droit fondamental de ne pas être marginalisées et rejetées dans la société. Par ailleurs, on ne peut empêcher quelqu'un d'avoir des réactions envers les PMM surtout lorsque celles-ci ont des comportements dérangeants. Ces réactions peuvent venir des traits de personnalité et des antécédents de vie ou encore être conditionnées par l'environnement, les contraintes ou les avantages rencontrés dans l'établissement où ils résident.

En bref, la même personne peut développer des réactions et des attitudes différentes selon ses caractéristiques personnelles et selon le type d'établissement qui l'accueille ainsi que le contexte environnemental dans lequel elle se trouve. (Lefebvre-Girouard et al,1986). Dans les CHSLD, des résidents lucides ont souvent à cohabiter avec des résidents non lucides perçus comme "différents". Il est important de déterminer s'il y a intolérance face à ce mode de vie et si oui, à quel niveau et pourquoi?

L'intolérance doit tenir compte de la complexité des relations qui s'établissent entre les intolérants et les "intolérés". En effet, Casamayor (1975), dans son écrit sur la tolérance dit: " Tolérer c'est aimer et pourtant il n'est pas toujours possible d'aimer ou tout au moins de manifester cet amour." Il ajoute qu'il est difficile de prévoir à quel moment les choses deviennent intolérables; cela dépend des circonstances. L'auteur poursuit en disant que ce qui était tolérable hier ne l'est pas nécessairement aujourd'hui.

Sur la base des études que nous avons recensées précédemment et de ce que nous savons de la tolérance, celle-ci peut varier selon certaines caractéristiques socio - démographiques, personnelles et environnementales. L'état de santé, (Lefebvre-Girouard,1986) le temps d'hébergement (Seltzer,1985; Bellemare,1986.) ainsi que le nombre de contacts avec des sources de dérangement (Meacher,1972; Ionescu,1990; Lévesque et Cossette,1991; Dorvil,1995.) sont autant d'éléments à considérer si on veut faire une analyse juste et éclairée de ce phénomène.

De plus, les personnes âgées ont rarement le loisir de choisir leur milieu de vie lorsqu'elles doivent être hébergées dans un CHSLD. Elles sont souvent confrontées à des

différences dans les modes de vie, les valeurs, les caractéristiques personnelles... Chacun a sa façon d'agir et d'affronter les différences. La cohabitation fera ainsi naître des réactions différentes.

Enfin, nombre d'auteurs sont d'avis que d'avoir des connaissances justes et appropriées sur un sujet donné permet de mieux comprendre et de mieux accepter une situation (Dorris Sherri, 1980; Seltzer, 1984; Ira Sommers, 1987; Ionescu, 1990; Lamontagne, 1992; Brockington, 1993).

Toutes ces variables doivent donc être prises en considération lorsque vient le temps de faire une étude approfondie sur le niveau de tolérance des résidents lucides envers les co-résidents non lucides et leurs comportements dysfonctionnels.

Le modèle conceptuel qui suit servira à la fin de cette section, servira de guide dans l'exploration des variables reliées à la tolérance en un milieu institutionnel où cohabitent des RL et des RNL.

1.5.1 - Quelques théories en gérontologie

Afin de mieux comprendre l'orientation de cette recherche, il convient de la resituer dans le contexte de deux théories développées en gérontologie. Ces théories ont été retenues comme suffisamment importantes pour orienter l'ensemble du cadre théorique.

1.5.1.1 - La théorie de la continuité

Une des théories des plus récentes, élaborée par Atchley (1977), soutient qu'au cours

du processus conduisant à l'âge mûr, l'individu acquiert des habitudes, des responsabilités, des préférences, des attitudes et toute une série de comportements qui deviennent partie intégrante de sa personnalité. Au fur et à mesure que l'individu avance en âge, il est de plus en plus porté à en assurer la continuité. Le postulat sous-jacent est que personne ne veut changer à moins d'y être contraint ou d'avoir de bonnes raisons pour le faire. Ces dernières découlent d'une série de facteurs: les interrelations entre les changements biologiques et psychologiques, les habitudes, les expériences, la situation dans laquelle on se trouve et la possibilité qui s'offre de maintenir la continuité.

On peut donc supposer que les personnes ayant une attitude positive envers les MM puissent aussi être tolérantes envers les résidents non lucides et face à leurs comportements dysfonctionnels.

1.5.1.2 - Théorie de l'interaction symbolique

Cette théorie considère que le contexte et le processus d'interaction peuvent influencer le genre de vieillissement que connaîtra un individu (Gubrium 1973). La théorie de l'interaction symbolique considère que le moi, tout comme la société, sont capables de se renouveler et d'atteindre un nouvel équilibre. Le contexte social et environnemental revêt ici une importance primordiale.

De plus, cette théorie fournit un paradigme basé sur la modification des contraintes du milieu et des interactions axées sur les besoins de l'individu. Plus précisément, l'environnement devrait être modifié et ajusté en fonction des besoins de l'individu.

Ceci suppose que l'environnement peut agir sur la satisfaction des besoins de l'individu et conséquemment influencer l'attitude de celui-ci. Ainsi, dans le sujet qui nous préoccupe, l'environnement peut contribuer à augmenter ou diminuer le niveau de tolérance des RL envers les RNL et les CD.

1.5.2 - Orientation du cadre de référence

Basé sur les deux théories citées précédemment, ce cadre de référence nous conduit à un modèle explicatif de l'influence de différents facteurs personnels ou environnementaux sur l'attitude de tolérance des résidents lucides face à leurs pairs non lucides et aux comportements dysfonctionnels.

Certains écrits sur la cohabitation avec des gens différents, principalement avec des personnes atteintes d'une maladie mentale, s'entendent pour dire que, malgré des résultats peu significatifs, il y a une proportion à respecter; on ne précise pas davantage (Magnum, 1986; Dear et Taylor, 1982; Letarte dans Baillargeon et als, 1991). Toutefois Meacher (1972) avance la proportion de 50% à respecter lorsqu'il s'agit d'hébergement de résidents lucides avec des résidents non lucides.

La présentation des écrits de Seltzer (1984) laisse prévoir que le degré de sévérité de la maladie peut agir sur la capacité d'accepter ou de tolérer les "différences": plus la maladie est sévère plus forte est l'intolérance.

La situation de proximité est une variable souvent étudiée dans des situations se rapprochant du contexte de notre étude. Le débat en ce qui concerne le rôle de cette variable

est loin d'être clos. Certains auteurs confirment que la communauté est plus favorable à l'éloignement de la PMM qu'à la proximité; plus le degré d'intimité exigé est grand plus l'intolérance est forte. (Moreau 1980; Hall,1979 dans Dulac et als,1988; Baillargeon et als,1991.). D'autres observent une plus grande tolérance lorsqu'il y a proximité, puisque cela favorise les contacts, augmente les connaissances et, conséquemment, l'acceptation est plus favorable (Smith,1981 dans Dulac et als.1988; Dorvil,1987). Seltzer (1984) de son côté affirme qu'il n'y a pas de relation entre l'attitude de tolérance et la distance sociale.

Face à cette question, certaines recherches considèrent comme variable importante la présence de RNL, d'autres, les comportements dysfonctionnels. Une distinction entre les deux construits s'avère nécessaire, puisque les résultantes sont déterminantes d'interventions différentes.

Compte tenu de l'existence de divers facteurs, les personnes âgées en CHSLD manifestent certaines attitudes plus ou moins intenses. Ces facteurs sont d'une part des caractéristiques individuelles liés à la situation de la personne, tant d'ordre caractériel que connexe à la maladie, à l'épisode plus ou moins réussi du placement (soit que l'on y a été contraint ou que l'événement est encore très récent) et enfin à l'univers relationnel qui se développe en hébergement.

D'autre part, les facteurs peuvent aussi être contextuels, organisationnels ou environnementaux tels les caractéristiques de la clientèle hébergée, les services disponibles, et l'aménagement de l'environnement physique. Toutefois, selon Lefebvre-Girouard et al.,1986, les caractéristiques purement institutionnelles exercent moins d'influence sur les attitudes et comportements psycho-sociaux que les caractéristiques individuelles.

Dans Bellemare (1986), on note que certains résidents lucides peuvent être majoritairement tolérants envers les résidents non lucides, mais par contre exprimer beaucoup de rejet face à certains comportements dysfonctionnels. L'intensité des réactions émotives désagréables peut varier en fonction des résidents non lucides ou des comportements dysfonctionnels selon le type de comportement en cause.

Le modèle proposé permettra ainsi de déterminer si les facteurs reliés à la personne ont un impact plus fort sur le niveau de tolérance que ceux reliés à l'environnement. Il veut aussi étudier si les réactions d'intolérance sont davantage tournées vers les comportements dysfonctionnels que vers les RNL.

Bien que certains facteurs reliés à la personne puissent être interliés à divers degrés à des facteurs environnementaux, les deux thèmes seront étudiés parallèlement afin de faire ressortir plus clairement lesquels sont les plus susceptibles de favoriser l'acceptation ou le rejet du résident non lucide et des comportements dysfonctionnels.

TABLEAU 1-3 MODÈLE CONCEPTUEL DE LA TOLÉRANCE DES RL ENVERS LES RNL ET LEURS COMPORTEMENTS DYSFONCTIONNELS

● **Variables reliées à la personne**

- Attitude envers les MM
- Santé perçue
- Aspect volontaire du placement
- Durée d'hébergement
- Connaissances de la déficience cognitive
- Fréquence de contact avec les RNL
- Fréquence de contact avec les comportements dysfonctionnels

↓

- Tolérance envers les RNL
- Tolérance envers les comportements dysfonctionnels

● **Variables reliées à l'environnement** ↑

- Proportion de RNL
- Proportion de RNL avec atteinte cognitive plus ou moins sévère
- Fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels
- Situation de proximité

● **Variables contrôles**

- Âge
- Sexe
- Étendue de la résidence
- Nombre d'intervenants

1.6 CADRE OPÉRATOIRE

1.6.1 - Hypothèses

H1 Première série d'hypothèses : les variables personnelles et le niveau de tolérance envers les RNL et les comportements dysfonctionnels

Il existe une relation significative entre...

H1.1 L'attitude des RL envers les MM et...

H1.2 La santé perçue des RL et...

H1.3 La durée d'hébergement des RL et...

H1.4 L'aspect volontaire du placement des RL et...

H1.5 Le niveau de connaissance de la déficience cognitive des RL et...

H1.6 La fréquence de contacts des RL avec les RNL

H1.7 La fréquence de contacts des RL avec des comportements dysfonctionnels manifestés par des RNL et...

a) leur niveau de tolérance envers les RNL.

b) leur niveau de tolérance envers les comportements dysfonctionnels manifestés par des RNL.

H2 Deuxième série d'hypothèses : les variables environnementales et le niveau d'intolérance envers les RNL et les comportements dysfonctionnels

Il existe une relation significative entre...

H2.1 La proportion de résidents non lucides et...

H2.2 La proportion d'atteintes cognitives sévères et

H2.3 La fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels et...

H2.4 La situation de proximité et...

- a) le niveau de tolérance des RL envers les RNL.
- b) le niveau de tolérance de RL envers les comportements dysfonctionnels manifestés par des RNL.

H3 Les variables personnelles ont plus de poids que les variables environnementales sur le niveau de tolérance des RL envers les RNL.

H4 Les variables personnelles ont plus de poids que les variables environnementales sur le niveau de tolérance des RL envers les comportements dysfonctionnels.

H5 Les réactions d'intolérance exprimées par les RL sont davantage tournées vers les comportements dysfonctionnels que vers leurs pairs non lucides.

1.6.2 - Variables indépendantes

Reliées à la personne

- Attitude envers les MM
- Santé perçue
- Aspect volontaire du placement
- Durée de l'hébergement
- Connaissances de la déficience cognitive
- Fréquence de contacts avec les RNL et les comportements dysfonctionnels.

Reliées à l'environnement

- Proportion de RNL
- Proportion d'atteintes cognitives sévères
- Fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels
- Situation de proximité.

1.6.3 - Variables dépendantes

- Tolérance des RL envers les pairs non lucides
- Tolérance des RL envers les comportements dysfonctionnels.

1.6.4 - Définition opératoire des concepts clés

CHSLD : Centre d'Hébergement de Soins de Longue Durée : établissement relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux, ayant pour mission d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut aux adultes en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale les empêchant de demeurer dans leur milieu de vie naturel.

Déficience cognitive : Ensemble de symptômes découlant d'un désordre cérébral organique impliquant notamment, l'intelligence, la mémoire, le langage, la pensée, le jugement, l'orientation dans le temps, l'espace, les personnes et la capacité d'apprentissage; à ces symptômes, s'ajoutent une lenteur des perceptions, une labilité émotionnelle et un changement de la personnalité.

Déficience cognitive sévère : Désorientation dans les trois sphères, perte de mémoire des faits récents et anciens, inattention, incontinence, besoin d'aide pour toutes les activités de la

vie quotidienne, absence de coopération, atteinte du langage (grognement) et mutisme fréquent; ne reconnaît plus ses proches.

Résident lucide (RL) : Résident d'un CHSLD ne présentant pas les symptômes de déficits cognitifs ci - haut mentionnés. Les résidents avec déficits cognitifs légers sont considérés comme résidents lucides dans cette étude.

Résident non lucide (RNL) : Résident d'un CHSLD présentant des symptômes de déficits cognitifs à différents degrés; les degrés de moyen à sévère font l'objet de cette étude.

Comportement dysfonctionnel : Paroles ou émissions de son, actions ou gestes chez un résident qualifié de non lucide, découlant d'une pathologie cérébrale organique, susceptibles de provoquer des malaises dans l'entourage immédiat (milieu, autres résidents, intervenants, visiteurs); ces comportements peuvent avoir pour effet de porter atteinte à l'intégrité du milieu ou encore à tout individu venant en contact avec ces personnes.

Cohabitation : Le fait de partager la même résidence et de vivre dans une même unité pour les activités de vie quotidienne ex: sommeil, alimentation, loisirs... Dans le contexte de l'étude, la cohabitation se fait entre les résidents lucides et les résidents non lucides.

Tolérance : Disposition à accepter et respecter autrui malgré une manière de penser, d'agir ou d'être différente de celle qu'on adopte soi-même. En ce sens, être tolérant n'est pas être indifférent mais être respectueux des autres et de leurs différences.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 STRATÉGIE D'ACQUISITION

Puisque cette recherche se tourne prioritairement vers l'acquisition des connaissances, sans objectif immédiat pour la pratique, sa finalité est fondamentale. Toutefois les résultats pourront éventuellement aider dans l'orientation des méthodes d'intervention. Afin de répondre à certaines interrogations, des variables sont mises en relation à un moment précis: il s'agit donc d'une étude exploratoire avec dispositif transversal.

2.2 STRATÉGIE D'OBSERVATION

2.2.1 - Population et échantillon

La population cible visée par l'étude est constituée des RL cohabitant avec des RNL d'un CHSLD. En raison principalement des coûts reliés aux déplacements et à l'accessibilité à des données nécessaires pour la réalisation de cette enquête, l'aire de l'enquête a été limitée à la région 02 secteur Saguenay.

Dans ce secteur, huit résidences distinctes sont regroupées dans deux CHSLD et accueillent 468 résidents. Il est à noter que le terme résident sera utilisé au lieu de "usager", car c'est le terme qui est le plus utilisé dans le milieu.

A la lecture de données antérieures recueillies par les intervenants lors de l'évaluation PLAISIR, (Planification informatisée des soins infirmiers requis), ces huit résidences comprenaient en 1995 de 39% à 74% de RNL intégrés à des RL. Cette évaluation a permis aussi d'observer l'équivalence de ces résidences relativement aux nombres d'heures - soins et

de constater que leur philosophie d'intervention (approche bio-psycho sociale) est essentiellement la même. C'est à partir de ces critères que ces huit résidences ont été retenues pour représenter la population-mère de cette étude. (tableau 2-1).

Tableau 2-1 - Description de la population-mère

Résidence	Nombre	% RNL	% RNL sévère	Heures - soins
1	53	70%	34%	2.03
2	43	63%	19%	1.57
3	59	39%	8%	1.44
4	49	73%	25%	1.78
5	53	74%	30%	1.94
6	78	51%	10%	2.12
7	68	62%	24%	1.77
8	65	46%	14%	1.45

La collecte des données a été réalisée, dans un premier temps, auprès d'intervenants connaissant bien la clientèle et recommandés par la direction et, dans un deuxième temps, auprès de résidents lucides répondant à certains critères d'inclusion et d'exclusion.

2.2.1.1 Critères d'inclusion

Sont inclus dans cette recherche:

1- Les résidents lucides, i.e. ceux qui ont un score entre 0 et 3 sur l'échelle de la version modifiée et validée du CRBRS (Crichton Royal Behavioural Rating Scale). Cet instrument sera présenté plus en détail dans la section "présentation des instruments".

2- Les résidents lucides vivant dans des unités de cohabitation RL et RNL de 40 résidents et plus.

3- Les sujets lucides qui résident au CHSLD depuis au moins trois mois car selon plusieurs études, la période d'adaptation à un nouveau milieu est en moyenne de trois mois.

4- Les résidents lucides qui acceptent de participer à la recherche.

5- Les sujets jugés aptes, selon l'évaluation d'un intervenant habilité, à s'impliquer dans une entrevue d'environ 35 minutes.

6- Les sujets dont la langue d'usage est le français.

2.2.1.2 - Critères d'exclusion

Sont exclus de cette recherche:

1- Les sujets qui sont dans une période aiguë de maladie ou de stress.

2- Les personnes âgées ayant un problème auditif ou visuel sévère.

2.2.1.3 - Plan d'échantillonnage

Suite à la sélection des résidences admissibles, une demande d'autorisation pour entreprendre la recherche a été expédiée à la direction de chaque résidence. Par la suite une rencontre avec un représentant de chacune de ces résidences a permis de préciser les objectifs, le déroulement prévu ainsi que les attentes relatives à leur collaboration. Chaque représentant désigné a évalué le degré de sévérité de la perte de lucidité de toute leur clientèle.

Par la suite, considérant les critères d'inclusion et d'exclusion, une liste de résidents qui acceptaient de participer à la recherche fut proposée.

L'échantillonnage a été effectué selon la technique du choix raisonné et sur une base volontaire. Nous voulions rejoindre environ 50 sujets compte tenu de l'étendue de la population cible. La situation des sujets a été réalisée avec la collaboration de personnes clés de chaque résidence.

2.2.2 - Méthode de collecte des données

Considérant que notre clientèle-cible présentait fréquemment des handicaps tels l'hémiplégie, la cécité, la surdité, l'analphabétisme, il a été convenu, suite à une consultation auprès de spécialistes, que le questionnaire fermé administré en face à face serait plus efficace, puisque cela nous permettrait de rejoindre plus de candidats. L'entrevue faite par des intervieweurs spécialistes en gérontologie durait de 25 à 45 minutes.

Le plan de la collecte de données a été élaboré à partir du modèle conceptuel. En premier lieu, un questionnaire portant sur les variables reliées à l'environnement fut complété par des intervenants de chaque résidence sélectionnée. Ces données renseignaient sur la proportion de RNL, la proportion de RNL atteints sévèrement, la fréquence de manifestation de comportements dysfonctionnels ainsi que sur la situation de proximité. Elles ont aussi servi à orienter le choix des RL admissibles pour la recherche. Par la suite, les sujets lucides sélectionnés ont été rencontrés en entrevue pour répondre à un questionnaire portant sur des données socio - démographiques, le niveau de tolérance envers les RNL et les comportements

dysfonctionnels ainsi que sur les variables de l'étude reliées à la personne.

2.2.3 - Instruments de mesure

Les instruments de mesure comportent deux séries de questionnaires. La première série s'adresse à l'intervenant désigné par le milieu et détermine la proportion de résidents non lucides (ceux atteints de déficits plus ou moins sévères), la fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels et la situation de proximité des résidents lucides avec des résidents non lucides. La seconde série comprend des instruments destinés à recueillir des données auprès des résidents lucides sur :

- Les caractéristiques socio-démographiques;
- l'aspect volontaire du placement;
- la santé perçue;
- l'attitude envers les malades mentaux;
- les connaissances des déficits cognitifs;
- la fréquence de contacts avec les RNL;
- la fréquence de contacts avec des comportements dysfonctionnels;
- la tolérance des RL envers les RNL;
- la tolérance des RL envers les comportements dysfonctionnels.

Il est à souligner que, dans le questionnaire, le terme “ agissements inadéquats ” remplacera celui de “ comportements dysfonctionnels ” puisqu'il est plus significatif et facile à comprendre pour la personne âgée.

La formulation des questions touchant certaines variables telles que le niveau de tolérance envers les RNL et les comportements dysfonctionnels, l'aspect volontaire du placement, les connaissances sur les déficits cognitifs et la fréquence de contact provient des instruments utilisés par Lefebvre -Girouard et al. (1986), Bellemare (1988), Lévesque et Cossette (1991), lors de recherches effectuées auprès de clientèle âgée. Ces instruments s'avèrent

d'autant plus utiles qu'ils ont subi des épreuves de validation très strictes auprès de juges compétents et ont été pré - testés.

Puisque cette recherche vise principalement à déterminer le niveau de tolérance, des modifications ont été apportées à la terminologie dans les échelles de mesure: les mentions “ très tolérable à très intolérable ” sont utilisées lorsque cela est pertinent. L'échelle de mesure principalement utilisée est celle de Likert à quatre degrés. Les deux premiers degrés portent sur la tolérance et les deux derniers sur l'intolérance.

Nous allons décrire maintenant plus en détail chacun des instruments de ces questionnaires: les variables mesurées, les instruments utilisés (auteur et date de parution) ainsi que leurs objectifs et leur structure, les épreuves de validité et de fidélité et la méthode de traduction s'il y a lieu. Le questionnaire est présenté en annexe.

2.2.3.1 - Proportion de RNL et degré d'atteintes cognitives

Une première partie du questionnaire cherche à déterminer le profil de la clientèle en fonction du degré d'atteinte cognitive (aucune, léger, modéré, sévère). Il est à noter que les résidents présentant des atteintes légères sont considérés comme RL pour l'étude. Ceux présentant des atteintes de modérées à sévères sont classés comme des RNL. Cette variable relative au degré de lucidité est mesurée à l'aide du Crichton Royal Behavioural Rating Scale (C.R.B.R.S.) originalement développé par Robinson (1965) et modifié par Charlesworth et Wilkin (1977-1981). Cette nouvelle version comprend une sous - échelle de trois items: les degrés d'orientation, de mémoire et de communication. Selon Wilkin et Jolley (1978), les épreuves de fidélité inter-juges ont produit des corrélations satisfaisantes. Une épreuve de

validité concomitante a été réalisée en comparant les scores obtenus à cette sous-échelle au diagnostic de démence et au test de statut mental de Hodkinson (1972). Le coefficient de corrélation est de 0,75 ($P = 0,001$) (Vardon & Blessed, 1986). Cet instrument a été retenu parce qu'il est facilement applicable et peut être complété à partir des comportements des résidents observables dans le quotidien.

2.2.3.2 - Fréquence de manifestations des comportements dysfonctionnels

L'instrument visant à mesurer la fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels est tiré de Bellemare (1988) pour ce qui regarde les douze comportements dysfonctionnels les plus souvent observés et de Lévesque et Cossette (1991) pour ce qui a trait à l'échelle de mesure. L'objectif est de déterminer l'indice de fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels. L'échelle de mesure est à quatre degrés: Jamais, quelques fois par mois, quelques fois par semaine, tous les jours. Dans l'étude de Bellemare les douze comportements dysfonctionnels tirés de l'étude de Meacher (1972) ont été validés auprès de dix juges: neuf de ces personnes étaient des infirmières avec maîtrise en sciences infirmières ou étudiante à ce niveau et une autre détenait une maîtrise en psychologie. Toutes possédaient de l'expérience auprès de la clientèle âgée. Les items ayant obtenu un degré d'accord de plus de 9/10 pour la pertinence et la clarté du langage ont été retenus.

2.2.3.3 - Situation de proximité avec des RNL

L'instrument visant à évaluer la situation de proximité est inspiré en grande partie de l'étude de Lévesque et Cossette (1991). Le répondant doit signaler si certains types de locaux existent dans leur résidence et si oui, s'ils sont exclusifs aux résidents lucides. L'échelle

mesurant ce dernier aspect est à quatre degrés et va de toujours à jamais.

2.2.3.4 - Variables socio-démographiques

Trois questions du questionnaire portent sur des variables socio-démographiques. Elles ont permis d'obtenir des renseignements sur l'âge, le sexe et le temps d'hébergement du RL. Cet instrument-maison a d'abord été prétesté auprès de quelques personnes âgées afin de s'assurer que les termes utilisés étaient bien compris. Les réponses à ces questions ont servi, dans un premier temps, à faire une analyse descriptive des données socio-démographiques des répondants et, dans un deuxième temps, à mettre en relation le temps d'hébergement et l'attitude de tolérance des résidents lucides envers les résidents non lucides et les comportements dysfonctionnels.

2.2.3.5 - Aspect volontaire du placement

Cette partie du questionnaire cherche d'abord à identifier auprès du RL la personne qui a influencé leur décision d'entrer en Centre d'Accueil. Quatre choix sont proposés au répondant: un professionnel me l'a conseillé (médecin, infirmière, travailleur social...); j'ai décidé moi-même; mon conjoint a décidé; mes enfants ont décidé. Une seconde question vise à déterminer le degré d'accord du RL à l'idée d'entrer en Centre d'Accueil à partir de quatre propositions. Ces questions sont une adaptation du questionnaire de Lefèvre-Girouard et al. (1986) dans son étude sur les comportements psychosociaux des personnes âgées hébergées. Lors de cette étude, la batterie de questionnaires a subi des tests préliminaires auprès de 150 personnes âgées; ces tests ont permis de reformuler plusieurs questions et de mieux les adapter à la mentalité des personnes âgées. De plus, des mini prétests effectués à diverses

étapes ont été suivis d'un prétest plus global auprès de quatre centres d'accueil sélectionnés au hasard. Suite à cela, des modifications mineures ont été faites au questionnaire.

Dans notre instrument, le terme “ foyer ” a été remplacé par “ Centre d'Accueil ” puisque le terme “ foyer ” est moins pertinent aujourd'hui. De plus, à la question: “ A l'idée de venir vivre en centre d'Accueil, étiez-vous?... ” les mentions “ On ne m'a pas demandé mon avis ” et “ Ne sait pas ” ont été retirés de l'échelle de mesure puisqu'ils allongeaient inutilement l'échelle et le risque de se cacher derrière le “ Je ne sais pas ” était grand. Puisque certains éléments ont été modifiés ou retirés, cet instrument a été prétesté.

2.2.3.6 - La santé perçue

La santé perçue a été observée à l'aide d'une seule question tiré de l'Enquête de Santé Québec: “Comparée aux autres personnes de même âge que vous, diriez-vous que votre santé est excellente; très bonne; bonne; moyenne; mauvaise?” Une question sur la perception de la santé du résident a été préférée à une évaluation médicale puisque les attitudes et les comportements sont davantage reliés à la perception que l'on a de notre santé qu'au diagnostic en lui-même. De plus, cette question a l'avantage d'être directe et facile à répondre.

2.2.3.7 - Attitude envers les MM

Il a été plus difficile de trouver un instrument pour mesurer l'attitude envers les maladies mentales. Les attitudes exprimées devaient être le reflet de la personnalité, puisque le cadre de référence de l'étude, appuyé par la théorie de la continuité, précise qu'au fur et à mesure que l'individu avance en âge, il est de plus en plus porté à assurer la continuité dans

ses attitudes et ses comportements qui deviennent partie intégrante de sa personnalité.

Bien que Antonak et Livneh (1988) présentent un répertoire très élaboré d'instruments de mesure d'attitudes envers les gens qui ont des handicaps d'ordre physique, mental, intellectuel, aucun n'était vraiment adapté et applicable à cette recherche effectuée auprès d'une clientèle âgée hébergée. Certains étaient trop longs, trop restrictifs à un milieu, hors contexte ou ne reflétaient tout simplement pas de façon globale la personnalité.

Toutefois, le CAMI, instrument développé au début des années 80 par Taylor et Dear (1982), a retenu mon attention. Le CAMI est un instrument qui touche les dimensions caractérielles d'autorité, de bienveillance, de restriction sociale et d'esprit communautaire. Cet instrument présente une bonne validité de construit, est pertinent par rapport au contexte de cette recherche et est facile d'application auprès des personnes âgées. De plus, il a fait l'objet d'une traduction française et d'une analyse de validation en français et en anglais. Cependant, il apparaît qu'aucun moyen n'a été mis en oeuvre pour évaluer ou contrer l'effet de désirabilité sociale, ce qui constitue un biais important. La version française adaptée et utilisée lors d'une étude conduite au centre de recherche du Centre Hospitalier Douglas par Dulac, Corin, Murphy (1988) a été réutilisée pour la présente étude.

Le répondant doit exprimer son accord ou son désaccord sur 24 énoncés proposés sur une échelle de mesure de type Likert à 5 degrés. L'analyse des réponses détermine le degré d'autoritarisme, de bienveillance, de restriction sociale ou d'esprit communautaire envers la maladie mentale. Parmi les énoncés, trois sont à connotation positive (déterminant l'attitude) et trois autres à connotation négative (ne déterminant pas l'attitude) pour chacune des quatre

attitudes évaluées. Les énoncés à connotation positive sont cotés de 5 à 1 et ceux à connotation négative de 1 à 5; ainsi, l'intensité de chacune des attitudes se situe de 6 à 30.

La dimension autoritaire est décrite comme: imposition/obéissance à une vision unique et non négociable d'un phénomène, avec une référence au contrôle social.

Les énoncés retenus ayant une connotation positive sont:

Les malades mentaux doivent être contrôlés par des professionnels.

Toute personne ayant déjà eu des problèmes de santé mentale devrait être écartée des fonctions publiques.

Une des causes de la maladie mentale est un manque de volonté et de discipline personnelle.

Les énoncés à connotation négative:

Les malades mentaux sont bien moins dangereux que les gens les supposent généralement.

Nous devons adopter une attitude beaucoup plus tolérante envers les malades mentaux dans notre société.

En pratique tout le monde peut être atteint de maladie mentale.

La dimension bienveillance réfère à une disposition favorable envers l'objet mais sans implication - responsabilité personnelle.

Les énoncés à connotation positive retenus pour cette dimension sont:

Les malades mentaux ont été pendant trop longtemps sujets de plaisanterie.

Nous avons la responsabilité de procurer les meilleurs soins possibles aux malades mentaux.

On devrait consacrer plus d'argent des contribuables, pour les soins et le traitement des malades mentaux.

Les énoncés ayant une connotation négative sont les suivants:

Les malades mentaux sont un poids pour la société.

Je ne voudrais pas être le voisin de quelqu'un qui aurait été un malade mental.

L'accroissement des dépenses consacrés aux services en santé mentale est un gaspillage de l'argent des contribuables.

La dimension restriction sociale réfère à l'idée de mise à l'écart et à l'enfermement.

Les énoncés à connotation positive retenus pour cette dimension sont les suivants:

Le malade mental devrait être isolé du reste de la communauté.

Aussitôt qu'une personne montre des signes de désordres mentaux, elle devrait être hospitalisée.

La meilleure façon de prendre en charge les malades mentaux, c'est de les confiner derrière les portes barrées.

Les énoncés à connotation négative sont:

La meilleure thérapie pour plusieurs patients est de faire partie de la communauté.

L'établissement de services en santé mentale dans un quartier résidentiel ne met pas en danger les résidents locaux.

La plupart des femmes qui ont déjà fait un séjour dans un hôpital psychiatrique sont en mesure de prendre soin des enfants.

La dimension esprit communautaire se définit comme étant liée à l'idée de retour des patients dans la communauté.

Les énoncés à connotation positive retenus pour cette dimension sont:

Les malades mentaux devraient être encouragés à mener une vie normale.

Autant que possible, les services en santé mentale devraient être assurés par le biais de ressources établies dans la communauté.

Nos hôpitaux psychiatrique ressemblent plus à des prisons qu'à des endroits où l'on peut prendre soin des malades mentaux.

Les énoncés à connotation négative sont:

Implanter des services en santé mentale dans un quartier résidentiel dégrade le quartier.

Demeurer dans un quartier résidentiel est peut-être une bonne thérapie pour les malades mentaux, mais c'est faire courir un trop grand risque aux résidents.

C'est apeurant de penser qu'il y a des personnes qui ont des problèmes de santé mentale et qui vivent dans le quartier. " (tiré de Dulac et al.1988).

2.2.3.8 - Connaissance de la déficience cognitive

Cet instrument mesure les connaissances que les résidents lucides ont de la déficience cognitive. Ils ont à signifier leur degré d'accord (tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord, tout à fait en désaccord) sur onze énoncés négatifs du phénomène de la confusion. En conséquence, le fait d'être à un niveau d'accord élevé avec ces énoncés signifie que les connaissances sur la déficience cognitive sont faibles. Le score minimal est de 11 et le maximal est 44. Les énoncés de cet instrument sont intégralement tirés de l'étude de Lévesque et Cossette (1991) sur la dynamique de la cohabitation avec des personnes atteintes de troubles cognitifs dans les Centres d'Accueil.

Les quatre premières questions font référence à la dimension affective, les quatre suivantes à la dimension comportementale et les trois dernières à la dimension cognitive. Tout comme les autres instruments de cette étude, la validité de l'instrument sur les connaissances a été établie en demandant à cinq juges compétents en expérience gériatrique et spécialistes en méthodologie de recherche d'évaluer chaque item (formulation, clarté et compréhension des questions par la population cible) de vérifier le déroulement logique du questionnaire, sa durée et le maintien de l'intérêt du répondant. De plus, cet instrument a été l'objet d'un deuxième examen de validité auprès de six cliniciennes spécialisées en soins gériatriques et de onze étudiantes de maîtrise en sciences infirmières. Seuls les énoncés pour lesquels au moins 90% d'entre elles avaient répondu correctement ont été retenus. Par surcroît, le même instrument a été prétesté auprès de 50 résidents de deux centres d'accueil publics francophones de Montréal par des intervieweuses expérimentées. Ce prétest a permis de vérifier entre autres la formulation, la clarté du langage, et la compréhension des questions

par la population cible. Elles ont examiné la distribution de fréquence des énoncés et effectué des analyses d'homogénéité (alpha de Cronbach) sur les données recueillies. L'analyse de consistance interne du questionnaire indique un coefficient alpha de Cronbach de 0,75.

2.2.3.9 - Fréquence de contacts avec les RNL

Une seule question permet de mesurer cette variable: “ Vous arrive-t-il d'être en contact avec des résidents “ confus ” ? ” Le répondant doit se prononcer sur l'échelle de mesure de 1 (jamais) à 4 (tous les jours). Comme nous l'avons mentionné antérieurement, le terme “ confus ” est utilisé pour s'assurer d'une meilleure compréhension de la question par les personnes âgées. Cet instrument a été prétesté auprès de la clientèle âgée d'un centre d'accueil ne participant pas à l'étude.

2.2.3.10 - Fréquence de contacts des RL avec des comportements dysfonctionnels des RNL

La fréquence de contacts des RL avec des comportements dysfonctionnels des RNL a été mesurée à l'aide d'un instrument utilisant la liste des comportements dysfonctionnels de l'étude de Bellemare (1988). L'objectif étant de mesurer la fréquence des expériences directes de comportements dysfonctionnels de la part des RL, la fréquence de chacun des comportements suggérés a été cotée sur une échelle de 0 à 4. Cet instrument a été validé par Bellemare de la même façon que celui mesurant la proportion de RNL avec des comportements dysfonctionnels. C'est pourquoi cet instrument n'a pas eu à être prétesté à nouveau.

2.2.3.11 - Tolérance des RL envers les RNL

Une seule question mesure de façon globale le niveau de tolérance des RL face à la cohabitation avec des personnes “confuses”. Le RL doit exprimer s’il trouve : 1- très tolérable, 2- tolérable, 3- intolérable, 4- très intolérable, le fait de vivre avec des personnes confuses. Bien que la formulation de la question soit tirée de l'étude de Lévesque et Cossette (1991), cet instrument a été prétesté puisque l'échelle de mesure est un construit-maison pour les besoins spécifiques de la présente étude.

2.2.3.12 - Tolérance des RL envers les comportements dysfonctionnels

Les 11 énoncés de comportements dysfonctionnels sont repris afin de mesurer principalement le niveau de tolérance du RL envers les comportements dysfonctionnels. Ainsi il est possible de vérifier lesquels de ces comportements sont les moins tolérés.

Pour les fins d'analyse de cette variable, le score peut varier de 1 à 4; plus le score est élevé, plus le niveau de tolérance est élevé. Pour les mêmes motifs mentionnés plus haut, cet instrument a été prétesté.

Tableau 2-2. Composantes du questionnaire destiné aux intervenants

Instrument utilisé	Variables mesurées	Nombre de questions	Contenu	Validation	Échelle
CRBRS	a) Proportion de RNL b) Proportion d'atteintes cognitives plus ou moins sévères	2	Orientation Mémoire Communication	oui cf. section 2.2.3.1	0-4:orientation 0-3:mémoire 0-4:communication
Bellemare (1988) Lévesque et Cossette (1991) pour l'échelle de mesure	Fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels	1	Présentation de 14 agissements inadéquats	oui cf. section 2.2.3.2	1-jamais 2-quelques fois par mois 3-quelques fois par semaine 4-tous les jours
Adapté de Lévesque et Cossette	Proximité	1	a) Si certains locaux existent dans la résidence b) Si ces locaux sont réservés aux RL	oui cf. section 2.2.3.3	a) oui-non b) 1=toujours 2=souvent 3=parfois 4=jamais

Tableau 2-3. Composantes du questionnaire destiné aux RL

Instrument utilisé	Variables mesurées	Nombre de questions	Contenu	Validation	Échelle
	Socio - démographiques	1	- âge - sexe - temps d'hébergement	Non; a été prétesté cf.section 2.2.3.4	
CAMI	Attitude envers les MM	24	Divers opinions sur la santé mentale, les malades mentaux et services à leur offrir	oui cf. section 2.2.3.7	Selon l'analyse des réponses
Lévesque et Cossette (1991)	Connaissances de la déficience cognitive	11	a)Dimension affective (4) b)Dimension comportementale (4) c)Dimension cognitive (3)	oui cf.section 2.2.3.8	1-Tout à fait d'accord 2-Plutôt d'accord 3-Plutôt en désaccord 4-Tout à fait en désaccord
Lévesque et Cossette (1991)	Fréquence de contacts avec RNL	1		oui cf.section 2.2.3.9	1-Jamais 2-Quelques fois par mois ou moins 3-Quelques fois par semaine 4-Tous les jours
Adapté de Lévesque et Cossette (1991)	Tolérance des RL envers les RNL	1	Tolérance exprimée face à la cohabitation avec des RNL	Non a été prétesté. cf.section 2.2.3.11	1-Très intolérable 2-Intolérable 3-Tolérable 4-Très tolérable
Bellemare (1988)	Fréquence de contact avec des comportements dysfonctionnels	1	Présentation de 11 " agissements inadéquats "	oui cf. section 2.2.3.10	Selon Lévesque et Cossette(1988) 1-Jamais 2-Quelques fois par mois 3-Quelques fois par semaine 4-Tous les jours

Instrument utilisé	Variables mesurées	Nombre de questions	Contenu	Validation	Échelle
Adapté de Bellemare (1988)	Tolérance des RL envers les comportements dysfonctionnels	1	Tolérance exprimée face au contact avec des "agissements inadéquats" des personnes "confuses"	oui a été prétesté car l'échelle est modifiée cf. section 2.2.3.12	1-Très intolérable 2-Intolérable 3-Tolérable 4-Très tolérable
Adapté de Lefebvre-Girouard (1986)	Aspect volontaire de placement	2	1)Gens qui ont influencé la décision 2)Degré d'accord	oui; a été prétesté car certains items ont été adaptés; cf. section 2.2.3.5	1-Tout à fait en désaccord 2-En désaccord 3-Plutôt d'accord 4-Tout à fait d'accord
Enquête Santé-Québec	Santé perçue	1	Perception de la santé en comparaison avec des gens du même âge	oui cf.section 2.2.3.6	1-Mauvaise 2-Moyenne 3-Bonne 4-Très bonne 5-Excellente

2.3 LE PRÉTEST

Les instruments de mesure qui n'étaient pas, au préalable, prétestés ou validés ou qui ont été modifiés ont été prétestés auprès de personnes âgées qui cohabitent avec des RNL dans une résidence similaire aux résidences sélectionnées pour la recherche. Cette dernière n'a pas été retenue pour l'étude puisque, administrativement, elle ne fait pas partie d'un CHSLD.

Ce prétest a permis de vérifier la clarté du langage des questions et d'y apporter les corrections nécessaires.

2.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Bien que les objectifs poursuivis et la méthodologie utilisée ne comportent aucun risque important pour les répondants, un certain nombre de précautions éthiques ont été prises.

Le chercheur s'est engagé à fournir les informations sur l'objectif et la méthodologie de la recherche et à rassurer les sujets sur leurs droits à l'anonymat et à la confidentialité ainsi que sur la possibilité de se retirer de l'étude en tout temps. Les sujets ont pu ainsi fournir un consentement ou un refus éclairé quant à leur participation à la recherche. Un consentement écrit a été demandé à chaque répondant avant d'entreprendre l'entrevue. De plus, l'anonymat et la confidentialité de chaque résidence et de chaque résident ont été préservés puisqu'un seul

numéro permet de les identifier et que les fichiers seront détruits une fois la recherche complétée.

2.5 LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

Bien que cette étude ait été menée avec un grand souci méthodologique, elle comporte certaines limites qu'il importe de signaler.

Limite 1: Dissemblances entre les résidences sélectionnées

Comme nous l'avons déjà mentionné, les résidences sélectionnées pour cette étude sont considérées similaires en raison de leur équivalence en nombre d'heures-soins et de leur ressemblance quant à la philosophie d'intervention. Toutefois, elles ne peuvent être identiques à tous les points de vue dans la pratique quotidienne, puisque, entre autres, le personnel et les styles d'intervention sont différents. Il est difficile de contourner cette limite. Il aurait fallu consacrer beaucoup de temps pour comparer les trois établissements et ceci aurait dépassé les limites de cette recherche. Toutefois, certains éléments de dissemblance ont été observés lors des entrevues et seront soulignés lors de l'analyse.

Limite 2: Disparité entre les sujets RNL

Par ailleurs, l'échantillon final est difficile à prévoir car les sujets font partie d'une clientèle vulnérable. En effet, les admissions, les hospitalisations et les décès sont des faits

inattendus qui peuvent avoir un impact sur la proportion des RNL au moment de la collectes des données auprès des RL. C'est pourquoi l'investigatrice a pris soin de rechercher les données reliées à l'environnement et à la personne dans un délai d'au plus quinze jours. Les sujets qui ont une durée d'hébergement de trois mois et plus sont admissibles à cette recherche. Toutefois la capacité d'adaptation à un nouveau milieu peut être plus difficile pour certains et dépasser la période de trois mois prévue dans la littérature. Il était alors important de pouvoir contourner ce biais méthodologiques en demandant au représentant de l'établissement de nous indiquer les cas exceptionnels.

Limite 3: Désirabilité sociale

La désirabilité sociale est un biais que l'on rencontre souvent dans des recherches, principalement celles de type exploratoire ayant recours à l'entrevue; les sujets craignent d'être étiquetés, jugés ou veulent se conformer à ce qu'ils croient être plus socialement acceptable. Nous avons pris soin de rassurer les sujets sur la confidentialité et sur l'anonymat des données et leur avons dit que les dossiers seraient détruits à la fin de la recherche. De plus des directives précises ont été données aux intervieweurs sur la façon de mener l'entrevue. L'entrevue a été réalisée par des intervenants connaissant bien la clientèle gériatrique.

Limite 4: Biais de l'intervieweur

Le biais de l'intervieweur était aussi à contourner le plus possible. Pour ce faire, 75% des entrevues ont été réalisées par la même personne et deux autres personnes ont complété

les autres 25%.

Limite 5: Résultats non généralisables

Notre population se limite à un milieu restreint. Cet élément interdit de généraliser les résultats, mais apporte des éléments d'information très pertinents pour d'autres établissements de santé ayant sensiblement les même caractéristiques.

2.6 STRATÉGIE D'ANALYSE

Dans un premier temps, l'analyse sera descriptive et présentera la distribution des fréquences et les moyennes de chacune des variables à l'étude.

Dans un deuxième temps, une analyse confirmatoire des hypothèses sera faite afin de vérifier la relation entre les variables indépendantes et les variables dépendantes. Le coefficient de corrélation r de Pearson sera utilisé à cette fin. Les corrélations nous informent aussi sur l'intensité de la relation (faible, modérée, forte) et de la direction négative ou positive de leur association. Précisons que l'association entre deux variables n'implique pas nécessairement à une relation de causalité. De façon plus sommaire, les interactions significatives entre les variables indépendantes seront elles aussi précisés. De plus l'analyse de régression multiple avec la procédure Stepwise dégagera dans quelle mesure chacune des variables de l'étude a contribué au niveau de tolérance exprimé par les répondants. Afin de ne pas alourdir inutilement la présentation, seuls les résultats significatifs seront présentés.

Toutefois, tous les résultats pourront être consultés à l'annexe 8. Le seuil critique déterminé pour qu'une corrélation soit significative, a été fixé à 0,05 pour tous les résultats de l'étude.

3 RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats des analyses descriptives et confirmatoires des données de l'étude. Ces analyses permettront de vérifier si les hypothèses sont infirmées ou confirmées en plus de fournir un portrait de taille de l'échantillon étudié.

3.1 CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon se composait de 54 RL provenant de trois résidences d'un CHSLD du Saguenay. Tous les résidents admissibles ont accepté volontairement de participer à cette recherche. Les 54 sujets ont été rencontrés en entrevues individuelles et aucun sujet ni aucun questionnaire n'ont dû être rejetés. Les sujets participants étaient des hommes et des femmes; toutefois, l'analyse n'a pas pris en considération le sexe. Ces données sont disponibles si cela s'avérait utile.

A la résidence A, 25 résidents lucides sur 54 ont participé. A la résidence B, il y en a eu 12 sur 30 alors qu'à la résidence C nous en avons rejoint 17 sur 29. Soulignons que les RL admissibles étaient sélectionnés par les intervenants de leur résidence. Il est possible qu'un intervenant ait été plus sévère qu'un autre dans l'application des critères d'inclusion et d'exclusion. L'analyse confirmatoire n'a pas tenu compte de la répartition inégale des sujets selon les résidences, puisqu'elle se faisait de façon globale et ne mettait pas en comparaison les résidences. Par contre, l'analyse descriptive fournit les résultats pour chacune des trois résidences. Ceci nous permet de constater qu'il y a peut-être d'autres variables que les variables étudiées qui peuvent avoir des liens avec les niveaux de tolérance. On pourra

constater que certains tableaux faisant référence aux corrélations font mention d'une variable X1 pour résidence.

3.2 ANALYSE DESCRIPTIVE

Cette section présente les résultats descriptifs (distributions des fréquences et des moyennes) les plus pertinents sur chacune des variables de la présente étude. Elle indique aussi les différences et les ressemblances entre les trois milieux participant à l'étude.

3.2.1 - Proportion de résidents non lucides

La distribution de fréquence de la population non lucide présentant des déficits cognitifs dans le CHSLD participant a été réalisée à partir des informations fournies par les intervenants impliqués directement auprès des résidents. Tel qu'indiqué au chapitre sur la méthodologie, la clientèle a été catégorisée selon le CRBRS. Le tableau 3-1 présente le nombre et la proportion de résidents lucides et non lucides de chacune des résidences à l'étude (A-B-C) selon leur degré d'atteinte cognitive.

TABLEAU 3 - 1 - Résidents lucides et non lucides dans chaque résidence**Résidences: A n=84 B n=52 C n=49**

Degré d'atteinte	A		B		C		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Aucun déficit	42	(50)	17	(32,6)	21	(42,8)	84	(41,8)
Déficit léger	12	(14,3)	13	(25)	8	(16,4)	33	(18,6)
Déficit modéré	12	(14,3)	5	(9,7)	10	(20,4)	27	(14,8)
Déficit sévère	18	(21,4)	17	(32,7)	10	(20,4)	45	(24,8)
Total	84	(100)	52	(100)	49	(100)	185	(100)
Sous - Total (modérés et sévères)	30	(35,7)	22	(42,4)	20	(40,8)	72	(39,6)

On peut observer que 41,8% des sujets de la population totale ne présentent aucun déficit cognitif; 18,6% sont atteints d'un déficit léger; 14,8% souffrent des déficits modérés et 24,8% de déficits sévères. Rappelons que, dans le cadre de l'étude, les résidents ayant des déficits légers sont considérés comme des résidents lucides. La proportion de résidents non lucides avec déficits modérés et sévères est de 39,6 pour l'ensemble des résidences et ne diffère que légèrement selon les résidences (A= 35,7%, B= 40,8%, C= 42,4%).

3.2.2 - Proportion d'atteinte cognitive sévère

Puisqu'une des hypothèses affirme que la proportion d'atteinte cognitive sévère peut avoir un lien significatif avec le niveau de tolérance des RL, il apparaît important de présenter les données descriptives de cette variable. Le tableau 3-1 nous apprend que la proportion des

RNL est sensiblement la même dans les trois résidences mais que la proportion de résidents avec déficits sévères diffère. Notamment on peut remarquer que dans la résidence B, cette proportion est de 32,7%. À la résidence A elle atteint 21,4% et 20,4 à la résidence C. En ce qui regarde les proportions des RNL (modérés - sévères) des trois résidences, on remarque que la proportion d'atteinte sévère est près de deux fois supérieure à celle des déficits modérés à la résidence A et de trois fois et demie à la résidence B alors qu'elle est égale à la résidence C.

3.2.3 - Manifestations de comportement dysfonctionnels

La fréquence des manifestations de comportements dysfonctionnels chez les RNL (N = 72) a été évaluée par des intervenants dans chacune des résidences à l'aide d'une grille de 14 comportements dysfonctionnels qui leur avait été remise. Le tableau 3-2 présente la liste des comportements dysfonctionnels observés ainsi que le nombre et le pourcentage de RNL ayant manifesté ces comportements. À la droite du tableau, on retrouve le score total et le pourcentage des manifestations de chaque comportement.

TABLEAU 3-2 Résidents non lucides avec comportements dysfonctionnels dans chaque résidence

Résidences: A n=30 B n=22 C n=20 n (%)

Comportements dysfonctionnels		0-Jamais	1-Quelques fois par mois	2-Quelques fois par semaine	3- Tous les jours	Score total*
1- Erre	A	23 (76,7)	4 (13,3)	2 (6,7)	1 (3,3)	11 (12)
	B	11 (50,0)	2 (9,0)	2 (9,1)	7 (31,82)	27 (41)
	C	11 (55,0)	2 (10,0)	2 (10,0)	5 (25,0)	21 (35)
		Moyenne % 60,5	Moyenne % 10,8	Moyenne % 8,6	Moyenne % 20,0	Moyenne % 29,0
2- Gestes répétitifs	A	2 (6,7)	7 (23,3)	4 (13,3)	17 (56,7)	66 (70)
	B	6 (27,3)	2 (9,1)	2 (9,1)	12 (54,5)	42 (63)
	C	11 (55,0)	3 (15,0)	1 (5,0)	5 (25,0)	20 (30)
		Moyenne % 29,6	Moyenne % 15,8	Moyenne % 9,1	Moyenne % 45,4	Moyenne % 54,0
3- Fouille	A	28 (93,3)	2 (6,7)	----	----	2 (2)
	B	22 (100,0)	----	----	----	0 (0)
	C	14 (70,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	1 (5,0)	10 (16)
		Moyenne % 87,7	Moyenne % 7,2	Moyenne % 3,3	Moyenne % 1,6	Moyenne % 6,0
4-Mange malproprement	A	20 (66,7)	7 (23,3)	2 (6,7)	1 (3,3)	14 (15)
	B	19 (86,5)	1 (4,5)	----	2 (9,0)	7 (10)
	C	12 (60,0)	6 (30,0)	1 (5,0)	1 (5,0)	11 (18)
		Moyenne % 71,0	Moyenne % 19,2	Moyenne % 3,9	Moyenne % 5,8	Moyenne % 14,3
5-Paroles désobligeantes	A	18 (60,0)	12 (40,0)	-----	----	12 (13)
	B	18 (81,8)	3 (13,7)	1 (4,5)	----	5 (7)
	C	13 (65,0)	5 (25,0)	2 (10,0)	----	9 (15)
		Moyenne % 66,7	Moyenne % 26,2	Moyenne % 4,8	Moyenne % 0,0	Moyenne % 11,6

Comportements dysfonctionnels		0-Jamais	1-Quelques fois par mois	2-Quelques fois par semaine	3- Tous les jours	Score total*
6-Marmonne sans arrêt	A	8 (26,7)	11 (36,7)	3 (10,0)	8 (26,6)	41 (45)
	B	16 (72,8)	1 (4,5)	----	5 (22,7)	16 (24)
	C	17 (85,0)	1 (5,0)	1 (5,0)	1 (5,0)	6 (10)
		Moyenne % 61,5	Moyenne % 15,4	Moyenne % 5,0	Moyenne % 18,1	Moyenne % 26,3
7-Gestes brusques	A	18 (60,0)	12 (40,0)	----	----	12 (13)
	B	20 (91,0)	1 (4,5)	1 (4,5)	----	3 (4)
	C	17 (85,0)	2 (10,0)	1 (5,0)	----	4 (6)
		Moyenne % 78,6	Moyenne % 18,1	Moyenne % 3,1	Moyenne % 0,0	Moyenne % 7,6
8-Urine partout	A	28 (93,4)	1 (3,3)	----	1 (3,3)	4 (4)
	B	19 (86,5)	1 (4,5)	----	2 (9,0)	7 (10)
	C	18 (90,0)	1 (5,0)	1 (5,0)	----	3 (5)
		Moyenne % 89,9	Moyenne % 4,2	Moyenne % 1,6	Moyenne % 4,1	Moyenne % 6
9-Bruit répétitif	A	26 (86,7)	----	----	4 (13,3)	12 (13)
	B	20 (91,0)	----	----	2 (9,0)	6 (9)
	C	19 (95,0)	1 (5,0)	----	----	1 (1)
		Moyenne % 90,9	Moyenne % 1,6	Moyenne % 0,0	Moyenne % 7,4	Moyenne % 7,0
10-Couche dans un autre lit	A	30 (100,0)	----	----	----	0 (0)
	B	20 (91,0)	1 (4,5)	----	1 (4,5)	4 (6)
	C	17 (85,0)	2 (10,0)	1 (5,0)	----	4 (6)
		Moyenne % 92,0	Moyenne % 4,8	Moyenne % 1,6	Moyenne % 1,5	Moyenne % 4

Comportements dysfonctionnels		0-Jamais	1-Quelques fois par mois	2-Quelques fois par semaine	3- Tous les jours	Score total*
11-Étend ses matières fécales	A	28 (93,4)	1 (3,3)	----	1 (3,3)	4 (6)
	B	21 (95,5)	1 (4,5)	----	----	1 (1)
	C	19 (95,0)	1 (5,0)	----	----	1 (1)
		Moyenne % 94,6	Moyenne % 4,2	Moyenne % 0,0	Moyenne % 1,1	Moyenne % 3
12-Interrompe/activités individuelles	A	19 (63,4)	10 (33,3)	----	1 (3,3)	13 (14)
	B	21 (95,5)	----	----	1 (4,5)	3 (4)
	C	14 (70,0)	4 (20,0)	2 (10,0)	----	8 (4)
		Moyenne % 76,3	Moyenne % 17,7	Moyenne % 3,3	Moyenne % 2,6	Moyenne % 7,3
13-Interrompe/activités sociales	A	23 (76,7)	6 (20,0)	----	1 (3,3)	9 (10)
	B	21 (95,5)	----	----	1 (4,5)	3 (4)
	C	14 (70,0)	4 (20,0)	2 (10,0)	----	8 (13)
		Moyenne % 80,7	Moyenne % 13,3	Moyenne % 3,3	Moyenne % 2,6	Moyenne % 9,0
14-Se promène nu	A	30 (100,0)	----	----	----	0 (0)
	B	21 (95,5)	----	----	1 (4,5)	3 (3)
	C	17 (85,0)	3 (6,6)	----	----	3 (5)
		Moyenne % 93,5	Moyenne % 2,2	Moyenne % 0,0	Moyenne % 1,5	Moyenne % 3,0
Moyenne globale %		6,6	12,0	3,3	8,4	Scores totaux A 415 (33) B 179 (19,37) C 169 (19,05)

*peut varier de 0 à 90(rés.A)de 0 à 66 (rés.B) de 0 à 60 (rés.C)

**La score total est la somme des produits du nombre de sujets et de la cote attribuée pour chaque catégorie
Le % est établi entre la score total et la score maximale que l'on peut obtenir pour chaque résidence.

On constate qu'un fort pourcentage (76,6 %) de RNL ne manifestent jamais de comportements dysfonctionnels. Globalement et de façon décroissante, ce sont les comportements tels "faire des gestes répétitifs (54 %)", "errer (29 %)" et "marmotner (26 %)" qui semblent être les comportements les plus souvent manifestés.

Par ailleurs, on note que la fréquence des comportements dysfonctionnels n'est pas la même dans chaque résidence. À la lumière des résultats obtenus, il apparaît que les comportements dysfonctionnels les plus fréquemment manifestés à la résidence A sont des comportements reliés à de l'inactivité. La résidence B se distingue particulièrement lorsqu'il s'agit de comportements tels que: errer (41 %), faire des gestes répétitifs (63 %). Quant à la résidence C, on observe plus souvent qu'aux deux autres résidences des comportements associés à de l'activité: Errer (35 %), fouiller (16 %), se promener nu (5 %). Il est difficile d'expliquer cette variance, puisque nous ne savons pas à quel moment de la journée ce comportement se manifeste le plus souvent. On peut supposer que l'errance se manifeste surtout la nuit et que l'utilisation de moyens de contentions chimiques ou physiques au coucher contribue, à la résidence A, à contrer l'errance. Malheureusement nous n'avons pas de données nous permettant de confirmer une telle supposition.

Les observations portent à croire que les résidences ont des façons différentes de gérer leur clientèle " confuse ". A titre d'exemple, l'utilisation de fauteuils gériatriques peut contribuer à diminuer certains comportements dysfonctionnels tels: errance, uriner partout, se coucher dans le lit d'un autre résident mais favoriser les manifestations de

comportements associés à de l'inactivité.

En résumé, comme nous l'apprend le tableau 3-3, l'indice de fréquence de comportements dysfonctionnels manifestés par les RNL est de 14,28 (34,0 %) à la résidence A, 9,07 (21,6 %) à la résidence B et 7,8 (18,6 %) à la résidence C, sur un indice maximal de 42 (100,0 %). Précisons que l'indice a été calculé pour chacune des résidences en prenant la somme des scores totaux divisés par le nombre de répondants.

TABLEAU 3-3 INDICE DE FRÉQUENCE DE COMPORTEMENTS DYSFONCTIONNELS

Résidences: A n=30 B n=22 C n=20

Indice de fréquence de comportements dysfonctionnels manifestés par les RNL*	A	B	C
	14,28 (34,0)	9,07 (21,6)	7,80 (18,6)

* L'indice est la moyenne de la somme des scores totaux de tous les comportements dysfonctionnels. Il peut varier de 0 à 42

3.2.4 Situation de proximité

Afin d'établir la situation de proximité des RL avec les RNL, nous avons tenu compte de l'aménagement physique, des salles et des endroits communautaires. Parmi les établissements observés, la résidence C n'offre que des chambres privées à sa clientèle. Moins de 10% des résidents des établissements A et B doivent partager leur chambre avec un autre résident; toutefois le profil biopsychosocial est minutieusement considéré lors du jumelage. Dans les trois résidences, la salle de toilette est partagée avec le résident de la chambre adjacente.

La partie gauche du tableau 3-4 indique si oui ou non il existe un tel lieu dans l'établissement; si oui, la colonne de droite nous informe si c'est un endroit qui est toujours, souvent, parfois ou jamais réservé aux lucides seulement.

TABLEAU 3-4 SITUATION DE PROXIMITÉ DES RL ET RNL DANS CHAQUE RÉSIDENCE *

Lieux communs	Présents dans ch. résidence		Réservés aux lucides			
	oui	non	1-Toujours	2-Souvent	3-Parfois	4-Jamais
Salle d'activités	A B C				B C	A
Chapelle	A	B C				A
Grand salon	A B C					A B C
Salle à manger	A B C					A B C
Salle de t.v.	A B C					A B C
Salle de t.v./ unité	A B C					A B C
Salle d'activités/unité		A B C				
Petits salons/unité	A B C					A B C
Une cour intérieure	A C	B			A C	
Un balcon	B C	A			C	B

* Les résidences sont identifiées par A-B-C-

Nous pouvons constater que la quasi totalité des lieux communs ne sont jamais réservés aux lucides seulement. Toutefois, lors d'occasions spéciales, la salle d'activités (résidence B-C), la cour intérieure (résidence A-C) et le balcon (résidence C) sont parfois réservés aux résidents lucides.

En résumé, la situation de proximité telle qu'illustrée au tableau 3-5 est très élevée dans chacune des résidences avec un indice variant de 3.37 à 3.87, alors que le score

minimal est de 1 pour très faible et 4 pour très élevé.

TABLEAU 3-5 INDICE DE LA SITUATION DE PROXIMITÉ DES RL AVEC LES RNL DANS CHAQUE RÉSIDENCE*

Indice de situation de proximité entre RL et RNL*	Résidence A	Résidence B	Résidence C
	3,87	3,37	3,75

* L'indice de proximité peut varier de 1 à 4 soit de très faible à très élevé

3.2.5 - Attitude envers les maladies mentales

Pour déterminer l'attitude envers les maladies mentales, nous nous sommes appuyés sur les réponses des répondants à une série de 24 questions; les répondants devaient exprimer leur degré d'accord ou de désaccord (sur une échelle de Likert à cinq degrés) avec un énoncé touchant leurs attitudes et leurs comportements envers les maladies mentales. Les énoncés évaluent quatre dimensions: l'autoritarisme, la restriction sociale, la bienveillance et l'esprit communautaire. Chaque dimension a une connotation positive ou négative.

Le tableau 3-6 permet de prendre connaissance des distributions de fréquence des réponses à ces énoncés. Par ailleurs, le tableau 3-7 fournit une analyse globale des attitudes des répondants de chaque résidence envers les maladies mentales.

TABLEAU 3.6 L'ATTITUDE GÉNÉRALE DES RL ENVERS LES MALADIES MENTALES DANS CHAQUE RÉSIDENCE

VARIABLES	(n=25)A n(%)	(n=12)B n(%)	(n=17)C n(%)	n=54 TOTAL n(%)
AUTORITARISME À CONNOTATION POSITIVE				
Besoin de contrôle				
Accord	21(84)	10(83)	13(76)	44(81)
Désaccord	4(16)	2(16)	4(24)	10(19)
Écartés des fonctions publiques				
Accord	11(44)	7(58)	7(41)	25(46)
Désaccord	14(36)	5(42)	10(59)	29(54)
Discipline/volonté				
Accord	3(12)	4(34)	4(24)	11(20)
Désaccord	22(88)	8(66)	13(76)	43(80)
AUTORITARISME À CONNOTATION NÉGATIVE				
Moins de danger que supposé				
Accord	18(72)	8(66)	12(70)	38(70)
Désaccord	7(28)	3(34)	5(29)	15(30)
Plus de tolérance				
Accord	25(100)	11(92)	17(100)	53(100)
Désaccord	--(--)	1(8)	--(--)	1(--)
Tous peuvent le devenir				
Accord	24(96)	12(100)	17(100)	53(98)
Désaccord	1(4)	--(--)		1(2)
BIENVEILLANCE À CONNOTATION POSITIVE				
Davantage d'argent				
Accord	23(92)	10(83)	14(82)	47(87)
Désaccord	2(8)	2(16)	1(5)	5(9)
Trop sujet de plaisanterie				
Accord	24(96)	11(91)	13(76)	46(85)
Désaccord	1(4)	1(8)	4(23)	6(11)
Meilleurs soins				
Accord	25(100)	12(100)	17(100)	54(100)
Désaccord	--(--)	--(--)	--(--)	--(--)
BIENVEILLANCE À CONNOTATION NÉGATIVE				
Poids pour la société				
Accord	15(60)	9(75)	10(58)	34(63)
Désaccord	10(40)	3(25)	7(41)	20(37)
Gasillage d'argent				
Accord	1(4)	3(25)	3(17)	7(13)
Désaccord	24(96)	9(75)	14(82)	47(87)
Pas être voisin				
Accord	13(52)	8(66)	7(41)	28(52)
Désaccord	12(48)	4(34)	10(58)	26(48)

VARIABLES	(n=25)A n(%)	(n=12)B n(%)	(n=17)C n(%)	n=54 TOTAL n(%)
ESPRIT COMMUNAUTAIRE À CONNOTATION POSITIVE				
Services assurés ds communauté				
Accord	17(68)	5(41)	14(82)	36(67)
Désaccord	8(32)	7(58)	3(17)	18(33)
Mener une vie normale				
Accord	19(76)	7(58)	12(70)	38(70)
Désaccord	6(24)	5(41)	5(29)	16(30)
Hôpitaux = prisons				
Accord	11(44)	6(50)	6(36)	23(43)
Désaccord	14(56)	6(50)	11(64)	31(57)
ESPRIT COMMUNAUTAIRE À CONNOTATION NÉGATIVE				
Pas dans un quartier résidentiel				
Accord	9(36)	5(42)	6(36)	20(37)
Désaccord	16(64)	7(58)	11(64)	34(63)
Bonne thérapie mais risquée				
Accord	16(64)	9(75)	9(53)	34(63)
Désaccord	9(36)	3(25)	8(47)	20(37)
Apeurant d'y penser				
Accord	10(40)	6(50)	7(41)	23(43)
Désaccord	15(60)	6(50)	10(59)	31(57)

TABLEAU 3-7 INDICE DE L'ATTITUDE DES RL ENVERS LES MALADIES MENTALES, POUR CHAQUE RÉSIDENCE

Résidences: **A n= 25** **B n= 12** **C n= 17**

INDICE D'INTENSITÉ DE L'ATTITUDE DES RL ENVERS LES MALADIES MENTALES *				
ATTITUDES	A Moyenne (E.T.)	B Moyenne (E.T.)	C Moyenne (E.T.)	Ens. des rés. Moyenne (E.T.)
Autoritarisme (A)	12,96 (3,10)	14,08 (3,28)	13,29 (3,35)	13,44 (3,19)
Restriction sociale (Rs)	18,16 (4,88)	18,75 (4,00)	16,64 (3,37)	17,81 (4,27)
Bienveillance (B)	21,88 (3,46)	20,51 (3,18)	21,00 (3,74)	21,37 (3,46)
Esprit communautaire (Ec)	19,51 (4,35)	17,31 (4,35)	18,17 (4,03)	18,61 (4,27)
Attitudes négatives (A-Rs)	-15,56	16,41	14,86	15,61
Attitudes positives (B-Ec)	20,70	18,91	19,58	19,73

* L'intensité de l'attitude peut varier de 6 à 30 E.T.= écart-type

Le tableau 3-7 permet de constater que, dans l'ensemble, la force des attitudes exprimées est assez partagée et oscille entre le négatif et le positif. Cependant, les répondants ont davantage d'attitudes positives. Parmi les attitudes positives, c'est la bienveillance qui domine sur l'esprit communautaire, alors que pour les attitudes négatives c'est la restriction sociale.

3.2.6 - La santé perçue

Cette variable a été analysée à partir d'une seule question: " Comparée aux personnes âgées de votre âge, diriez-vous que votre santé est: mauvaise, moyenne, bonne, très bonne, excellente?" Les résultats présentés au tableau 3-8 montre que la majorité des résidents lucides considèrent leur santé de moyenne à bonne. En effet, 41 % (n=22) des répondants trouvent leur santé moyenne et 35 % (n=19) la trouvent bonne.

Par ailleurs 11 % (n=6) de l'échantillon total (n=54) qualifie leur santé de mauvaise, 7 % (n=4) de très bonne et 5 % (n=3) d'excellente.

TABLEAU 3-8 PERCEPTION DE SANTÉ DES RL DANS CHAQUE RÉSIDENCE

Résidences: A n=25 B n=12 C n=17 n (%)

Perception de la santé	A	B	C	Ensemble des résidences
1- Mauvaise	2 (8)	2 (17)	2 (12)	6 (11)
2- Moyenne	9 (36)	7 (58)	6 (35)	22 (41)
3- Bonne	11 (44)	3 (25)	5 (29)	19 (35)
4- Très bonne	2 (8)		2 (12)	4 (7)
5- Excellente	1 (4)		2 (12)	3 (5)
Total	25 (100)	12 (100)	17 (100)	54 (100)

Tel que décrit au tableau 3-9, l'indice de la perception de santé des RL est sensiblement la même dans chacune des résidences: résidence A= 2.64; résidence B= 2.1; résidence C= 2.76. (N.B. : l'indice peut varier de mauvaise à excellente soit, de 1 à 5).

TABLEAU 3-9 INDICE DE LA PERCEPTION DE LA SANTÉ DES RL DANS CHAQUE RÉSIDENCE

Indice de la perception de santé des RL*	A (E.T)	B (E.T)	C (E.T)	Ensemble des résidences (E.T)
	2,64 (0,90)	2,10 (0,71)	2,76 (1,20)	2,57 (0,98)

* L'indice peut varier de 1 à 5 soit de excellente à mauvaise

E.T= écart-type

3.2.7 - Aspect volontaire du placement

Le tableau 3-10 nous renseigne sur le degré d'accord des RL face à leur hébergement.

TABLEAU 3-10 L'ASPECT VOLONTAIRE D'HÉBERGEMENT DES RL DANS CHAQUE RÉSIDENCE

Résidences: A n=25 B n=12 C n=17

Aspect volontaire d'hébergement	A n (%)	B n (%)	C n (%)	Ensemble des résidences n (%)
1-Tout à fait en désaccord	--	3 (25)	4 (23)	7 (13)
2-En désaccord	5 (20)	3 (25)	1 (6)	9 (17)
3-Plutôt d'accord	8 (32)	5 (42)	3 (18)	16 (30)
4-Tout à fait d'accord	12 (48)	1 (8)	9 (53)	22 (40)
Total	25 (100)	12 (100)	17 (100)	54 (100)

Ce tableau permet de constater l'écart important des résultats d'une résidence à l'autre. Pour l'ensemble des résidences, 30% affirment qu'ils n'étaient pas d'accord avec le fait d'être hébergé, tandis que 70% déclarent qu'ils étaient d'accord. Parmi ces derniers, 30% ont rapporté qu'ils étaient plutôt d'accord et 40% ont mentionné avoir été tout à fait

d'accord.

Le tableau 3-11 démontre que les résidents de la résidence A (3,28) et ceux de la résidence C (2,76) étaient plutôt d'accord face à leur hébergement. Par ailleurs, un indice de 2,3 à la résidence B, indique que ses répondants n'étaient pas aussi positifs.

TABLEAU 3-11 INDICE DE L'ASPECT VOLONTAIRE D'HÉBERGEMENT DES RL DANS CHAQUE RÉSIDENCE

Indice de l'aspect volontaire d'hébergement des RL*	A (E.T)	B (E.T)	C (E.T)	Ensemble des résidences (E.T)
	3,28 (0,79)	2,30 (0,99)	2,76 (1,27)	3,03 (1,02)

* L'indice d'hébergement peut varier de 1 à 4 soit de très en désaccord à très d'accord. L'indice est la moyenne des scores obtenus des répondants pour chaque résidence.

E.T.= écart-type

3.2.8 - Durée d'hébergement

Comme nous le savons déjà, l'enquête a été faite dans trois résidences accueillant des résidents âgées lucides et non lucides. Bien que la politique actuelle soit la même, il est bon de préciser qu'au fil des années chaque établissement s'est adapté aux transformations du réseau de la santé et des services sociaux. La résidence A existe depuis près de trente ans, la résidence B a 25 ans, alors que la résidence C n'a que 15 ans. Certains parmi les répondants habitent ces résidences depuis l'ouverture. Il est donc important de connaître la durée d'hébergement de chacun des répondants, puisque tous n'ont pas vécu les mêmes situations depuis leur hébergement.

Le tableau 3-12 permet de constater de façon globale que 39% (n=21) vivent en centre d'accueil depuis cinq ans et plus, 24% (n=13) depuis 3 à 5 ans, 24% (n=13) depuis 1 à 3 ans et 13% (n=7) depuis 6 mois à 1 an. Les résultats démontrent aussi une variabilité importante d'une résidence à l'autre.

TABLEAU 3-12 DURÉE D'HÉBERGEMENT DES RL DANS CHAQUE RÉSIDENCE

Résidences: A n=25 B n=12 C n=17

Durée d'hébergement	A n (%)	B n (%)	C n (%)	Ensemble des résidences n (%)
1- 6 mois-1 an	1 (4)	3 (25)	3 (18)	7 (13)
2- 1 an - 3 ans	7 (28)	1 (8)	5 (29)	13 (24)
3- 3 ans à 5 ans	6 (24)	4 (33)	3 (18)	13 (24)
4- 5 ans et plus	11 (44)	4 (33)	6 (35)	21 (39)
Total	25(100)	12(100)	17(100)	54 (100)

TABLEAU 3-13 INDICE DU TEMPS D'HÉBERGEMENT DES RL DE CHAQUE RÉSIDENCE

Indice de durée d'hébergement des RL*	A (E.T)	B (E.T)	C (E.T)	Ensemble des résidences (E.T)
	3,08 (0,88)	2,75 (1,21)	2,70 (1,16)	2,90 (1,05)

* L'indice peut varier de 1 à 4 soit de 6 mois à 5 ans et plus

E.T= écart-type

Remarquons que l'indice de durée d'hébergement varie de 2,7 à 3,08. Ainsi, la durée moyenne d'hébergement serait approximativement de trois ans puisque l'indice peut

varier de 1 à 4. Le niveau 1 indique une durée de 6 mois à 1 an; 2= 1 à 3 ans; 3= 3 à 5 ans
4= 5 ans et plus.

3.2.9 - Niveau de connaissances de la déficience cognitive

Le tableau 3-14 fournit des informations sur le niveau des connaissances de la déficience cognitive selon les répondants des trois résidences (A-B-C). Il faut se rappeler que cette variable est constituée de onze questions présentant des énoncés faux. Par conséquent, plus le répondant est en désaccord, plus les connaissances sont élevées.

TABEAU 3-14 NIVEAU DE CONNAISSANCES DES RL SUR LES DÉFICITS COGNITIFS DANS CHAQUE RÉSIDENCE.

Résidences: A n=25 B n=12 C n=17

"Les personnes âgées confuses..."		1-Tout à fait d'accord (moyenne)	2-Plutôt d'accord (moyenne)	3-Plutôt en désaccord (moyenne)	4-Tout à fait en désaccord (moyenne)
1- N'ont pas de sentiment	A B C	28% 25% (23,67) 18%	8% 25% (20,67) 29%	40% 33% (32,33) 24%	24% 17% (23,33) 29%
2- Une approche affectueuse n'est pas efficace avec elles	A B C	20% --- (12,67) 18%	16% 25% (19,67) 18%	44% 50% (46,67) 46%	20% 25% (21,00) 18%
3- On ne peut rien faire pour les aider à part les laver, les habiller et les alimenter	A B C	16% 25% (23,33) 29%	28% 33% (23,67) 18%	32% 42% (32,67) 24%	24% --- (17,67) 29%
4- Ne sont pas capables d'avoir des comportements affectueux envers d'autres personnes	A B C	12% 33% (15,00) ---	40% --- (21,33) 24%	36% 58% (43,00) 35%	12% 8% (20,33) 41%
5- Se comportent bizarrement juste pour attirer l'attention	A B C	4% 8% (10,00) 18%	16% 25% (21,67) 24%	52% 50% (40,00) 18%	28% 17% (28,67) 41%
6- Par leurs comportements bizarres montrent qu'elles ne veulent pas s'améliorer	A B C	12% --- (6,00) 6%	20% 50% (35,00) 35%	52% 42% (37,33) 18%	16% 8% (21,67) 41%
7- Quand elles sont agressives, c'est parce qu'elles en veulent à la personne qui l'aborde	A B C	20% 8% (15,33) 18%	16% 3% (24,00) 53%	56% 33% (35,67) 18%	8% 25% (15,00) 12%

"Les personnes âgées confuses..."		1-Tout à fait d'accord (moyenne)	2-Plutôt d'accord (moyenne)	3-Plutôt en désaccord (moyenne)	4-Tout à fait en désaccord (moyenne)
8- Accusent les autres, car elles avaient l'habitude de le faire quand elles étaient jeunes	A B C	24% 17% (31,00) 35%	12% 42% (31,67) 41%	52% 25% (29,67) 12%	12% 17% (13,67) 12%
9- Peu importe ce qu'on leur fait, elles ne s'en rendent pas compte	A B C	32% 67% (41,00) 24%	28% 8% (27,67) 47%	24% 25% (25,67) 29%	16% --- (5,33) ---
10- Ne comprennent pas ce qu'on leur dit	A B C	24% 50% (34,33) 29%	44% 33% (33,67) 24%	28% 17% (28,67) 41%	4% --- (3,33) 6%
11- Ne peuvent retenir aucune information.	A B C	36% 50% (44,33) 47%	44% 33% (33,67) 24%	20% 17% (18,33) 18%	--- --- (4,00) 12%

Ce tableau permet de voir l'orientation des énoncés ayant servi à déterminer le niveau de connaissances des répondants de chaque résidence sur les déficits cognitifs. Il présente de façon détaillée la distribution des fréquences aux énoncés réparties sur quatre échelles de mesure. Nous y retrouvons la moyenne pour les trois établissements. Les résultats révèlent que les aspects le plus méconnus réfèrent à la dimension cognitive du phénomène de la confusion (énoncés: 9-10-11) alors que la dimension d'ordre affective semble mieux connue (énoncés: 1-2-3-4). Quant à la dimension comportementale (énoncés: 5-6-7-8), les connaissances sont partagées.

De façon plus spécifique, le tableau 3-15 présente l'indice du niveau de connaissances de chaque résidence. L'indice est la moyenne des scores des répondants de chaque résidence. Le score est la somme des cotes obtenues pour chaque énoncé; la cote attribuée à chaque énoncé variait de 1 à 4; ainsi dans un ordre croissant le score pouvait passer de 11 à 44.

Pour plus de précisions, l'indice a été rétabli en %. D'après le tableau 3-15, il est évident de constater que les connaissances sont plutôt faibles dans les trois résidences puisque les résultats passent de 41,8% à 49,5%.

TABLEAU 3-15 INDICE ET POURCENTAGE DES CONNAISSANCES DES RL SUR LES DÉFICITS COGNITIFS

Résidences: A n=25 B n=12 C n=17

Indice des connaissances des RL de la déficience cognitive de chaque résidence*	A	B	C	Ensemble des résidences
	(E.T)	(E.T)	(E.T)	(E.T)
	27,24	24,80	27,10	26,66
	(6,48)	(4,10)	(7,18)	(6,25)
Pourcentage des connaissances des RL de la déficience cognitive**	49,50%	41,80%	48,70%	46,66%

* L'indice peut varier de 11 à 44 soit de faible à élevée ** La médiane est 27,5 et équivaut à 50%

E.T= écart-type

3.2.10 - Fréquence de contacts avec les résidents non lucides

Le tableau 3-16 illustre la fréquence de contacts que les RL ont avec les RNL.

TABLEAU 3-16 FRÉQUENCE DE CONTACT DES RL AVEC DES RNL DANS CHAQUE RÉSIDENCE

Résidences: A n=25 B n=12 C n=17

Fréquence de contacts avec les RNL	A n (%)	B n (%)	C n (%)	Ensemble des résidences n (%)
1-Jamais	5 (20)	1 (8)	1 (6)	7 (13)
2-Quelques fois par mois	3 (12)	2 (17)	3 (18)	8 (15)
3-Quelques fois par semaine	5 (20)	2 (17)	9 (53)	16 (30)
4-Tous les jours	12 (48)	7 (58)	4 (23)	23 (43)
Total	25 (100)	12 (100)	17 (100)	54 (100)

A la lumière des réponses, nous pouvons constater que, dans l'ensemble, une forte proportion (73 %: n=39) affirme être en contact régulièrement avec des RNL. En effet, 30 % (n=16) affirment être en contact quelques fois par semaine et 43 % (n=23) le sont à tous les jours. La catégorie "jamais" regroupent sept répondants (13 %). Il est surprenant de constater qu'à la résidence A, 20% déclarent n'être jamais en contact avec les RNL, alors qu'aux deux autres résidences, la catégorie "jamais" n'atteint que 6% et 8%. Cette différence peut être due au fait que la résidence A est plus grande et plus étendue et peut ainsi permettre aux résidents de se retirer plus facilement. De plus, l'aménagement des lieux peut faire en sorte que les RNL sont rassemblés plus près du poste de soins, puisqu'ils demandent plus de surveillance, alors que les gens plus autonomes sont plus éloignés et conséquemment moins en contact direct avec les RNL. D'ailleurs lors des entrevues dans cette résidence, quelques résidents ont répondu spontanément : "Nous, on n'est pas en contact avec eux parce qu'eux, ils sont de l'autre côté, on ne les voit pas."

De façon globale, le tableau 3-17 démontre que la fréquence de contacts avec les RNL est assez élevée dans chacune des résidences, puisque l'indice de fréquence de contacts avec RNL passe de 2.94 à 3.25 alors que l'indice varie de 1 à 4 soit de "jamais" à "tous les jours".

TABLEAU 3-17 INDICE DE FRÉQUENCE DE CONTACTS DES RL AVEC DES RNL DANS CHAQUE RÉSIDENCE

Indice de fréquence de contacts des RL avec des RNL*	A	B	C	Ensemble des résidences
	(E.T)	(E.T)	(E.T)	(E.T)
	2,96	3,25	2,94	3,01
	(1,20)	(1,05)	(0,82)	(1,05)

* L'indice peut varier de 1 à 4 soit de "jamais" à "tous les jours". E.T= écart-type

3.2.11 - Fréquence de comportements dysfonctionnels observés par les RL

Le tableau 3-18 fait état de la fréquence de comportements dysfonctionnels manifestés par les RNL que les RL ont observés. La partie gauche du tableau présente onze comportements dysfonctionnels et l'échelle de mesure de jamais à très souvent (0 à 3) détermine la fréquence de contact des répondants avec ces comportements. La dernière colonne détermine le score total de chaque comportement.

TABLEAU 3-18 FRÉQUENCE DE COMPORTEMENTS DYSFONCTIONNELS OBSERVÉS PAR LES RL DANS CHAQUE RÉSIDENCE

Résidences: A n=25 B n=12 C n=17

Comportements dysfonctionnels		0-Jamais	1-Rarement	2-Souvent	3-Très souvent	Scores totaux*
1- Entre dans votre chambre	A	13 (52)	10 (40)	2 (8)	-- --	14 (18)
	B	1 (8)	7 (58)	1 (8)	3 (25)	18 (50)
	C	5 (29)	7 (41)	5 (29)	-- --	17 (33)
	Moyenne %	28,60	46,30	15,00	8,30	(34)
2- Prend vos choses	A	16 (64)	8 (32)	1 (4)	-- --	10 (13)
	B	6 (50)	5 (42)	1 (8)	-- --	7 (19)
	C	12 (71)	3 (18)	2 (11)	-- --	7 (13)
	Moyenne %	61,60	30,60	7,60	0,00	(15)
3-Se couche sur votre lit	A	19 (76)	6 (24)	-- --	-- --	6 (8)
	B	8 (66)	4 (33)	-- --	-- --	4 (11)
	C	15 (75)	2 (12)	-- --	-- --	2 (4)
	Moyenne %	88,00	23,00	0,00	0,00	(8)
4-A des paroles désagréables	A	16 (64)	6 (24)	3 (12)	--	12 (16)
	B	4 (33)	5 (42)	1 (8)	2 (17)	13 (36)
	C	10 (59)	4 (23)	1 (6)	2 (11)	12 (23)

Comportements dysfonctionnels		0-Jamais	1-Rarement	2-Souvent	3-Très souvent	Scores totaux*
		Moyenne %	52,00	29,60	8,60	9,30
5-Interrompt vos activités	A	21 (84)	3 (12)	1 (4)	-- --	5 (6)
	B	7 (58)	5 (42)	-- --	-- --	5 (14)
	C	11 (65)	5 (29)	1 (6)	-- --	7 (14)
	Moyenne %	69,00	27,60	3,30	0,00	(11)
6-A des gestes brusques,	A	19 (76)	6 (24)	-- --	-- --	6 (8)
	B	9 (75)	3 (25)	-- --	-- --	3 (8)
	C	8 (47)	7 (41)	2 (11)	-- --	11 (22)
	Moyenne %	66,00	30,00	3,60	0,00	(13)
7-Crie, se lamente à haute voix	A	10 (40)	7 (28)	4 (16)	4 (16)	27 (36)
	B	4 (33)	3 (25)	4 (33)	1 (8)	14 (39)
	C	10 (59)	4 (23)	2 (11)	1 (6)	11 (22)
	Moyenne %	44,00	25,30	20,00	10,00	(32)
8-Marmonne sans arrêt	A	12 (48)	8 (32)	5 (20)	-- --	18 (24)
	B	2 (16)	5 (42)	4 (33)	1 (8)	16 (44)
	C	10 (59)	5 (29)	1 (6)	1 (6)	10 (20)
	Moyenne %	41,00	34,30	19,60	4,60	(29)
9-Urine partout	A	19 (76)	5 (20)	1 (4)	-- --	7 (9)
	B	7 (58)	2 (16)	2 (16)	1 (8)	9 (25)
	C	11 (65)	3 (18)	2 (11)	1 (6)	10 (20)
	Moyenne %	66,40	18,00	10,30	4,60	(18)
10-Se promène tout nu	A	19 (76)	4 (16)	2 (8)	-- --	8 (11)
	B	6 (50)	6 (50)	-- --	-- --	6 (17)
	C	12 (70)	5 (29)	-- --	-- --	5 (9)
	Moyenne %	65,3	31,6	2,6	0,0	(12)

Comportements dysfonctionnels		0-Jamais	1-Rarement	2-Souvent	3-Très souvent	Scores totaux*
11-Mange malproprement	A	12 (48)	7 (28)	3 (12)	3 (12)	22 (29)
	B	2 (16)	2 (16)	4 (33)	4 (33)	22 (6)
	C	9 (53)	4 (23)	4 (33)	-- --	12 (23)
	Moyenne %	39,00	22,33	22,60	15,00	
Moyenne globale %		56,40	28,98	10,63	4,50	<u>Scores totaux</u> A 135 (16,36) B 117 (29,39) C 104 (18,48)

* peut varier de 0 à 75 (rés.A), de 0 à 36 (rés.B), de 0 à 51 (rés.C). Le score total est obtenu en multipliant la cote par le nombre de sujets. Le % est établi en divisant le score total par le score maximum et le score maximal que l'on peut obtenir dans chaque résidence.

Le score total est obtenu en multipliant la cote par le nombre de sujets. Conséquemment, si tous les répondants de la résidence A (n=25) étaient en contact très souvent (cote 3) la cote totale serait 75 soit 100 %. Considérant la moyenne globale obtenue pour chaque catégorie, nous remarquons qu'un fort pourcentage n'est jamais en contact (56,40) ou rarement (28,98). Par ailleurs, les comportements tels “ entre dans votre chambre ” (34 %), “ crie, se lamente à haute voix ” (32 %), “ marmonne sans arrêt ” (29 %) seraient de façon globale les plus souvent rencontrés. Plus particulièrement, soulignons que la fréquence de contacts avec différents types de comportements contraste selon la provenance des répondants.

Suite à l'analyse descriptive pour chacun des comportements dysfonctionnels listés, il convient de s'interroger sur l'indice de fréquence de contact avec des comportements dysfonctionnels manifestés par des RNL de façon générale. Le tableau 3-19 en fait mention. Il démontre que la fréquence de contacts n'est pas très élevée, puisqu'elle varie de 5,84 (résidence A), 9,33 (résidence B), 5,94 (résidence C) alors que cet indice peut passer de 0 à 33 soit de jamais à très souvent.

Ce sont les répondants de la résidence B qui rapportent être le plus fréquemment témoins de manifestations de comportements dysfonctionnels.

TABLEAU 3-19 INDICE DE FRÉQUENCE DE COMPORTEMENTS DYSFONCTIONNELS OBSERVÉS PAR LES RL POUR CHAQUE RÉSIDENCE

Indice de fréquence de comportements dysfonctionnels observés par les RL*	A	B	C	Ensemble des résidences
	Moyenne % (E.T.)	Moyenne % (E.T.)	Moyenne % (E.T.)	Moyenne % (E.T.)
	5,40 - 16,36 % (4,78)	9,70 - 29,39 % (4,57)	6,10 - 18,48 % (4,57)	6,64 - 21,40% (4,81)

* L'indice de fréquence est la somme des scores totaux, divisée par le nombre de répondants (moyenne) et peut varier de 0 à 33 et de 0% à 100%.

E.T= écart-type

L'indice a été calculé en additionnant les scores totaux de chaque comportement et en divisant le nombre obtenu par le nombre de répondants de chaque résidence. Les scores totaux sont obtenus en multipliant le nombre de répondants de chaque catégorie avec la cote (0-3) attribuée à cette dernière et ceci pour chacun des comportements.

3.2.12 - Tolérance des RL envers les RNL

Une variable dépendante de cette recherche porte sur le niveau de tolérance des RL envers les RNL. Une seule question a été utilisée pour analyser cette variable: " Le fait de vivre avec des personnes " confuses " est-ce que vous trouvez cela : très intolérable, intolérable, tolérable, très tolérable ". Pour l'ensemble des établissements visités, il convient de souligner qu'une proportion importante (37 %) des RL trouve intolérable ou très intolérable de vivre avec des RNL alors qu'elle atteint 75 % à la résidence B.

À cette étape-ci de l'analyse, il est difficile d'expliquer une telle hausse à la résidence B. L'analyse confirmatoire mettant en lien cette variable dépendante avec plusieurs variables indépendantes nous éclairera peut-être davantage sur ce point.

TABLEAU 3-20 TOLÉRANCE DES RL ENVERS LES RNL
Résidences: A n=25 B n=12 C n=17

Niveau de tolérance	A n (%)	B n (%)	C n (%)	Ensemble des résidences
1- Très intolérable	3 (12)	7 (58)	4 (23)	14 (26)
2- Intolérable	3 (12)	2 (17)	1 (6)	6 (11)
3- Tolérable	15 (60)	3 (25)	11 (65)	29 (54)
4- Très Tolérable	4 (16)	--	1 (6)	5 (9)
Total	25 (100)	12 (100)	17 (100)	54 (100)

TABLEAU 3-21 INDICE DE LA TOLÉRANCE DES RL ENVERS LES RNL

Indice de la tolérance des RL envers les RNL*	A	B	C	Ensemble des résidences
	Moyenne % (E.T.)	Moyenne % (E.T.)	Moyenne % (E.T.)	Moyenne % (E.T.)
	2,80 - 70,0% (0,86)	1,66 - 41,5% (0,88)	2,52 - 63,0% (0,94)	2,33 - 58,3% (0,98)

* L'indice peut varier de 1 à 4 soit de très intolérable à très tolérable (25% à 100%)

E.T= écart-type

L'indice de tolérance des RL envers les RNL d'après le tableau 3-21 se situe à 2.8 à la résidence A, 1.66 à résidence B et 2.52 à la résidence C alors qu'elle peut varier de 1 à 4 soit de très intolérable à très tolérable. Ainsi c'est à la résidence B que les répondants

toléreraient plus difficilement les RNL, alors que les répondants de la résidence A affirment trouver cette cohabitation plus tolérable.

3.2.13 - Tolérance des RL envers les comportements dysfonctionnels

Dans le but de répondre à la question relative au niveau de tolérance envers les comportements dysfonctionnels, 11 comportements ont été retenus. Dans cette étude, contrairement à la façon dont Bellemare (1986) et Lévesque et Cossette (1988) ont traité cette variable, les répondants de la présente étude devaient répondre de façon spontanée s'ils trouvaient tel comportement très intolérable, intolérable, tolérable ou très tolérable; cela, indépendamment du fait qu'ils aient été ou non en contact avec certains de ces comportements, alors que les chercheurs cités ci-haut cherchaient à déterminer l'attitude des répondants envers un comportement dysfonctionnel avec lequel ils avaient été en contact.

Le tableau 3-22, présente la liste de onze comportements dysfonctionnel retenus ainsi que la distribution des fréquences et le pourcentage pour chaque catégorie des échelles de mesure (4). La colonne de droite fait mention des scores totaux et de la moyenne pour chaque comportement: Plus le score total est élevé, plus le niveau de tolérance est élevé. Le pourcentage maximum pour le score total est de 100 %; ainsi les catégories 1=25 %, 2=50 %, 3=75 % et 4=100 %,

TABLEAU 3-22 TOLÉRANCE DES RL ENVERS LES COMPORTEMENTS DYSFUNCTIONNELS DANS CHAQUE RÉSIDENCE

Résidences: A n=25 B n=12 C n=17

Comp. dysfonctionnels		1-Très intolérable n (%)	2-Intolérable n (%)	3-Tolérable n (%)	4-Très tolérable n (%)	Score total n (%)
1- Entre dans votre chambre	A	4 (16)	13 (52)	7 (28)	1 (4)	55 (55)
	B	8 (66)	3 (25)	1 (8)	-- --	17 (35)
	C	5 (29)	4 (23)	8 (47)	-- --	37 (55)
	Moyenne %	37,0	33,3	27,7	1,3	(48)
3- Se couche sur votre lit	A	7 (28)	11 (44)	7 (28)	-- --	50 (50)
	B	6 (50)	4 (33)	2 (16)	-- --	20 (42)
	C	7 (41)	2 (12)	8 (47)	-- --	35 (51)
	Moyenne %	39,7	29,7	30,3	0,0	(48)
4- A des paroles désa- gréables envers vous	A	2 (8)	12 (48)	10 (40)	1 (4)	60 (60)
	B	4 (33)	5 (42)	3 (25)	1 (6)	23 (48)
	C	3 (18)	5 (29)	8 (47)	1 (6)	41 (60)
	Moyenne %	19,7	39,7	37,3	3,3	(56)
5- Interrompt vos activités	A	3 (12)	13 (52)	9 (36)	-- --	56 (56)
	B	2 (17)	8 (66)	2 (17)	-- --	24 (50)
	C	1 (6)	9 (53)	7 (41)	-- --	40 (59)
	Moyenne %	11,7	57,0	31,3	0,0	(55)
6- A des gestes brusques	A	9 (36)	11 (44)	5 (20)	-- --	46 (46)
	B	7 (58)	3 (25)	2 (16)	-- --	19 (40)
	C	8 (47)	6 (35)	3 (18)	-- --	29 (43)
	Moyenne %	47,0	34,7	18,0	0,0	(43)
7- Crie,se lamente	A	5 (20)	11 (44)	9 (36)	-- --	54 (54)
	B	5 (42)	3 (25)	4 (33)	-- --	23 (48)
	C	2 (12)	10 (59)	5 (29)	-- --	37 (54)
	Moyenne %	24,7	42,7	32,7	0,0	(52)

Comp. dysfonctionnels		1-Très intolérable n (%)	2-Intolérable n (%)	3-Tolérable n (%)	4-Très tolérable n (%)	Score total n (%)
8- Marmonne sans arrêt	A	5 (20)	11 (44)	9 (36)	— —	54 (54)
	B	5 (42)	4 (33)	3 (25)	— —	22 (46)
	C	2 (12)	7 (41)	8 (47)	— —	40 (59)
	Moyenne %	24,7	39,3	36,0	0,0	(53)
9- Urine partout	A	5 (20)	14 (56)	6 (24)	— —	51 (51)
	B	6 (50)	3 (25)	3 (25)	— —	21 (44)
	C	9 (53)	5 (29)	3 (18)	— —	28 (41)
	Moyenne %	41,0	36,7	22,3	0,0	(45)
10- Se promène tout nu	A	4 (16)	11 (44)	10 (40)	— —	56 (56)
	B	5 (42)	2 (16)	5 (42)	— —	24 (50)
	C	8 (47)	6 (35)	3 (18)	— —	29 (43)
	Moyenne %	35,0	31,7	33,3	0,0	(50)
11- Mange malproprement	A	4 (16)	14 (56)	7 (28)	— —	53 (53)
	B	4 (33)	5 (42)	3 (25)	— —	23 (48)
	C	5 (29)	3 (18)	9 (53)	— —	38 (56)
	Moyenne %	26,0	38,7	35,3	0,0	(52)
Moyenne globale%		27,9	34,9	27,7	0,4	<u>Scores totaux</u> A 535 (49) B 216 (40) C 354 (47)

* Le score total est la somme du produit du nombre de répondants dans chaque catégorie et de la cote attribuée à chaque catégorie(1-4); ainsi le score totale maximale rés.A=100, rés.B=48, rés.C=68.

De façon globale, le tableau 3-22 montre qu'un pourcentage élevé de répondants (62,8%) manifestent de l'intolérance envers les comportements dysfonctionnels. En effet 27,9 affirment trouver cela très intolérable et 34,9 trouvent cela intolérable. Selon les répondants, les comportements tels " avoir des gestes brusques " (47 %) et " uriner partout " (41 %) sont jugés particulièrement très intolérables.

En observant le score total pour chaque comportement, nous remarquons que les répondants manifestent très peu de tolérance pour chacun des comportements. En effet le taux de tolérance moyen varie de 43 % à 56 %. Par ailleurs, si les RNL ont des gestes brusques, le taux de tolérance baisse à 43 % et à 45 % s'ils urinent partout.

De façon plus spécifique, les répondants des résidences A et C tolèrent plus facilement que ceux de la résidence B les gestes qui briment leur intimité tels: " entre dans votre chambre " (A=55, B=35, C=55), " se couche sur votre lit " (A=50, B=42, C=51), " interrompt les activités " (A=56, B=50, C=59). Le fait de manger malproprement serait aussi davantage toléré dans ces deux résidences: A=53, B=48, C=65.

Toutefois, à la résidence B on tolère (56 %) que les RNL mangent malproprement car disent-ils " On ne mange pas avec eux, on ne les regarde pas ".

Le tableau 3.23 résume l'indice de tolérance des répondants envers les comportements dysfonctionnels. Remarquons que l'indice est très faible pour les trois résidences:

A= 2,00 (50 %); B= 1,63 (40,75 %); C= 1,89 (47,20T).

TABLEAU 3-23 INDICE DE TOLÉRANCE DES RL ENVERS LES COMPORTEMENTS DYSFUNCTIONNELS DANS CHAQUE RÉSIDENCE

Indice de tolérance des RL envers les comportements dysfonctionnels manifestés par des RNL*	A	B	C	Ensemble des résidences
	Moyenne (%) [E.T]	Moyenne (%) [E.T]	Moyenne (%) [E.T]	Moyenne (%) [E.T]
	2,00 (50,0) [0,58]	1,63 (40,75) [0,58]	1,89 (47,20) [0,42]	2,01 (50,25) [0,54]

* L'indice est la somme des scores totaux divisée par le nombre de répondants et redivisée par le nombre de comportements (moyenne). L'indice peut varier de 1 à 4 (25 % à 100 %)

Face à ces résultats, on peut conclure que c'est à la résidence B que le niveau de tolérance est le plus bas. Soulignons que les réflexions spontanées exprimées lors des entrevues laissent croire que chaque établissement peut avoir sa façon particulière de gérer les comportements dysfonctionnels, mais qu'il n'en demeure pas moins qu'il y a encore beaucoup à faire pour améliorer la situation.

3.3 ANALYSE CONFIRMATOIRE

L'analyse confirmatoire permettra, en premier lieu, de déterminer s'il existe des

liens significatifs entre les variables personnelles et environnementales et le niveau de tolérance de la population étudiée envers les RNL et leurs comportements dysfonctionnels. De façon plus sommaire, les résultats significatifs des relations entre les variables indépendantes seront aussi présentées.

Dans un deuxième temps, cette analyse déterminera si les variables personnelles ont plus de poids que les variables environnementales sur le niveau de tolérance.

Dans un troisième temps, nous déterminerons si les réactions d'intolérance exprimées par les résidents lucides sont davantage tournées vers les comportements dysfonctionnels que vers les personnes non lucides elles-mêmes.

La liste des variables à laquelle le lecteur peut référer est présentée en annexe 7.

3.3.1 - Tolérance et variables personnelles

Une des hypothèses affirmait que certaines variables personnelles ont un lien significatif avec le niveau de tolérance des RL envers les RNL et aux comportements dysfonctionnels. Le tableau 3-24 montre qu'il existe une relation significative négative entre la restriction sociale et la tolérance envers les RNL ($r=-0,3736$; $p=0,005$) et une relation significative positive entre la connaissance de la déficience cognitive et la tolérance envers les RNL ($r=0,3319$; $p=0,005$). Conséquemment, moins les répondants ont une attitude de restriction sociale et plus ils ont des connaissances sur les déficits

cognitifs, plus ils sont tolérants envers les résidents non lucides. En d'autres mots, une attitude de restriction sociale est un bon prédicteur d'intolérance envers les RNL alors qu'une bonne connaissance de la déficience cognitive prédit une bonne tolérance des RNL. Les résultats des corrélations nous informent aussi que, de façon significative positive, les répondants qui ont une meilleure connaissance de la déficience cognitive ont aussi une plus grande tolérance envers les comportements dysfonctionnels ($r=.2779$; $r=0,042$).

Tableau 3-24 Corrélations entre les variables personnelles et la tolérance des RL envers les RNL et les comportements dysfonctionnels

Variables	Tolérance envers les RNL	Tolérance envers les CD
Autoritarisme	-,1433 p=0,301	-,0588 p=0,673
Bienveillance	,2528 p=0,065	,2048 p=0,137
Restriction sociale	-,3736 p=0,005 **	-,1928 p=0,162
Esprit communautaire	,1692 p=0,221	,1222 p=0,379
Santé perçue	,0516 p=0,711	,0561 p=0,687
Aspect volontaire	,1133 p=0,415	-,1966 p=0,154
Durée d'hébergement	,0969 p=0,486	-,0605 p=0,664
Connaissances	,3319 p=0,014 *	,2779 p=0,042 *
Fréquence contact avec RNL	-,1173 p=0,398	-,1346 p=0,332
Fréquence contact avec cd	-,2079 p=0,131	-,0868 p=0,533

* significatif à $p \leq 0,05$; ** significatif à $p \leq 0,01$

3.3.2 - Tolérance et variables environnementales

En regard de l'hypothèse qui affirmait qu'il existe une relation significative entre certaines variables environnementales et le niveau de tolérance des RL envers les RNL

et leurs comportements dysfonctionnels, le tableau 3-25 montre qu'il existe une relation significative négative entre la proportion de RNL ($r=-,3773$; $p=0,005$), la proportion d'atteinte sévère de déficits cognitifs ($r = -,4238$; $p=0,001$) et la tolérance envers les RNL.

De plus, il existe un lien significatif positif entre la fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels ($r=,3304$; $p=,0,015$), la proximité ($r=,4524$; $p=0,001$) et la tolérance envers les RNL.

Tableau 3-25 Corrélations entre les variables environnementales et la tolérance des RL envers les RNL et les comportements dysfonctionnels.

Variables	Tolérance envers les RNL	Tolérance envers les CD
Proportion de RNL	-,3773 $p=0,005$ **	-,2089 $p=0,129$
Proportion d'atteinte sévère	-,4238 $p=0,001$ ***	-,2262 $p=0,100$
Fréquence de manifestations de CD	,3304 $p=0,015$ *	,1847 $p=0,181$
Situation de proximité	,4524 $p=0,001$ ***	,2448 $p=0,074$

* significatif à $p \leq 0,05$; ** significatif à $p \leq 0,01$; *** significatif à $p \leq 0,001$

En résumé, on constate que la proportion de RNL et d'atteinte sévère de déficits cognitifs augmente le niveau d'intolérance envers les RNL. Il apparaît aussi que plus les répondants sont en situation de proximité avec les RNL et plus les manifestations de comportements dysfonctionnels sont fréquents, plus les répondants sont tolérants envers les RNL. Pour l'ensemble de la population des trois résidences, on n'observe aucune relation significative entre les variables liées à l'environnement et la tolérance envers les comportements dysfonctionnels. Cependant, pour les répondants de la résidence A, il

existe un lien significatif négatif entre la tolérance envers les comportements dysfonctionnels et la proportion de RNL et la situation de proximité. Ainsi, à la résidence A, plus la proportion de RNL et la situation de proximité sont faibles, plus il y a tolérance envers les comportements dysfonctionnels. (réf. anx. 8). Précisons que ce résultat ne peut être généralisé puisqu'il ne fait référence qu'à une partie de la population à l'étude.

3.3.3 - Relations entre les variables indépendantes

Bien que les interactions entre les variables n'apparaissent pas dans le modèle conceptuel, il est intéressant d'ajouter cet élément comme complément aux analyses déjà présentées pour le bénéfice des futures recherches sur le sujet. Nous nous limitons ici à la présentation des interactions significatives les plus pertinentes. Les résultats détaillés sont produits en annexe 8.

Les répondants qui ont une attitude d'autoritarisme manifestent davantage de restriction sociale et moins d'esprit communautaire; de plus, ils ont aussi moins de connaissance de la déficience cognitive. Par ailleurs, les répondants exprimant une attitude de bienveillance auraient davantage d'esprit communautaire; on note aussi un lien significatif positif entre l'esprit communautaire et la connaissance de la déficience cognitive.

Soulignons que les répondants ayant une attitude bienveillante se disent en meilleure santé et sont moins en contact avec des manifestations de comportements dysfonctionnels. Sans vouloir tirer de conclusion définitive, on peut penser que les répondants en meilleure santé ont aussi la possibilité de s'éloigner plus facilement des résidents qui manifestent des comportements dysfonctionnels. On peut également supposer que les répondants qui connaissent mieux le phénomène de la "confusion" ne perçoivent pas les "agissements bizarres" des RNL comme inadéquats et en font davantage abstraction.

On observe également des relations significatives négatives entre les proportions de

RNL et d'atteinte cognitive sévère et la fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels. Il apparaît que les manifestations de comportements dysfonctionnels sont moins fréquentes même lorsque la proportion de RNL ou d'atteinte sévère est plus élevée.

Toutefois il existe un lien significatif positif entre la fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels et la situation de proximité. Ce résultat laisse entendre que les manifestations de comportements dysfonctionnels seraient davantage associées à la situation de proximité qu'au nombre de RNL. (voir annexe 8)

3.3.4 - Poids des variables personnelles et des variables environnementales sur le niveau de tolérance

L'hypothèse affirmant que les variables personnelles ont plus de poids que les variables environnementales sur le niveau de tolérance a été vérifiée à l'aide de l'analyse de régression multiple avec une procédure Stepwise visant à déterminer la contribution de chaque variable à la prédiction du niveau de tolérance. La régression Stepwise est une méthode qui vérifie une à une les variables en entrant celles qui ont le plus de signification et ce en tenant compte de la configuration du modèle.

De cette analyse illustrée aux tableaux 3-26 et 3-27, il se dégage que c'est principalement la situation de proximité, avec une corrélation directionnelle positive qui contribue le plus à la tolérance envers les RNL. En second lieu, l'attitude de restriction sociale y contribue aussi fortement, mais négativement. De plus, la tolérance envers les RNL a aussi une forte contribution positive sur la tolérance envers les comportements dysfonctionnels.

Bref, l'hypothèse citée plus haut n'est pas confirmée puisqu'il ressort qu'une variable personnelle et une variable environnementale contribuent fortement à prédire le niveau de tolérance. Il est tout de même intéressant de constater que plus la situation de proximité est élevée, plus la tolérance est grande; plus les répondants ont une attitude générale de restriction sociale, moins ils sont tolérants envers les RNL.

Tableau 3-26 - Régression multiple en fonction de la tolérance des RL envers les RNL et les comportements dysfonctionnels

(Corrélations) et coefficients

Variables	Tolérance envers les RNL	Tolérance envers les CD
Autoritarisme		
Bienveillance		
Restriction sociale		
Esprit communautaire	2. (-,790) p = 0,0046** R ² = 0,32142	
Santé perçue		
Aspect volontaire		
Durée hébergement		
Connaissances		
Contact avec RNL		
Contact avec c.d.		
Proportion RNL		
Proportion Att. sévère		
Manifestation c.d.		
Proximité	1. (2,1425) p = 0,0005*** R ² = 0,20464	
Tolérance RNL		1. (.886) p = 0,0112* R ² = 0,11731
Tolérance c.d.		

* significatif à $p \leq 0,05$;

** significatif à $p \leq 0,01$;

*** significatif à $p \leq 0,001$

R² pour déterminer le % de la variance expliquée.

3.3.5 - Les réactions d'intolérance sont davantage tournées vers les comportements dysfonctionnels

Un retour sur les tableaux 3-20 et 3-23 de la section 3.2 de l'analyse descriptive permet de remarquer, que le niveau de tolérance envers les RNL (tableau 3-20) est supérieur à celui relatif aux comportements dysfonctionnels (tableau 3-23). De plus les corrélations du tableau 3-27 nous informent que la tolérance envers les comportements dysfonctionnels prédit partiellement la tolérance envers les RNL. Toutefois, l'inverse n'est pas vrai : la tolérance envers les RNL ne prédit pas la tolérance envers les comportements dysfonctionnels.

Ceci permet de confirmer l'hypothèse qui affirme que ce sont davantage les comportements dysfonctionnels qui sont la source de réactions d'intolérance que les RNL. Il semble toutefois, que ce serait davantage les types de manifestations de comportements dysfonctionnels que le nombre de manifestations qui susciteraient des réactions d'intolérance chez les RL (ref. section 3.2.3).

4 DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

4.1 DISCUSSION

L'objectif de cette recherche était de déterminer s'il existait des liens significatifs entre certaines variables caractérisant la personne et l'environnement et la tolérance envers les RNL et leurs comportements dysfonctionnels. La question était de savoir si l'intolérance était davantage attribuable à des aspects d'ordre personnel ou environnemental. De plus, cette recherche visait aussi à vérifier si c'était le RNL en tant que personne ou plutôt les comportements dysfonctionnels qui avaient le plus de poids sur les réactions d'intolérance.

La discussion se fera en gardant à l'esprit que conformément à la théorie de la continuité, les attitudes positives ou négatives tendent à se cristalliser avec l'avancement en âge et que, par ailleurs, selon la théorie de l'interaction symbolique, elles peuvent être attribuables à la personnalité ou à des aspects environnementaux

Dans un premier temps, un inventaire des principaux résultats descriptifs de cette étude sera présenté afin de mieux cerner les caractéristiques de la population à l'étude et ainsi mieux comprendre la discussion sur la vérification des hypothèses qui sera réalisée dans un deuxième temps

4.1.1 - Bilan descriptif des variables environnementales

La population visée était représentée par trois résidences d'un CHSLD accueillant en moyenne 39,6% de RNL dont 24,8% sont atteints de déficits sévères. D'après les réponses au questionnaire complété par des intervenants du milieu, il semble que les manifestations de comportements dysfonctionnels ne soient pas aussi importantes que l'on serait porté à le croire. L'analyse indique aussi que l'indice de ces manifestations est de

10 alors qu'elle peut varier de 0 à 42. Les RL vivent en situation de proximité très élevée. Très rares sont les endroits réservés exclusivement aux RL.

4.1.2 - Bilan descriptif des variables personnelles

En 1993, une étude de Brockington concluait que la majorité des répondants démontraient une attitude de bienveillance envers les personnes atteintes de maladies mentales (PMM). Une minorité se montrait intolérant. Notre étude arrive à la même conclusion. Toutefois, l'attitude positive n'est pas aussi déterminante que dans l'étude précitée. Celle-ci a été menée auprès de clientèles plus jeunes. Tout comme Côté, Ouellet, Lachance, et Lemay (1992), Brockington a observé que plus l'âge est avancé, plus grande est l'intolérance.

Il ressort de la théorie de la continuité que certains aspects de la personnalité se cristallisent avec l'âge. Par ailleurs, certains facteurs dus aux changements biologiques et psychologiques peuvent venir ternir ou amplifier certains traits de la personnalité. La population étudiée regroupait des personnes âgées hébergées à cause de leur état de santé et de leur perte d'autonomie.

Dans l'étude actuelle, les répondants perçoivent leur santé de moyenne à bonne et sont plutôt d'accord avec l'idée d'entrer en centre d'accueil. Les répondants vivent en centre d'accueil en moyenne depuis 3 à 5 ans.

Certaines études dont celle de Doris, S. et Brown, R. (1980) affirment que le caractère volontaire d'une décision contribue fondamentalement à un niveau de tolérance plus élevé. En regard de la durée de séjour, Bellemare (1988) disait que l'acceptation ou le rejet des RNL variaient sans référence à la durée de placement. Par ailleurs Seltzer (1984) Magin et Foucher (1990) concluaient que les contacts prolongés avec des PMM

avaient pour effet de diminuer les préjugés et l'intolérance et d'augmenter l'acceptation.

Les résultats portant sur ces variables (santé perçue, aspect volontaire d'hébergement, durée d'hébergement) n'ont pas permis d'établir de relations significatives avec le niveau de tolérance des répondants

L'inventaire des connaissances sur la déficience cognitive a permis de constater que les répondants en ont une connaissance très faible (48%). Cet élément sera développé plus longuement dans la section du bilan de l'analyse confirmatoire puisque nombre de chercheurs s'entendent pour conclure que le fait de mieux connaître est un facteur déterminant de l'attitude.

Selon Doris, S. et Brown, R. (1980), l'intérêt ainsi que la personnalité des intervenants dans leur domaine de spécialisation peuvent contribuer à influencer l'attitude de leur clientèle dans un sens positif ou négatif. De leur côté, Evans et al. relie l'intolérance envers les comportements dysfonctionnels au fait que dans les CHSLD il y a moins d'intervenants et que les comportements associés à la non lucidité y seraient plus difficilement gérés. Déjà en 1972, Meacher notait que les facteurs de variations d'attitude des personnes lucides face à leurs pairs non lucides étaient associés aux valeurs véhiculées dans le milieu.

Bien que, dans l'étude présente, la situation de proximité soit très élevée, nos répondants affirment n'être en contact que quelques fois par semaine avec des RNL et plutôt rarement avec des manifestations de comportements dysfonctionnels (indice d'environ 21%). Malgré ce faible indice de fréquence de contact avec des comportements dysfonctionnels, la tolérance envers ces comportements se situe au niveau de l'intolérable. De plus, il n'y a pas de liens significatifs entre ces deux variables. Conséquemment, le niveau de tolérance envers les comportements dysfonctionnels ne seraient pas reliés à la

fréquence de contact que les RL ont avec ces comportements. L'étude ne nous a pas permis de déterminer lesquels des comportements étaient les moins tolérés.

De façon générale, des onze comportements proposés, aucun n'est toléré. De façon plus spécifique, certains comportements sont jugés plus tolérables dans une résidence que dans l'autre. Face à cela on peut croire que les résidences ont des façons différentes de gérer les comportements dysfonctionnels.

4.1.3 - Bilan de l'analyse confirmatoire

L'analyse confirmatoire a permis d'établir des liens significatifs entre la tolérance et certaines variables de notre étude.

Relativement aux facteurs reliés de façon significative avec la tolérance envers les RNL et les comportements dysfonctionnels, les analyses font ressortir que la restriction sociale, le niveau des connaissances, la proportion de RNL, la proportion d'atteinte sévère, la fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels et la situation de proximité sont tous reliés significativement à la tolérance envers les RNL et les comportements dysfonctionnels.

4.1.3.1 - Liens significatifs avec le niveau de tolérance

Restriction sociale

L'étude de Dulac et al. (1988) fait remarquer que les gens restrictifs socialement croient que: "Ces malades sont marginaux; pour eux ces malades ne sont pas des personnes normales, car ils sont généralement incapables d'adopter des rôles sociaux

reconnus; de plus, ils constituent une menace et un danger pour la population."

Notre analyse sur les attitudes envers les MM a permis de constater que la restriction sociale était reliée négativement à la tolérance envers les RNL (-0,3736, $p=0,005$) Il s'ensuit que les répondants qui ont une attitude de restriction sociale expriment davantage d'intolérance envers les RNL.

Connaissances sur les déficits cognitifs

L'analyse a également fait ressortir un lien significatif positif entre la connaissance de la déficience cognitive et la tolérance envers les RNL (0,3319, $p=0,014$) et envers les comportements dysfonctionnels (0,2779, $p=0,042$). Plusieurs autres études arrivent aux mêmes résultats. De façon générale lors des études relatives aux attitudes envers les maladies mentales, (Ionescu, S. 1990; Brockington 1993; Seltzer 1994; Dorvil 1995) confirment que plus les gens connaissent la maladie et la personnes atteinte, plus l'attitude est favorable et, conséquemment, moins il y a d'opposition et d'intolérance. De façon plus spécifique, dans une recherche touchant le phénomène de cohabitation RL et RNL, Lévesque et Cossette (1988:page 104) affirmaient qu'un résident lucide qui a une bonne connaissance du phénomène de la confusion sera moins dérangé par les comportements dysfonctionnels et sera plus positif envers la cohabitation avec des RNL.

Puisque des liens très significatifs ont été observés, on saisit toute l'importance de rehausser le niveau des connaissances des RL et de continuer à développer les compétences en soins gérontogériatriques des intervenants.

Proportion de RNL et d'atteinte sévère

Plusieurs études ont tenté de déterminer de façon précise, la proportion idéale de

RNL et de RL à maintenir dans les CHSLD si l'on veut respecter à la fois les besoins des RNL et ceux des RL. En 1972, Meacher proposait une proportion de 50%. Il faut considérer que l'étude de Meacher date de plusieurs années. Ainsi la clientèle hébergée était peut-être plus autonome et le degré d'atteinte cognitive aussi sévère. La situation a beaucoup changé depuis. Il semble que d'années en années, la clientèle s'alourdisse davantage et que la principale cause d'alourdissement soit le nombre plus élevé de personnes atteintes de déficience cognitive.

Evans et al. (1982) Norvick (1988), recommandent que le pourcentage de personnes non lucides ne dépasse pas le seuil de 30% si l'on veut maintenir la qualité de vie optimale d'un milieu de vie.

Il ressort de notre étude que plus la proportion de RNL augmente, plus la tolérance diminue. Notre échantillon était composé de 39,6% de RNL, dont 24,8 % d'atteinte sévère et l'indice de tolérance des RL envers les RNL se situait à la limite inférieure de 58,3% et diminuait à 50,25% lorsqu'il s'agissait de tolérance envers les comportements dysfonctionnels.

A la suite de ces études et des résultats de la présente recherche, on peut avancer que la proportion de RNL ne devrait pas dépasser le seuil de 30% tout en maintenant à 15% la proportion de déficits sévères, puisque le degré d'intolérance devient beaucoup plus significatif lorsque le pourcentage d'atteinte sévère augmente.

Fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels

Face aux résultats précédents, il est peut-être étonnant d'observer une relation significative entre la fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels et la tolérance envers les RNL. En effet, plus les manifestations de comportements

dysfonctionnels augmentent, plus le niveau de tolérance des répondants tend à augmenter aussi. Ainsi, on peut supposer que si les comportements dysfonctionnels sont fréquents, cela signifie que les RL sont plus exposés, donc ils ont plus d'occasion de connaître la personne (RNL), de la comprendre et de l'accepter. À souligner cependant que le lien n'est pas significatif lorsqu'on relie la fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels au niveau de tolérance de RL envers les comportements dysfonctionnels. Le questionnaire concernant cet aspect a été complété par les intervenants. Il est possible que certaines manifestations soient observés par les intervenants, mais non par les résidents.

À mon avis, cette variable apporte peu d'éclairage sur l'objet de cette étude. Cet élément demeure un élément descriptif du milieu, mais l'exploration de cette variable au niveau de tolérance n'apporte rien de très valable. Il aurait été beaucoup plus concluant de voir ressortir un lien significatif lors de l'exploration sur la fréquence de contact des répondants avec les manifestations de comportements dysfonctionnels, mais ce ne fut pas le cas. Toutefois, Dorvil (1995) conclut dans sa recherche que la fréquence de contact est un élément déterminant de l'attitude positive envers les MM. À cela, Ionescu (1990) ajoute que les attitudes exprimées deviennent moins favorables lorsqu'il s'agit de comportements qui affectent les répondants.

Situation de proximité

Les résultats de notre étude démontrent une relation très significative et plutôt forte (0,45, $p=0,001$) entre la situation de proximité et le niveau de tolérance envers les RNL.

Baillargeon (1991) et Morin (1992) avaient aussi observé le même lien lors de leurs recherches. Ils concluent que la tolérance n'augmente que si on a l'occasion de côtoyer la différence et d'apprendre par le fait même à la mieux connaître. En bref, la proximité

favorise l'échange, augmente les occasions d'apprendre et conséquemment de mieux accepter. Dorvil (1995) conclut de son côté que la population est réticente à l'idée d'une proximité trop étroite.

À remarquer que notre étude ne dégage pas de lien significatif entre la proximité et la tolérance envers les comportements dysfonctionnels. Il apparaît alors que la proximité permettrait de favoriser la tolérance envers les RNL en tant que personne, mais pas nécessairement face à leurs comportements dysfonctionnels.

Ce constat rejoint la conclusion d'Ionescu (1990) qui affirme que ceux qui ont davantage de contacts avec les PMM sont plus favorables à l'intégration. Toutefois les attitudes exprimées deviennent moins favorables lorsqu'il s'agit de comportements qui affectent les répondants dans leur espace personnel.

4.1.3.2 - Poids des variables personnelles et environnementales sur le niveau de tolérance

Par cette recherche nous avons tenté de cerner en priorité les variables personnelles et environnementales susceptibles d'entretenir des liens significatifs avec le niveau de tolérance des RL envers les RNL et face au comportements dysfonctionnels.

Cette étude voulait aussi vérifier si les variables personnelles avaient plus de poids que les variables environnementales sur le niveau de tolérance des répondants. De l'analyse de régression Stepwise, il ressort que ce sont la restriction sociale et la situation de proximité qui déterminent le plus le niveau de tolérance. L'hypothèse n'est donc que partiellement confirmée. Par ailleurs, si on considère les interrelations entre les variables, on remarque que, de façon significative, les répondants qui expriment davantage de restriction sociale sont aussi de type autoritaire, expriment moins de bienveillance et d'esprit communautaire et ont aussi moins de connaissances de la déficience cognitive.

De plus, bien qu'ils soient aussi moins souvent en contact avec des manifestations de comportements dysfonctionnels, ils expriment plus d'intolérance envers les comportements dysfonctionnels.

Meacher souligne dans son étude de 1972 que c'est souvent un même petit groupe qui se plaint lorsqu'il est témoin de comportements dysfonctionnels. Sur la base de la théorie de la relation entre l'attitude et les comportements de Icek Ajzen (1977), il ne faut pas tirer de conclusions trop rapides, puisque le fait de ne pas se plaindre ne veut pas dire que l'on tolère pour autant.

Nos résultats rejoignent ceux d'une étude très poussée sur les comportements psychosociaux des personnes âgées hébergées de Lefebvre-Girouard et al. (1986) qui estiment que, compte tenu de l'existence de divers facteurs institutionnels, organisationnels, contextuels, individuels et connexes à maladie, à l'épisode plus ou moins réussi du placement et à l'univers relationnel qui se développe en hébergement, les comportements psychosociaux plus ou moins positifs sont plus fortement influencés par les caractéristiques individuelles que par les caractéristiques institutionnelles.

4.1.3.3 - Réactions d'intolérance et comportements dysfonctionnels

Plusieurs éléments permettent de croire que ce sont davantage les comportements dysfonctionnels qui suscitent de l'intolérance que les RNL en tant que personne. Quoiqu'il y ait peu de variables, mises à part les connaissances, qui ont des liens significatifs avec la tolérance envers les comportements dysfonctionnels, il apparaît que l'indice de tolérance envers les RNL est supérieur à celui reliés aux comportements dysfonctionnels dans les trois centres. De plus, l'analyse de régression met en évidence que la variable "tolérance envers les RNL" prédit fortement la tolérance envers les comportements dysfonctionnels. L'inverse n'est pas vrai. Ces éléments rejoignent les conclusions de

plusieurs chercheurs, dont celles de Meacher (1972). Evans et al. (1982) et Bellemare (1986), qui observent que ce sont particulièrement les comportements dysfonctionnels qui affectent les autres résidents. Bellemare (1986) ajoute que certains résidents peuvent être tolérants envers les RNL, mais exprimer beaucoup de rejet des comportements dysfonctionnels.

Puisque les résultats de la présente étude n'ont établi que peu de liens significatifs entre les variables étudiées et la tolérance envers les comportements dysfonctionnels, il serait important que des études ultérieures approfondissent ces liens.

4.2 RECOMMANDATIONS

Bien que les résultats de cette recherche ne puissent être généralisés, puisque l'enquête s'est déroulée dans un milieu restreint et avec un petit nombre de répondants (N=54), il nous semble possible de faire quelques recommandations tant pour la pratique que pour les études futures.

4.2.1 - Pour la pratique

1- Donner un programme de formation sur la déficience cognitive adapté aux intervenants, aux familles et aux résidents lucides afin de favoriser le développement d'attitudes positives envers les RNL et leurs comportements.

2- Bien informer sur la problématique de la déficience cognitive particulièrement les résidents de type autoritaire lesquels sont considérés d'après notre étude comme ayant moins de connaissances et moins de tolérance.

3- Développer des stratégies d'intervention et adapter l'environnement en fonction des manifestations de comportements dysfonctionnels les plus dérangeants plutôt que de prendre en considération l'ensemble des comportements. Toutefois, les stratégies utilisées devraient respecter le bien-être des RNL aussi bien que celui des RL.

4- Permettre l'errance nécessaire aux RNL pour libérer leur énergie dans des endroits sécuritaires et qui ne risquent pas d'entraver l'intimité du RL.

5- Aménager à proximité du poste des soins des chambres ou salles d'observation afin de pouvoir gérer plus facilement les comportements dysfonctionnels les plus dérangeants.

6- Éviter de dépasser le seuil de 30% de RNL et 15% d'atteintes sévères.

7- Favoriser les échanges entre RL et RNL afin de permettre aux RL de mieux connaître les RNL et conséquemment de mieux les accepter en évitant une proximité trop grande (ex. la chambre à coucher).

8- Planifier des rencontres régulières afin de permettre au personnel de discuter et de libérer leurs tensions et leurs préoccupations en regard des soins à prodiguer aux personnes atteintes de déficits cognitifs et aux autres résidents qui cohabitent avec eux.

9- Embaucher du personnel ayant des aptitudes avec la clientèle non lucide et qui manifeste de l'intérêt pour ce type de milieu.

10- Allouer aux unités des CHSLD des ressources financières et humaines nécessaires en tenant compte de la complexité de la problématique et de la charge de travail exigée.

4.2.2 - Recommandations pour les futures recherches

1- Bien que validé et assez précis, l'instrument CRBRS pour déterminer le niveau de lucidité devrait être complété par au moins trois intervenants différents par milieu et les résultats devraient être validés par la suite.

2- Les entrevues pour la collectes des données devraient être menées de préférence par une seule personne connaissant bien la clientèle âgée, mais non connue des résidents afin de limiter les biais de l'intervieweur et de désirabilité sociale.

3- Le Cami est un bon instrument pour mesurer l'attitude envers les maladies mentales, mais un peu long pour la clientèle âgée. Un instrument plus axé sur la tolérance générale et plus court aurait été plus adéquat. Des recherches dans ce sens se sont avérées infructueuses. A cet égard, un instrument pour évaluer le niveau général de tolérance pourrait être construit et mis en relation avec la tolérance envers les RNL et les comportements dysfonctionnels dans des recherches ultérieures.

4- Explorer d'autres éléments pouvant contribuer à l'intolérance envers les manifestations de comportements dysfonctionnels (état de santé, incapacité de se déplacer seul ou de se retirer, certains antécédents personnels, ambiance générale...).

5- Explorer d'autres éléments pouvant contribuer à provoquer des manifestations de comportements dysfonctionnels (visites à l'extérieur, visites de la famille, participation à certaines activités, médication...).

6- Explorer d'autres éléments pouvant agir sur le niveau de tolérance des RL envers les RNL (choix de la résidence, visite pré - admission, information donnée sur le type de clientèle du milieu, implication positive des familles...).

CONCLUSION

L'objectif de cette étude consistait à vérifier l'existence de relations significatives entre certaines variables personnelles et environnementales et le niveau de tolérance des RL envers des RNL qui cohabitent avec eux en CHSLD et envers leurs comportements dysfonctionnels. De plus, le but était aussi de déterminer si les variables personnelles avaient plus de poids que les variables environnementales sur le niveau de tolérance et si les réactions d'intolérance étaient davantage tournées vers les comportements dysfonctionnels que vers le RNL en tant que personne.

Les données sur les variables environnementales ont été recueillies au moyen de questionnaires sur les variables auprès d'intervenants oeuvrant dans chacune des trois résidences retenues pour l'étude. Les données sur les variables personnelles ont été colligées à l'aide d'un deuxième questionnaire présenté sous forme d'entrevue auprès de 54 RL.

A partir des résultats de l'étude, nous pouvons conclure que:

- Les RL ont une attitude sensiblement plus positive que négative envers les maladies mentales.
- De façon générale, les répondants perçoivent leur santé comme moyenne et se disent plus ou moins d'accord avec l'idée d'être hébergés en centre d'accueil.
- Les répondants ont un faible niveau de connaissance de la déficience cognitive et affirment être peu en contact avec les RNL et avec des comportements dysfonctionnels manifestés par ceux-ci.
- Une forte proportion de RL (38%) trouvent intolérables d'avoir à vivre avec des

RNL; par ailleurs, la situation est perçue comme encore plus intolérable lorsqu'il est question des comportements dysfonctionnels (62,8%).

- Deux variables personnelles sont significativement reliés à la tolérance envers les RNL. Ce sont: l'attitude de restriction sociale, de façon négative et les connaissances de la déficience cognitive qui sont reliés de façon positive tant à la tolérance aux RNL qu'aux comportements dysfonctionnels.
- Deux variables environnementales sont significativement reliées de façon négative à la tolérance envers les RNL. Ce sont : la proportion de RNL et la proportion d'atteinte sévère; deux autres y sont aussi significativement reliées mais de façon positive : la fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels et la situation de proximité.

Une analyse plus approfondie de ces résultats indique que ce sont les répondants exprimant une attitude de restriction sociale qui contribuent le plus à de l'intolérance envers les RNL. Par ailleurs, c'est la situation de proximité qui a la plus forte contribution positive sur l'attitude tolérante envers les RNL. Ce dernier constat peut s'expliquer du fait que les RL qui vivent à proximité des RNL ont l'occasion de les côtoyer davantage, de mieux les connaître et conséquemment de mieux les accepter.

Soulignons que les variables de notre étude ont permis d'établir très peu de liens significatifs entre le niveau de tolérance et les comportements dysfonctionnels. Puisque l'étude révèle qu'une forte proportion de RL (63%) affirment être intolérants envers les comportements dysfonctionnels, il serait utile que de nouvelles études s'efforçant d'identifier d'autres facteurs susceptibles d'agir de façon significative sur cet élément. Suite à cette étude, il apparaît évident que le dilemme se situe aujourd'hui beaucoup moins au niveau d'un choix à faire entre l'intégration ou la ségrégation des RL et RNL.

Considérant les deux théories qui orientent cette étude, il serait préférable de gérer la cohabitation en considérant des facteurs reliés à la personne et à l'environnement, tel que proposé dans la présente recherche.

En regard du contexte actuel des critères d'admission en CHSLD, de la complexité des problèmes de la déficience cognitive, de son caractère évolutif, il serait difficile de gérer de façon efficace les admissions ou les transferts; par exemple, certains peuvent être admis en CHSLD en fonction de problèmes associés à de la déficience cognitive et devenir, à la suite de traitements médicaux et d'encadrement psychosocial adaptés à leur besoin, beaucoup plus lucides et fonctionnels.

Conséquemment, il faudra être très vigilant et prudent face à un diagnostic de déficience cognitive et être appuyé d'un diagnostic et pronostic médical bien éclairé, si l'établissement choisit de s'orienter vers la ségrégation des RL et RNL. De plus, comme on l'a souvent remarqué, les transferts de milieu ou d'unité sont souvent accompagnés d'émotivité tant pour la famille que le résident lui-même.

Sur les bases des résultats de cette étude, il serait, à mon avis, souhaitable de gérer la cohabitation comme un contexte social et d'insister sur la gestion des comportements dysfonctionnels les plus dérangeants pour minimiser les manifestations d'inconfort des résidents.

De manière générale, il est permis d'affirmer que les objectifs de notre étude sont majoritairement atteints et que cette étude a permis de faire avancer la recherche dans le domaine.

De plus, cette étude a permis de cerner des éléments intéressants susceptibles d'apporter, aux intervenants et dirigeants des CHSLD aux prises avec la problématique

de cohabitation de RL avec des RNL, une réflexion et un support face à leurs prises de décision.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGERS, Cécile (1989). Étude du phénomène confusionnel chez les personnes âgées résidant en milieu institutionnel, Conseil de la santé et des services sociaux, région du Bas-saint-Laurent, de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, Rimouski, 141p.
- AJZEN, I., FISHBEIN, M. (1977). Attitude-Behavior Relations: A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research, Psychological Bulletin, 84, 5, 888-918.
- ANTONAK, R.F. & LIVNEH, H. (1988). The Measurement of Attitudes Toward People with Disabilities. Methods, Psychometrics and Scales. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas, publ.
- AUBIN, S. (1984). Élaboration et évaluation d'un projet d'intégration des personnes âgées dites "confuses" en centre d'accueil", Santé Mentale au Québec, 9, 1, 143-149
- BAILLARGEON, D. (1991). Pas dans ma rue... : pour une stratégie communautaire devant l'intolérance", Service social, 40, 3, 127-146.
- BAILLARGEON, D., MARTINEAU, S., PROULX, S. (1991). Pas dans ma rue... : - Vers une stratégie pour réduire l'intolérance et favoriser la cohabitation sociale, Conseil québécois de la recherche sociale, Québec, 153 p.
- BELLEMARE, Danielle. (1986). La cohabitation dans les unités de soins infirmiers des personnes lucides avec celles atteintes de déficits cognitifs. Mémoire de maîtrise non publié, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Montréal, 248p.
- BROCKINGTON, IAN. & als. (1993). The community's tolerance of the mentallay ill. British Journal of Psychiatry, 162, 93-99.
- BROUSSEAU, C., LECLERC, M. & LAVALLÉE, F. (1986). La cohabitation en centre d'hébergement des personnes lucides et des personnes confuses favorise-t-elle l'épanouissement de ces personnes? Le Gérontophile, 11 (2), 8-11.
- CALVEZ, J.Y. (1994). Le respect du droit à la différence. Études, 4, 305-312
- CASAMYOR, L. (1975). La tolérance, Paris, Gallimard, 197p.
- CORRIVEAU, A. (1986). Évaluation de l'unité spécifique, Centre d'Accueil Saint-Antoine, rapport d'étape: Point de vue des bénéficiaires lucides, document non publié, D.S.C. hôpital du Saint-Sacrement, Québec.
- COTÉ, J., OUELLET, L., LACHANCE, R., & LEMAY, D. (1992). Relation entre

le contact et la distance sociale à l'égard des personnes avec une maladie mentale. Service Social, 41, 3, 95-104.

DULAC, G., CORIN, E. & MURPHY, H.B.M. (1988). Les attitudes du public et la désinstitutionnalisation, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, Unité de recherche psychosociale, 117p.

DEAR, M.J. & TAYLOR, S.M. (1982). Not on Our Street. London, Pion, 182p.

DORIS, S. & BROWN, R. (1980). Toleration of Maladaptive Classroom Behaviors by Regular and Special Educators, report-research, California, 11p.

DORVIL, H. (1987). La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental. Santé mentale au Québec, 12, 55-65.

DORVIL, H. (1988). L'Accueil différentiel de la communauté à l'égard du malade mental. Santé Mentale au Québec, 12, 1, 55-66.

DORVIL, H. & als. (1995). Attitudes et croyances des Montréalais à l'égard des personnes malades mentales et des personnes déficientes intellectuelles, Montréal: Université de Montréal, 207p.

DSM-111, (1983). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, S.A.

DUCROS-GAGNÉ, M. (1984). Intégration ou ségrégation centres gériatriques des personnes âgées présentant des troubles de santé mentale, Montréal, Laboratoire d'interventions cliniques appliquées, Chevalier de Lorimier, p. 1-20.

ÉQUIPE DE RECHERCHE OPÉRATIONNELLE EN SANTÉ (EROS), Montréal, oct 1992

EVAN, G. & al. (1981). The Management of Mental and Physical in non Specialist Residential Homes for the Elderly, Research, England university Hospital of South Manchester, Psychogériatric unit.

GENDRON, J-L. & PIAT, M. (1991). La recherche américaine sur l'intolérance des collectivités à l'endroit des ressources intermédiaires. Service social, 40, 3, 147-157.

GREENLY, J. (1979). Family symptom tolerance and rehospitalization experiences of psychiatric patients, in R. Simmons (ed). Research in Community and Mentally Health, 217-227.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. (1977). Proposition de politique à l'égard des personnes handicapés (Livre Blanc), Québec: Ministère des Affaires Sociales.

- HARASYMIW, S.J. (1976). A longitudinal study of disability group acceptance. Rehabilitation Literature, 37, 98-102.
- IONESCU, S. (1987). L'Intervention en déficience mentale manuel de méthode et de techniques, ed. Bruxelles: P. Mardaga, 435p.
- IONESCU, S. & DESPINS, C. (1990). Facteurs en relation avec les attitudes envers les personnes déficientes mentales. Revue francophone de la déficience intellectuelle, 1, 5-19.
- LAMONTAGNE, Y. (1993). Perceptions des Québécois à l'égard de la maladie mentale. L'Union médicale, 122, 5, 334-343.
- LANGLOIS, L. (1975). Attitude envers les malades mentaux qui vivent hors de l'hôpital psychiatrique, ed. Ottawa: département de sociologie, Université d'Ottawa, 148p.
- LEFÈVRE-GIROUARD, A. (1986). Comportements psycho-sociaux des personnes âgées hébergées, Les cahiers du Sanatorium Bégin: Adaptation au vieillissement: Un défi, 5, 21-27.
- LEFEBVRE-GIROUARD, A. (1986). Les comportements psycho-sociaux des personnes âgées hébergées: synthèse et rapport analytique, A.C.S.S. du Québec, Montréal, 297p.
- LEFEVRE-GIROUARD, A. (1986). Les comportements psycho - sociaux des personnes âgées hébergées: rapport méthodologique, A.C.S.S. du Québec, Montréal, 539p.
- LETARTE, G. (1989). L'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle ou des troubles mentaux, Document de travail, CRSSS-03, 48p.
- LÉVESQUE, L., COSSETTE, S., POTVIN, L. (1993). Why alert residents are more or less willing to cohabit with cognitively impaired peers: an exploratory model. The Gerontologist, 33, 4, 514-522.
- LÉVESQUE, L. COSSETTE, S. (1991). La dynamique de la cohabitation avec des personnes atteintes de troubles cognitifs dans les centres d'accueil, Montréal, Centre d'Accueil Alfred-Desrochers, 191p.
- LÉVESQUE, L. & MAROT, O. (ED). (1988). Un défi simplement humain: Des soins pour les personnes âgées atteintes de déficits cognitifs, Montréal, éditions du Renouveau pédagogique, 127p.
- MAGNUM, W. (1986). But not in my neighborhood : Community résistance to housing for the elderly. Journal of Housing for the Elderly, 3 : 101-119.

- MAGNUM, W. (1988). Community résistance to planned housing for the elderly : Ageism or general antypathy to group housing? The Gerontologist, 28: 325-329.
- MEACHER, M. (1972). Taken for a ride, London: Longman.
- MOREAU, F.A., Novack, A.R. & Sigelman, C.K. (1980). Physical and social integration of developmentally disabled individuals into the community, dans A.R. Novack & L.W Heal (éds), Integration of Developmentally Disabled Individuals into the community, Baltimore,: Brookes, 91-103.
- NOEL, L. (1989). L'intolérance, une problématique générale, Boréal, 308p.
- NOEL, L. (1991). L'intolérance et l'oppression: quête des causes et recherche d'une oppression fondamentale. Service social, 40, 3, 9-23.
- NOVICK, L.J. (1985). Geriatric lucid and confused: to separate to integrate, Quaterly. Journal of Long Term Care, 20, 11-15.
- NOVICK, L.J. (1988). Coping with the intermingling of the lucid and confused. Healthcare Management Forum\Gestion des soins de santé, 1 (1), 18-22.
- PARA, F. (1985). Social tolerance on the mentally ill in the Mexica American community. International Journal of Social Psychiatry, 31, 1, 37-45.
- PISANI, E. (1992). Non au refus de l'autre, dans Le Courrier de l'Unesco, Juin, p.39.
- RICOEUR, P., ENCREVE, A., LAURIOL, C. (1988). Tolérance, intolérance, intolérable, in Journées d'étude sur l'édit de 1787. Bulletin de la société de l'histoire du protestantisme français, 134, 2, 435-450.
- ROUX, C. & LEVESQUE, L. (1985). Confusion: les détériorations cognitives chez les personnes âgées, Montréal, Université de Montréal, 129p.
- SARTORIO, F. (1989). De la difficulté d'être tolérant, Vie et Santé, juillet-août, 6-7.
- SELTZER, M.M. (1984). Correlates of community opposition to community résidences for mentally retarded persons", American Journal of Mental Deficiency, 89, 1-8.

- SELTZER, M. & SELTZER, G. (sans date). Community responses to community residences for mentally retarded persons, dans S. Landesman-Dwyer & P. Vietze (eds), Living with Mentally Retarded People, Baltimore: University Press.
- SOMMERS, I. (1987). Tolerance of deviance and the community adjustment of the mentally ill. Community Mental Health Journal, 23, 159-172.
- SOMMERS, I. (1988). The influence of environmental factors on the community adjustment of the mentally ill, Journal of Nervous and Mental Disease, 176, 4, 221-226.
- TAYLOR, S.M. & DEAR, M.J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. Schizophrenia Bulletin, 7, 2, 226-240.
- TRUTE, B. & LOEWEN, A. (1978). Public attitude toward the mentally ill as a fonction of prior personal attitudes. Social Psychiatry, 13, 79-84.
- TREMBLAY, S. & MALENFANT, J.G. (1989). Les personnes âgées confuses dans les établissements d'hébergement de la Côte-Sud: La perception de personnel, Saint-Jean-Port-Joli, Québec: CLSC des Trois-Saumons.
- TINGO, J.L. (1970). The hierarchy of preference toward disability groups. The Journal of Special Education, 4, 295-306
- WOLFF, M. (1968). A Critique of Pure Tolerance, Beacon Press, Boston, 123p.
- WILLIAMS, B. (1992). Une vertu incommode, dans Le Courrier de l'Unesco, Juin, p.913.
- WILKIN, D. EVANS, G. & AL. (1982). The implications of managing confused and disabled people in non-specialist residential homes for the elderly, Health Trends, 14, 98-100.
- YUKER, H.E. (1988). Attitudes Toward Persons with Disabilities, New-york: Springer.

ANNEXE I
LETTRE DESTINÉE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

Chicoutimi, le

CHSLD de Chicoutimi

À l'attention de

Objet: Projet de Maîtrise en GÉrontologie

Monsieur,

La présente est pour demander la collaboration de votre CHSLD, à un projet de recherche, dans le cadre du programme de Maîtrise en GÉrontologie de l'Université de Sherbrooke. Soyez assuré que votre participation sera grandement appréciée.

Le formulaire de consentement ci-joint vous informera sur différents éléments reliés à ce projet de recherche.

Suite à une réponse positive, j'entrerai en contact avec vous afin de préciser certains éléments relatifs au déroulement du projet.

Je demeure disponible pour toutes informations supplémentaires et vous prie d'accepter mes sentiments distingués.

Responsable du projet,

Roselyne Duchesne
(418)696-3347 à la résidence
(418)698-3910 poste 2237 au travail

ANNEXE II

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU RÉPONDANT POUR LA
PARTICIPATION DU MILIEU À UN PROJET DE RECHERCHE
N'IMPLIQUANT AUCUN RISQUE POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE
DE SES RÉSIDENTS**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU RÉPONDANT POUR LA PARTICIPATION
DU MILIEU A UN PROJET DE RECHERCHE N'IMPLIQUANT AUCUN RISQUE
POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE SES RÉSIDENTS.**

Je, soussigné _____ consens par la présente,
à ce que _____ se prête comme milieu au
projet de recherche suivant, dans les conditions décrites ci-
dessous.

TITRE DU PROJET:

La tolérance des résidents lucides vivant en CHSLD face aux
pairs non lucides et à leurs comportements dysfonctionnels.

RESPONSABLE:

Roselyne Duchesne, étudiante à la Maîtrise en Gériatrie à
l'Université de Sherbrooke.

OBJECTIF DU PROJET DE RECHERCHE:

✓ L'étude consiste à analyser la relation ^{Si} ~~qu'il~~ existe entre
certaines variables personnelles et environnementales et le
niveau de tolérance des résidents lucides face à leurs pairs
non lucides et face à leurs comportements dysfonctionnels afin
de déterminer lesquelles de ces variables ont plus de poids.
L'analyse permettra aussi de déterminer si l'intolérance est
davantage reliée aux résidents non lucides ou aux comportements
dysfonctionnels.

NATURE DE LA PARTICIPATION DU MILIEU:

Le milieu permettra de recueillir les données nécessaires au
projet de recherche. Dans un premiers temps, les données
reliées à l'environnement seront recueillies à l'aide d'un
questionnaire destiné aux intervenants. Dans un deuxième temps,
les résidents lucides sélectionnés, sur une base volontaire,
selon certains critères d'inclusion et d'exclusion seront
rencontrés en entrevue (environ 45 minutes) dirigés par des
intervieweurs d'expérience en gériatrie afin de collecter
les données reliées à la personne.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION:

Votre participation permettra de connaître le profil de votre
clientèle relativement à la proportion et au degré d'atteinte
cognitive. De plus, une meilleure connaissance sur les varia-
bles qui peuvent influencer le niveau de tolérance des rési-
dents lucides face à leurs pairs non lucides pourra éventuelle-
ment vous aider dans l'orientation de vos méthodes d'interven-
tion.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES DÉCOULANT DE LA PARTICIPATION:

Il n'y a aucun inconvénient majeur pouvant découler de votre participation sauf le fait de demander un peu de temps à vos intervenants et à certains résidents. Il est également entendu que cette participation n'aura aucun effet négatif sur la santé et le bien-être de vos résidents.

INFORMATIONS CONCERNANT LE PROJET:

✓ Nous nous engageons à répondre à toutes questions concernant votre participation à ce projet de recherche et de prendre en considération vos recommandations.

RETRAIT DE LA PARTICIPATION DU RÉPONDANT:

Il est entendu que le répondant pourra à tout moment mettre fin à sa participation. Il est également convenu que la participation volontaire du résident répondant pourra aussi être cessée en tout temps s'il y a refus de poursuivre ou signe d'inconfort.

CONFIDENTIALITÉ;

Il est entendu que les données recueillies seront gardées confidentielles et détruites après analyse. De plus, le résident participant signifiera son accord volontaire sur une formule de consentement.

Je déclare avoir lu et compris les termes de la présente formule.

_____ fait à _____ le _____ 199__
Signature du répondant

Je soussignée _____ certifie avoir répondu aux questions sur différents éléments du projet qui m'ont été posées et d'avoir clairement indiqué au répondant qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

_____ fait à _____ le _____ 199__
Signature du responsable
du projet

do 20 0
Coordonnées du chercheure responsable du projet:
ROSELYNE DUCHESNE (418)696-3347 à la résidence
(418)698-3910 poste 2237 au travail

ANNEXE III

LETTRE DESTINÉE AUX RÉSIDENTS LUCIDES

Chicoutimi, le

Objet: Projet de Maîtrise en GÉrontologie

Bonjour cher résident,

Je suis infirmière auprès des personnes âgées et je fais présentement une recherche sur différents éléments relatifs à la cohabitation des résidents lucides avec des résidents non lucides, dans le cadre d'une maîtrise en gérontologie.

Votre aide serait grandement apprécié car vous êtes les personnes les mieux placées pour répondre à quelques questions.

Votre engagement se limite à prendre environ 45 minutes de votre temps pour une entrevue. Soyez assurés que les informations recueillies seront traitées de façon très confidentielle.

Je vous demande de signifier votre réponse à l'infirmière responsable de votre établissement _____

Suite à votre réponse positive, j'entrerais en contact avec vous.

Je vous remercie à l'avance pour votre collaboration et de l'attention que vous m'avez accordée.

Responsable du projet,

Roselyne Duchesne

ANNEXE IV

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU RÉSIDENT RÉPONDANT POUR
LA PARTICIPATION À UN PROJET DE RECHERCHE**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU RÉSIDENT RÉPONDANT POUR LA PARTICIPATION À UN PROJET DE RECHERCHE EN GÉRONTOLOGIE

NATURE DU PROJET:

Impact de la cohabitation des résidants lucides avec des résidants non lucides

RESPONSABLE:

Roselyne Duchesne, étudiante à la Maîtrise en Gérontologie à l'Université de Sherbrooke.

OBJECTIF DU PROJET DE RECHERCHE:

L'étude consiste à faire le lien entre certaines variables personnelles et environnementales et l'impact que la cohabitation de résidants lucides et non lucides, présentant parfois des agissements inadéquats, peut avoir sur des résidants lucides.

NATURE DE VOTRE PARTICIPATION:

Accepter d'accorder 45 minutes de votre temps pour répondre à un questionnaire présenté par une personne d'expérience en gérontologie afin de nous permettre de recueillir les données nécessaires au projet de recherche.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION:

Avoir contribué à mener à terme une étude sur les personnes âgées. Votre participation permettra éventuellement d'orienter les méthodes d'intervention vers un meilleur bien-être de la clientèle âgée.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES DÉCOULANT DE LA PARTICIPATION:

Il n'y a aucun inconvénient majeur pouvant découler de votre participation sauf le fait de demander un peu de votre temps. Il est également entendu que cette participation n'aura aucun effet négatif sur votre santé et votre bien-être.

Si vous souhaitez reparler de votre expérience après le passage de l'intervieweur, vous pourrez le faire avec la coordonnatrice de votre établissement.

INFORMATIONS CONCERNANT LE PROJET:

Nous nous engageons à répondre à toutes questions concernant votre participation à ce projet de recherche et de prendre en considération vos recommandations.

RETRAIT DE LA PARTICIPATION DU RÉPONDANT:

Il est entendu que votre participation volontaire pourra être cessé en tout temps s'il y a refus de poursuivre ou signe d'inconfort simplement en avisant le responsable du projet.

CONFIDENTIALITÉ;

Il est entendu que les données recueillies seront gardées confidentielles. Les données seront gardées en lieu sûr et détruites à la fin du projet. Les publications porteront sur les résultats généraux seulement garantissant l'anonymat des données nominatives. Les résultats de la recherche vous seront présentés. De plus, vous serez invité à signifier votre accord volontaire sur une formule de consentement.

Je, soussigné _____ déclare avoir lu et compris les termes de la présente formule et consens à participer au projet de recherche ci-haut mentionné. Je reconnais avoir reçu les réponses à mes interrogations à propos de ce projet.
Je sais que je peux me retirer en tout temps et que les données recueillies seront traitées de façon confidentielle.

_____ le _____ 199__
Signature du répondant

Je, soussigné _____ certifie avoir répondu aux questions posées à l'égard de ce projet de recherche et d'avoir clairement indiqué au répondant qu'il demeure libre de se retirer en tout temps. De plus, si je remarque des signes d'inconfort, je m'engage à cesser le questionnaire.
Il est entendu que les informations reçues au cours de l'entrevue seront gardées confidentielles.

_____ le _____ 199__
Signature de l'intervieweur

Coordonnées du chercheure responsable du projet:
ROSELYNE DUCHESNE (418)696-3347 à la résidence
(418)698-3910 poste 2237 au travail

ANNEXE V

**QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX RÉSIDENTS LUCIDES PARTICIPANT À
LA RECHERCHE**

Questionnaire destiné aux résidents sur l'impact de la cohabitation RI et RNL

1- Numéro de dossier ou nom du résident _____

1.1 Age _____ 1.2 Sexe _____

1.3 Date d'admission _____

2- Donnez la réponse qui décrit le plus précisément votre réaction à chaque énoncé suivant. Les réponses les plus spontanées sont les meilleures.

2.1 Aussitôt qu'une personne montre des signes de désordres mentaux, elle devrait être hospitalisée...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.2 On devrait consacrer plus d'argent des contribuables, pour les soins et le traitement des malades mentaux...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.3 Le malade mental devrait être isolé du reste de la communauté...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.4 La meilleure thérapie pour plusieurs patients est de faire partie de la communauté...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.5 Les malades mentaux sont un poids pour la société...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.6 Les malades mentaux sont bien moins dangereux que les gens le supposent généralement...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.7 Implanter des services en santé mentale dans un quartier résidentiel dégrade le quartier...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.8 Les malades mentaux ont été pendant trop longtemps sujets de plaisanterie...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.9 Autant que possible les services en santé mentale devraient être assurés par le biais de ressources établies dans la communauté...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.10 L'accroissement des dépenses consacrées aux services en santé mentale est un gaspillage de l'argent des contribuables...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.11 Demeurer dans un quartier résidentiel est peut-être une bonne thérapie pour les malades mentaux, mais c'est faire courir un trop grand risque aux résidents...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.12 Les malades mentaux doivent être contrôlés par des professionnels...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.13 Nous devons adopter une attitude beaucoup plus tolérante envers les malades mentaux dans notre société...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.14 Je ne voudrais pas être le voisin de quelqu'un qui aurait été un malade mental...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.15 Les malades mentaux devraient être encouragés à mener une vie normale...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.16 La meilleure façon de prendre en charge les malades mentaux c'est de les confiner derrière des portes barrées...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.17 Nos hôpitaux psychiatriques ressemblent plus à des prisons qu'à des endroits où l'on peut prendre soin des malades mentaux...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.18 Toutes les personnes ayant déjà eu des problèmes de santé mentale devraient être écartés des fonctions publiques...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.19 L'établissement de services en santé mentale dans un quartier résidentiel ne met pas en danger les résidents locaux...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.20 Une des cause de la maladie mentale est le manque de volonté et de discipline personnelle...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.21 Nous avons tous la responsabilité de procurer les meilleurs soins possibles aux malades mentaux...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.22 En pratique tout le monde peut être atteint de maladie mentale...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.23 La plupart des femmes qui ont déjà fait un séjour dans un hôpital psychiatrique sont en mesure de prendre soin des enfants...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

2.24 C'est épeurant de penser qu'il y a des personnes qui ont des problèmes de santé mentale et qui vivent dans le quartier...

- 1- Fortement en accord
- 2- En accord
- 3- Neutre
- 4- En désaccord
- 5- Fortement en désaccord

3-Pourriez-vous me dire si vous êtes d'accord avec chacun des énoncés suivants?

	1-Tout à fait d'accord	2-Plutôt d'accord	3-Plutôt en désaccord	4-Tout à fait en désaccord
1) Les personnes âgées confuses n'ont pas de sentiments				
2) Une approche affectueuse n'est pas efficace avec les personnes confuses				
3) On ne peut rien faire pour aider les personnes confuses à part les laver, les habiller et les alimenter				
4) Les personnes âgées confuses ne sont pas capables d'avoir des comportements affectueux envers d'autres personnes				
5) Les personnes âgées confuses se comportent bizarrement juste pour attirer l'attention				
6) Par leurs comportements bizarres les personnes âgées confuses montrent qu'elles ne veulent pas s'améliorer				

	1-Tout à fait d'accord	2-Plutôt d'accord	3-Plutôt en désaccord	4-Tout à fait en désaccord
7) Quand une personne âgée confuse est agressive, c'est parce qu'elle en veut à la personne qui l'aborde				
8) Quand une personne âgée confuse accuse les autres, c'est parce qu'elle avait l'habitude de le faire quand elle était jeune				
9) Peu importe ce qu'on leur fait, les personnes âgées confuses ne s'en rendent pas compte				
10) Les personnes âgées confuses ne comprennent pas ce qu'on leur dit				
11) Une personne âgée confuse ne peut retenir aucune information.				

4- Vous arrive-t-il d'être en contact avec des résidents "confus"?

- 1- Jamais
- 2- Quelques fois par mois
- 3- Quelques fois par semaine
- 4- Tous les jours

5- Le fait de vivre avec des personnes "confuses", est-ce que vous trouvez cela:

- 1- Très intolérable
- 2- Intolérable
- 3- Tolérable
- 4- Très tolérable

6- Vous avez sûrement remarqué que certains résidents "confus" avaient des agissements "inadéquats"...Vous arrive t-il d'être témoin de certains de ces agissements manifestés par des personnes "confuses"?

Comportements dysfonctionnels:	0-ja- mais	1-ra- rement	2-sou- vent	3-très - souvent
1)- Entre dans votre chambre				
2)- Fouille ou prends vos choses				
3)Se couche sur votre lit				
4)A des paroles désagréables envers vous				
5)Interrompt sans raison vos activités				
6)A des gestes brusques, violents				
7)Crie, se lamente à haute voix				
8)Marmonne sans arrêt				
9)Urine partout				
10)Se promène tout nu				
11)Mange malproprement				

7- Parmi certains agissements inadéquats que je vais vous énumérer, dites-moi si vous trouvez cela:

	1-Très in- tolérable	2-Intolé- rable	3-Toléra- ble	4-Très tolérable
1)Entre dans votre chambre				
2)Fouille ou prend vos choses				
3)Se couche sur votre lit				
4)A des paroles désagréables envers vous				
5)Interrompt sans raison vos activités				

	1-Très in- tolérable	2-Intolé- rable	3-Toléra- ble	4-Très - tolérable
6)A des gestes brus- ques et violents				
7)Crie,se lamente à haute voix				
8)Marmonne sans arrêt				
9)Urine partout				
10)Se promène tout nu				
11)Mange malproprement				

8- Qui surtout a pensé que vous deviez venir vivre en centre d'accueil?

- 1- Un professionnel me l'a conseillé (médecin, infirmière, travailleur social.....)
- 2- J'ai décidé moi-même
- 3- Mon conjoint a décidé
- 4- Mes enfants ont décidé

9-A l'idée de venir vivre en centre d'accueil, étiez-vous?

- 1- Tout à fait en désaccord
- 2- Plutôt en désaccord
- 3- Plutôt d'accord
- 4- Tout à fait d'accord

10- Comparée aux autres personnes de même âge que vous, diriez-vous que votre santé est:

- 1- Mauvaise
- 2- Moyenne
- 3- Bonne
- 4- Très bonne
- 5- Excellente

Merci de votre collaboration...

TEXTE FRANÇAIS
échelle A.P.D.

TEXTE ANGLAIS
échelle CAMI

critères

des causes de la maladie mentale est le manque de
volonté et de discipline personnelle

One of the main causes of mental illness is a lack of
self-discipline and will power.

une personne ayant déjà eu des problèmes de santé
mentale devrait être écartée des fonctions publiques.

Anyone with a history of mental problem should be
excluded from taking public office

les malades mentaux doivent être contrôlés par des
professionnels

Mental patients need the same kind of control and
discipline as a young child

les malades mentaux sont bien moins dangereux que
les gens le supposent généralement

The mentally ill are far less of a danger than most
people suppose

nous devons adopter une attitude beaucoup plus
tolérante envers les malades mentaux dans notre
société

We need to adopt a far more tolerant attitude toward
the mentally ill in our society

pratiquement tout le monde peut être atteint de maladie
mentale

Virtually anyone can become mentally ill

surveillance

les malades mentaux ont été pendant trop longtemps
l'objet de plaisanterie

The mentally ill have for too long been the subject of
ridicule

nous avons tous la responsabilité de procurer les
meilleurs soins possibles aux malades mentaux

We have the responsibility to provide the best possible
care for the mentally ill

on devrait consacrer plus d'argent des contribuables
à leurs soins et le traitement des malades mentaux

More tax money should be spent on the care and
treatment of the mentally ill

les malades mentaux sont un poids pour la société

The mentally ill are a burden on society

je ne voudrais pas être le voisin de quelqu'un qui
aurait été un malade mental

I would not want to live next door to someone who has
been mentally ill

le accroissement des dépenses consacrées aux services
de santé mentale est un gaspillage de l'argent des
contribuables

Increased spending on mental health services is a
waste of tax dollars

restriction sociale

un malade mental devrait être isolé du reste de la
communauté

The mentally ill should be isolated from the rest of the
community

aussitôt qu'une personne montre des signes de
trouble mental, elle devrait être hospitalisée

As soon as a person shows signs of mental
disturbance, he should be hospitalized

la meilleure façon de prendre en charge les malades
mentaux est de les enfermer derrière des portes
verrouillées

The best way to handle the mentally ill is to keep them
behind locked doors

La meilleure thérapie pour plusieurs patients est de
faire partie de la communauté.

The best therapy for mental patients is to be in
normal community

L'établissement de services en santé mentale dans un
quartier résidentiel ne met pas en danger les résidents
locaux.

Locating mental health services in residential
neighbourhoods does not endanger local residents

La plupart des femmes qui ont déjà fait un séjour dans
un hôpital psychiatrique sont en mesure de prendre
soin des enfants.

Most women who were once patients in a mental
hospital can be trusted as baby sitters

Esprit communautaire

Les malades mentaux devraient être encouragés à
mener une vie normale.

Mental patients should be encouraged to assume
responsibility of normal life

Autant que possible les services en santé mentale
devraient être assurés par les biais de ressources
établies dans la communauté.

As far as possible mental health services should
be provided through community-based facilities

Nos hôpitaux psychiatriques ressemblent plus à des
prisons qu'à des endroits où l'on peut prendre soin des
malades mentaux.

Our mental hospitals seem more like prisons than
places where the mentally ill can be cared for

l'implantation des services en santé mentale dans un
quartier résidentiel dégrade le quartier

Locating mental health facilities in a residential
downgrades the neighbourhood

Demeurer dans un quartier résidentiel est peut-être
une bonne thérapie pour les malades mentaux mais
c'est faire courir un trop grand risque aux résidents

Having mental patients living within residential
neighbourhood might be a good therapy, but the
residents are too great

C'est effrayant de penser qu'il y a des personnes qui
ont des problèmes de santé mentale et qui vivent dans
le quartier

It is frightening to think of people with mental
illness living in residential neighbourhood

ANNEXE VI

**QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DESTINÉ AUX INTERVENANTS DES
RÉSIDENCES PARTICIPANT À LA RECHERCHE**

Chicoutimi, le

A l'attention des intervenants

Objet: Projet de Maîtrise en Gériologie

Bonjour,

Mon nom est Roselyne Duchesne et je suis étudiante à la Maîtrise en Gériologie de l'Université de Sherbrooke. J'ai besoin de votre aide et de votre expérience pour la réalisation d'un projet de recherche. Il s'agit d'une étude sur le niveau de tolérance des résidents lucides face aux résidents non lucides ainsi qu'à leurs comportements dysfonctionnels.

J'apprécierais beaucoup que vous preniez un peu de votre temps pour compléter le questionnaire ci-joint. Les principaux éléments de ce questionnaire sont relatifs à la proportion et le niveau d'atteinte cognitive de votre clientèle, aux comportements dysfonctionnels et à la situation de proximité entre les résidents lucides et leurs pairs non lucides.

Je vous remercie beaucoup de votre disponibilité. Si vous avez besoin de renseignements complémentaires, il me fera grand plaisir d'y répondre.

Responsable du projet,

Roselyne Duchesne
(418) 696-3347 à ma résidence
(418) 698-3907 au travail

Questionnaire destiné aux intervenants afin de déterminer la proportion et le niveau d'atteinte cognitive de la clientèle et la situation de proximité entre les résidents lucides et non lucides.

1- Nom de la résidence _____

2- Nombre total de résidents dans les unités où il y a cohabitation de résidents lucides et non lucides _____

3- Nombre et proportion de résidents non lucides et degré d'atteinte cognitive:

- Pour déterminer le degré d'atteinte cognitive des résidents, veuillez consulter l'échelle CRBRS à l'annexe 1.

- Pour inscrire les nom de tous les résidents et leur degré d'atteinte cognitive, référez-vous à l'annexe 2. Par souci de confidentialité, cette feuille sera détruite après l'enquête.

- A partir des informations recueillies, complétez le tableau suivant:

3.1 Degré d'atteinte	3.2 Nombre	3.3 %
3.1.1 aucun déficit (0-1)		
3.1.2 déficit léger (2-3)		
3.1.3 déficit modéré (4-6)		
3.1.4 déficit sévère (7-11)		

4- Comportements dysfonctionnels:

Pour chaque résident ayant obtenu un score entre 4 et 11 sur l'échelle CRBRS remplir l'annexe 3 pour chacun de ces résidents.

5- Situation de proximité entre les résidents lucides et non lucides:

<u>Dans votre résidence y-a-t-il?</u>			<u>Si oui, est-ce un endroit réservé aux lucides seulement?</u>			
	oui	non	0 - T o u - jours	1-Sou-vent	2-Par-fois	3-Ja-mais
Une salle d'activités						
Une chapelle						
Un grand salon						
Une salle à manger						
Une salle de t.v.						
<u>Dans chaque unité ou étage, y-a-t-il?</u>			<u>Si oui, est-ce un endroit réservé aux lucides seulement?</u>			
	oui	non	0-Tou-jours	1-Sou-vent	2-Par-fois	3-Ja-mais
Une salle de t.v.						
Une salle d'activités						
Un ou des petits salons						
<u>A l'extérieur de votre résidence y-a-t-il?</u>			<u>Si oui, est-ce un endroit réservé aux lucides seulement?</u>			
	oui	non	0-Tou-jours	1-Sou-vent	2-Par-fois	3-Ja-mais
Une cour intérieure						
Un balcon						

ANNEXE 1: Échelle de Crichton Royal Behavioural Rating Scale (CRBRS)

Pour déterminer le niveau d'atteinte cognitive, le nombre et le % de résidents non lucides (RNL) dans les résidences où il y a cohabitation résidents lucides (RL) et RNL.

Pourriez-vous déterminer, pour chaque résident, la chiffre correspondant à son niveau d'orientation?
(choisissez un seul chiffre)

ORIENTATION

0 Complète

Complètement orienté dans l'institution et a une assez bonne idée d'où il est quand il est en dehors de l'institution. A une compréhension raisonnable des événements récents, (exemple: compréhension des nouvelles à la télévision). L'estimation peut être hypothétique dans le cas où la personne ne quitte jamais l'institution.

1 Orienté dans l'unité, identifie les gens correctement

Facilement perdu à l'extérieur de l'unité mais conscient de l'aménagement du milieu immédiat. Capable de reconnaître et de nommer les gens avec qui il entretient des contacts réguliers, (exemple: membre de la famille, personnel soignant). Capable de reconnaître les membres du personnel soignant.

2 Mauvaise identification mais peut trouver son chemin aux alentours

Capable de trouver sa chambre à coucher ou la salle de toilette sans assistance mais ne peut nommer les membres du personnel soignant (exemple: appelle tous les membres du personnel soignant par le même nom ou confond les noms). Peut encore reconnaître un ou plusieurs des membres de sa famille. L'habileté pour trouver son chemin n'inclut pas les personnes errantes qui parviennent à la chambre à coucher ou à la salle de toilette tout en errant. Si le bénéficiaire est handicapé physiquement et donc incapable d'aller ou venir indépendamment, il devrait montrer qu'il a connaissance du milieu immédiat. La surdité et/ou des troubles de langage peuvent rendre l'évaluation difficile.

3 Ne peut trouver son chemin pour aller au lit ou à la salle de toilette sans assistance

Incapable d'identifier les gens et de trouver son chemin. A besoin d'aide pour trouver sa chambre à coucher ou la salle de toilette. Pour l'handicapé physique, le code varie selon sa connaissance du milieu immédiat. Doit avoir une idée de l'endroit où il se trouve i.e. comprend qu'il est dans un centre d'accueil.

4 Complètement désorienté

Aucune idée de l'endroit où il se trouve. Peut s'étendre sur le lit en mettant sa tête au pied du lit s'il n'est pas dirigé.

COMMUNICATION

0 Toujours claire, retient l'information

Peut entretenir une conversation normale sans besoin de simplification. Capable de gérer ses propres affaires. Peut aller magasiner si physiquement capable.
(Si la conversation est limitée due à de la surdité ou à des troubles de langage, coder 1).

1 Peut exprimer ses besoins, comprend les directives verbales simples, peut traiter une information simple.

Comprend une conversation simplifiée et répond adéquatement. Inclut ceux ayant une intelligence limitée et ceux qui sont handicapés par des troubles de langage ou de l'ouïe.

2 Ne peut comprendre une information verbale simple Ou ne peut exprimer ses besoins

Fait un ou l'autre mais non les deux. Pour s'assurer de la compréhension du bénéficiaire, ce dernier doit réagir adéquatement. Les besoins peuvent être exprimés par une autre façon que le langage. Doit être capable de faire comprendre à celui qui l'écoute ce qu'il veut (aliments, breuvage, besoin d'élimination, etc.).

3 Ne peut comprendre une information simple Et ne peut indiquer ses besoins, conserve certaines habiletés expressives.

Le critère principal est l'incapacité de comprendre. Conserve certaines habiletés expressives mais son incapacité de poursuivre une conversation appropriée révèle un manque de compréhension. N'exprime pas ses besoins mais répondra quand on lui parlera (exemple: dira "Bonjour" quand on le saluera).

4 Pas de contact efficace

Ne répond pas à la communication. Peut parler mais cela ne correspond pas au sujet de conversation. Ne répondra pas aux salutations ou seulement de façon inappropriée.

MÉMOIRE

0 Complète

N'est pas du tout oublieux ou ne l'est qu'à l'intérieur des limites de la normalité.

1 Occasionnellement oublieux

Oublie qu'il a fait quelque chose ou oublie où les choses ont été laissées, (exemple: oublie qu'il a encaissé son chèque de pension ou qu'il a pris un bain- tendance à égarer ses biens personnels). Mais peut facilement se faire remémorer et se rappelle ce qui s'est passé hier ou la semaine dernière.

2 Perte à court terme

Peu d'idée de ce qui s'est passé hier ou la semaine dernière mais garde en Mémoire ce qui est arrivé dans un passé éloigné. Peut parler sensément à propos du passé et non seulement à propos d'événements isolés.

3 Perte à court terme et à long terme

Pas de Mémoire ou se souvient seulement d'événements isolés qui peuvent être confondus avec des événements qui ont pris place à un moment différent.

ANNEXE 3 : Fréquence de comportements dysfonctionnels pour chaque résident non lucide (score entre 4-11 selon l'échelle CRBRS)

Nom ou numéro de dossier _____ Niveau d'atteinte _____

Arrive-t-il que ce résident?	0-jamais	1-quelques fois par mois	2-quelques fois par semaine	3-tous les jours
1- Erre (déambule dans les corridors)				
2- Fasse des gestes répétitifs (répéter mêmes gestes, paroles)				
3- Fouille ou prenne les choses d'un autre résident				
4-Mange malproprement(échapper sa nourriture, enlever ses dentiers)				
5-Ait des paroles désobligeantes envers un autre résident				
6-Marmonne sans arrêt				
7-Ait des gestes brusques ou violents envers un autre résident				
8-Urine partout				
9-Fasse un bruit répétitif				
10-Se couche dans le lit d'un autre résident				
11-Étende ses matières fécales				
12-Interrompe sans raison les activités individuelles d'un autre résident				
13-Interrompe sans raison d'autres résidents qui s'adonnent à une activité sociale (conversation, jeux...				
14-Se promène nu				

ANNEXE VII
LISTE DES VARIABLES

Liste des variables*Variables personnelles:***X1:** Résidence**X2:** Autoritarisme**X3:** Bienveillance**X4:** Restriction sociale**X5:** Esprit communautaire**X6:** Santé perçue**X7:** Aspect volontaire**X8:** Durée d'hébergement**X9:** Connaissance de la déficience congitive**X10:** Fréquence de contact avec des RNL**X11:** Fréquence de contact avec des comportements dysfonctionnels*Variables environnementales***X12:** Proportion de RNL**X13:** Proportion d'atteinte cognitive plus ou moins sévère**X14:** Fréquence de manifestations de comportements dysfonctionnels**X15:** Situation de proximité*Variables dépendantes***X16:** Tolérance envers les RNL**X17:** Tolérance envers les comportements dysfonctionnels

ANNEXE VIII

MATRICE DES CORRÉLATIONS ENTRE LES VARIABLES

Matrice des corrélations entre les variables (population totale)

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9
X1	1,000 p=,	,574 p=,680	-,1181 p=395	,1433 p=,301	-,1516 p=,274	,0348 p=,803	-,1403 p=,312	-,1788 p=,196	-,0229 p=,869
X2	,0574 p=,680	1,000 p=,	-,2462 p=,073	,5425 p=,000 ***	-,4228 p=,001 ***	-,0888 p=523	,0770 p=,580	,1101 p=,428	-,3398 p=,012 **
X3	-,1181 p=,395	-,2462 p=,073	,5425 p=,	-,4228 p=,001 ***	-,0888 p=,523	,0770 p=,580	,1101 p=,428	-,3398 p=,012	-,0466 p=,738
X4	-,1433 p=,301	,5425 p=,000 ***	-,3851 p=,004 **	1,000 p=,	-,3616 p=,007 **	-,1673 p=,226	,2208 p=,109	,0633 p=,649	-,5757 p=,000 *
X5	-,1516 p=,274	-,4228 p=,001 ***	,2457 p=,073	-,3616 p=,007 **	1,0000 p=,	,3283 p=,015 **	,0033 p=,981	,1053 p=,448	,3003 p=,027 *
X6	,0348 p=,803	-,0888 p=,523	,2798 p=,040 *	-,1673 p=,226	,3283 p=,015 **	1,000 p=,	,0533 p=,702	-,0572 p=,681	,1422 p=,305
X7	-,1403 p=,312	,0770 p=,580	,1021 p=,463	,2208 p=,109	,0033 p=,981	,0533 p=,702	1,000 p=,	,1780 p=,198	,695 p=,617
X8	-,1788 p=,196	,1101 p=,428	-,0837 p=,548	,0633 p=,649	,1053 p=,448	-,0572 p=,681	,1780 p=198	1,000 p=,	-,0335 p=,810
X9	-,229 p=,869	-,3398 p=,012 **	,2444 p=,075	-,5757 p=,000 ***	,3003 p=,027 *	,1422 p=,305	,0695 p=,617	-,0335 p=,810	1,0000 p=,
X10	,0030 p=,983	-,0466 p=,738	,0084 p=,952	,1933 p=,161	-,0402 p=,773	-,1560 p=,260	,0168 p=,904	,0016 p=,991	-,2565 p=,061
X11	,0366 p=,793	,0160 p=,909	-,1346 p=,332	,1023 p=,462	-,2851 p=,037 *	-,4433 p=,001 ***	-,2646 p=,053 *	,1166 p=,401	-,2794 p=,041 *
X12	,8101 p=,000 ***	,1199 p=,388	-,1386 p=,318	-,0389 p=,780	-,2097 p=,128	-,1053 p=,449	-,2464 p=,072	-,1829 p=,186	-,1105 p=,426
X13	,0025 p=,986	,1264 p=,366	-,0734 p=,598	,1313 p=,344	-,1486 p=,284	-,2277 p=,098	-,2268 p=,099	-,0652 p=,639	-,1568 p=,257

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9
X14	-,8965 p=,000 ***	-,1069 p=,441	,1383 p=,319	,0701 p=,614	,2016 p=,144	,0697 p=,617	,2261 p=,100	,1890 p=,171	,0900 p=,517
X15	-,3534 p=,009 **	-,1374 p=,322	,1102 p=,428	-,0725 p=,602	,1922 p=,164	,2007 p=,146	,2614 p=,056	,1238 p=,372	,1547 p=,264
X16	-,1593 p=,250	-,1433 p=,301	,2528 p=,065	-,3736 p=,005 **	,1692 p=,221	,0516 p=,711	,1133 p=,415	,0969 p=,486	,3319 p=,014 **
X17	-,0944 p=,497	-,0588 p=,673	,2048 p=,137	-,1928 p=,162	,1222 p=,379	,0561 p=,687	-,1966 p=,154	-,0605 p=,664	,2779 p=,042 *

*significatif à $p \leq 0,05$; ** significatif à $p \leq 0,01$; *** significatif à $p \leq 0,001$

Matrice des corrélations entre les variables (population totale) (suite)

	X10	X11	X12	X13	X14	X15	X16	X17
X1	,0030 p=,983	,366 p=,793	,8101 p=,000 ***	,0025 p=,986	-,8965 p=,000 ***	-3534 p=,009 **	-,1593 p=,250	-,0944 p=,497
X2	-,0466 p=,738	,0160 p=,909	,1199 p=,388	,1254 p=,366	-,1069 p=,441	-,1374 p=,322	-,1433 p=,301	-,0588 p=,673
X3	,0084 p=,952	-,1346 p=,332	,1386 p=,318	-,0734 p=,598	,1383 p=,319	,1102 p=,428	,2528 p=,065	,2048 p=,137
X4	,1933 p=,161	,1023 p=,462	-,0389 p=,780	,1313 p=,344	,0701 p=,614	-,0725 p=,602	-,3736 p=,005 **	-,1928 p=,162
X5	-,0402 p=,773	-,2851 p=,037	-,2097 p=,128	-,1486 p=,284	,2016 p=,144	,1922 p=,164	,1692 p=,221	,1222 p=,379
X6	-,1560 p=,260	-,4433 p=,001 ***	-,1053 p=,449	-,2277 p=,098	,0697 p=,617	,2007 p=,146	,0516 p=,711	,0561 p=,687
X7	,0168 p=,904	-,2646 p=,053	-,2464 p=,072	-,2268 p=,099	,2261 p=,100	,2614 p=,056	,1133 p=,415	-,1966 p=,165
X8	,0016 p=,991	,1166 p=,401	-,1829 p=,186	-,0652 p=,639	,1890 p=,171	,1238 p=,372	,0969 p=,486	-,0605 p=,664
X9	-,2565 p=,061	-,2794 p=,041	-,1105 p=,426	-,1568 p=,257	,0900 p=,517	,1547 p=,264	,3319 p=,014 *	,2779 p=,042 *
X10	1,000 p=,	,2318 p=,092	,0720 p=,605	,1186 p=,393	-,0553 p=,691	-,1120 p=,420	-,1173 p=,398	-,1396 p=,042 *
X11	,2318 p=,092	1,000 p=,	,2050 p=,137	,2992 p=,028 *	-,1653 p=,232	-,2927 p=,032 *	-,2079 p=,131	-,0868 p=,533
X12	,0720 p=,605	,2050 p=,137	1,000 p=,	,5883 p=,000 ***	-,9860 p=,000 ***	-,8348 p=,000 ***	-,3773 p=,005 **	-,2089 p=,129
X13	,1186 p=,393	,2992 p=,028 *	,5883 p=,000 ***	1,000 p=,	-,4453 p=,001 ***	-,9363 p=,000 ***	-,4238 p=,001 ***	-,2262 p=,100

	X10	X11	X12	X13	X14	X15	X16	X17
X14	-,0553 p=,691	-,1653 p=,232	-,9860 p=,000 ***	-,4453 p=,001 ***	1,000 p=,	,7313 p=,000 ***	,3304 p=,015 *	,1847 p=,181
X15	-,1120 p=,420	-,2927 p=,032 *	-,8348 p=,000 ***	-,9363 p=,000 ***	,7313 p=,000 ***	1,000 p=,	,4524 p=,001 ***	,2448 p= ,3425
X16	-,1120 p=,420	-,2927 p=,032	-,3773 p=,005 **	-,4238 p=,001 ***	,3304 p=,015 *	,4524 p=,001 ***	1,000 p=,	,3425 p=,011 *
X17	-,1346 p=,332	-,0868 p=,533	-,2089 p=,129	-,2262 p=,100	,1847 p=,181	2448 p=,074	,3425 p=,011 *	1,000 p=,

*significatif à $p \leq 0,05$; ** significatif à $p \leq 0,01$; *** significatif à $p \leq 0,001$