

Les  
Cahiers  
du  
CREGÉS

Pour une gérontologie sociale du XXI<sup>e</sup> siècle

Numéro 2016, vol. 1

Guillaume Rodrigue  
Émilie Raymond

Avec la collaboration de Nadine Lacroix

---

# La participation sociale des aînés vivant en ressource d'hébergement : facteurs personnels et environnementaux



Centre de recherche et d'expertise  
en gérontologie sociale

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Ouest-  
de-l'Île-de-Montréal

Québec 



La collection **Les cahiers du CREGÉS** a pour thème général la gérontologie sociale et vise à diffuser:

- des communications en congrès scientifiques;
- des versions préliminaires d'articles;
- des recensions des écrits;
- des rapports de recherche, etc.

Les textes qui y sont présentés sont l'œuvre des membres chercheurs, étudiants ou praticiens du Centre de recherche en gérontologie sociale (CREGÉS). Ces cahiers ont pour objectif d'encourager et de soutenir les membres du CREGÉS dans la création et le partage de savoirs de même que de diffuser rapidement les résultats de recherche. Ainsi, un cahier de recherche se construit au fur et à mesure que des documents intéressants sont présentés au comité de rédaction, ces documents réunis, ils constituent alors un cahier de recherche qui sera publié dans les plus brefs délais.

N'hésitez pas à utiliser **Les cahiers du CREGÉS** pour partager vos résultats récents et assurer la diffusion de vos publications.

Pour plus d'informations, visitez notre site Internet  
[www.creges.ca](http://www.creges.ca)

# **La participation sociale des aînés vivant en ressource d'hébergement : facteurs personnels et environnementaux**

**Guillaume Rodrigue**

Étudiant à la maîtrise en service social, Université Laval

**Émilie Raymond, Ph.D :**

Professeur à l'École de service social, Université Laval

Chercheure au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et  
intégration sociale

Membre régulier au CREGÉS

**Avec la collaboration de**

**Nadine Lacroix, M.Serv. soc., t.s.**

Professionnelle de recherche au Centre interdisciplinaire de recherche en  
réadaptation et intégration sociale (CIRRIS)

**2016**

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	4
<b>1. Problématique</b> .....	5
<b>1.1. Les milieux d'hébergement au Québec</b> .....	5
1.1.1. Résidences privées avec services pour aînés .....	6
1.1.2. Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).....	7
1.1.3. Ressources non institutionnelles pour aînés.....	7
<b>1.2. Participation sociale</b> .....	8
<b>2. Méthodologie</b> .....	11
<b>2.1. Démarches de recension des écrits</b> .....	11
<b>2.2. Choix du cadre d'analyse. : Modèle de développement humain et Processus de production du handicap (MDH-PPH)</b> .....	14
<b>3. Résultats</b> .....	17
<b>3.1. Facteurs personnels</b> .....	17
3.1.1. Facteurs identitaires.....	17
3.1.1.1. Âge .....	17
3.1.1.2. Genre .....	17
3.1.1.3. Statut conjugal .....	18
3.1.1.4. Facteurs culturels.....	19
3.1.1.5. Statut socio-économique.....	19
3.1.1.6. Histoire de vie .....	19
3.1.1.7. Étiquetage social.....	20
3.1.1.8. Tempérament .....	21
3.1.2. Facteurs liés aux systèmes organiques et aux aptitudes. ....	22
3.1.2.1. Santé .....	22
3.1.2.2. Capacités physiques.....	23
3.1.2.3. Capacités cognitives.....	24
3.1.2.4. Santé mentale.....	25
3.1.2.5. Autonomie .....	25
<b>3.2. Les facteurs environnementaux</b> .....	26
3.2.1. Le micro environnement personnel : facteurs physiques.....	27
3.2.1.1. Nature du milieu résidentiel .....	27
3.2.1.2. Caractéristiques de la résidence .....	27
3.2.1.3. Espaces communs.....	28
3.2.1.4. Espaces privés .....	29
3.2.1.5. Services offerts par la résidence .....	30
3.2.2. Le micro environnement personnel : facteurs sociaux .....	31
3.2.2.1. Les autres résidents .....	31
3.2.2.2. Le personnel.....	33
3.2.2.3. Les relations à l'extérieur du milieu résidentiel.....	35
3.2.3. Le méso environnement communautaire.....	36
3.2.4. Le macro environnement sociétal.....	38

<b>4. Discussion</b> .....	40
<b>4.1. L'organisation du travail et les représentations du personnel</b> .....	41
<b>4.2. Les habiletés et capacités</b> .....	43
<b>4.3. Les questions identitaires</b> .....	44
<b>Conclusion</b> .....	45
<b>Références</b> .....	47
<b>Annexe A</b> .....	52
<b>Annexe B</b> .....	57

### Liste des tableaux

**Tableau 1 : Liste des termes utilisés pour la recension des écrits en fonction des concepts qu'ils représentent (p. 11-12)**

**Tableau 2 : Résultats et décisions prises par bases de données lors de la recherche documentaire (p. 52-56)**

**Tableau 3 : Documents sélectionnés pour la recension des écrits (p. 57-76)**

## Introduction

L'Organisation mondiale de la Santé (2002) définit le vieillissement actif à la page 12 du document *Vieillir en restant actif, cadre d'orientation*, comme étant « le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse ». Ce concept a inspiré l'orientation de la politique *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté au Québec*, la première véritable politique gouvernementale du Québec dans le domaine du vieillissement (Gouvernement du Québec, 2012b). Ainsi, cette politique s'inscrit dans une volonté de promouvoir la participation pleine et entière des aînés dans les communautés du Québec. Elle vise à contrer les effets pernicious de l'âgisme en offrant une approche participative et inclusive des aînés, notamment en encourageant ces personnes à poursuivre leurs projets de vie. Le soutien à domicile est vu comme la pierre d'assise de cette nouvelle politique, ce qui permettrait de respecter la volonté des aînés, généralement désireux de demeurer dans leur domicile (Gouvernement du Québec, 2012b).

La primauté accordée au soutien à domicile des aînés ne doit toutefois pas faire oublier les personnes vivant en milieu résidentiel pour personnes âgées, qui sont aussi en mesure de prendre part à la vie en société. Bien qu'une minorité des aînés habite en ressource d'hébergement (Statistique Canada, 2012), cette population ne doit pas être négligée dans la conception et la mise en œuvre de mesures visant l'exercice, par les aînés, d'une pleine citoyenneté dans l'espace public. À ce propos, la participation sociale des gens vivant dans les ressources d'hébergement pour personnes âgées est un sujet peu documenté au Québec. Des études montrent pourtant que les aînés habitant dans une résidence peuvent se sentir marginalisés, coupés de la société, et que les activités et espaces participatifs proposés à l'interne ne correspondent pas nécessairement à leurs besoins, réalités ou aspirations. Il convient donc de se pencher sur la question et de réfléchir aux moyens de mieux soutenir la participation sociale des aînés en milieu d'hébergement. L'objectif de la présente recension des écrits est de documenter les facteurs pouvant faciliter ou freiner la participation sociale des aînés vivant en ressource d'hébergement.

Le document est composé de quatre parties. La première présente la visée de la recension réalisée et la problématique dans laquelle elle est inscrite. Elle définit les différents milieux d'hébergement pour aînés au Québec et explique le concept de participation sociale. La seconde partie consiste en la méthodologie de la recension des écrits : les démarches de recherche documentaire effectuées et le choix d'un cadre d'analyse de la recension des écrits, soit le Modèle de développement humain — Processus de production du handicap (MDH-PPH). La troisième partie du texte porte sur les résultats de la recension des écrits, mis en relief à l'aide du modèle d'analyse. La quatrième partie du document propose une discussion des résultats, divisée en trois thèmes : l'organisation du travail et les représentations du personnel dans les résidences, les habiletés et les capacités des résidents, ainsi que les questions identitaires touchant ces derniers.

## 1. Problématique

La présente section vise d'abord à définir et à décrire les différents milieux d'hébergement pour aînés du Québec, et ensuite à expliquer le concept de participation sociale.

### 1.1. Les milieux d'hébergement au Québec

Le vieillissement de la population est un phénomène démographique notoire au Canada. Au cours des quatre dernières décennies, la proportion des Canadiens âgés de 65 ans dans la population n'a cessé d'augmenter. Ainsi, les personnes de ce groupe d'âge représentaient 14,1 % de la population en 2010, alors que cette proportion se situait à 8 % en 1971. Selon les prévisions, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus devrait dépasser le cinquième de la population canadienne en 2026, et le quart dès 2056 (Milan, 2011). Pour ce qui est du Québec, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent, en 2015, 1,3 million d'individus sur une population d'environ 8 millions de personnes, soit une personne sur sept au Québec. Comme pour le reste du Canada, cette proportion s'accroîtra au cours des prochaines années. Près du tiers des Québécois seront âgés de 65 ans ou plus en 2056, selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec (Gouvernement du Québec, 2012a). Ce vieillissement de la population résulterait de la diminution du taux de natalité depuis les années 1960 et de l'amélioration des conditions de vie ayant pour effet d'accroître l'espérance de vie des Québécois. L'arrivée à l'âge de 65 ans des personnes issues de la génération des baby-boomers, c'est-à-dire les gens nés entre 1946 et 1966, devrait donc avoir pour effet d'accélérer le vieillissement de la population québécoise (Gouvernement du Québec, 2012b).

En 2011, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient près de cinq millions de Canadiens. Une proportion de 7,1 % de ces personnes, donc 352 205 Canadiens, vivait dans un logement collectif dédié aux personnes âgées et leur offrant des soins. La prévalence des personnes habitant dans un établissement de soins spécialisés pour les personnes âgées tend à augmenter avec l'âge. Ainsi, en 2011, environ 1 % des personnes du groupe d'âge de 65 à 69 ans habitaient dans un établissement de soins spécialisés alors que cette proportion s'élevait à 29,6 % pour les personnes âgées de 85 ans et plus (Statistique Canada, 2012).

En 2014, il existait 3093 ressources d'hébergement dédiées aux aînés au Québec, qui offraient 167 433 unités d'habitation (Labrie, 2015). Le nombre de places disponibles a considérablement augmenté au cours des dernières années. En effet, selon le Conseil des aînés du Québec (2007), en 2005-2006, il y avait seulement 130 929 places pour personnes âgées en milieux de vie substituts. Le concept de milieu de vie substituts a été défini par le Conseil des aînés du Québec en 2000 comme étant un « lieu constituant l'adresse permanente d'une personne qui lui donne accès, en plus du gîte, au couvert et, généralement, à des services d'aide et d'assistance et même à des soins de santé » (Conseil des aînés, 2007, p. 2). Il est possible de distinguer trois types de milieux de vie substitut en fonction de la certification offerte par le ministère de la Santé et des Services sociaux : les établissements possédant un permis, tels que les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD); les établissements n'ayant pas de permis, mais reconnus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS) comme les ressources non institutionnelles (ressources intermédiaires et ressources de type familial); et

les établissements possédant une certification (résidences privées avec services). Il est aussi possible de distinguer ces types de ressources d'hébergement par leur clientèle. Les CHSLD s'adressent à une clientèle vivant avec une lourde perte d'autonomie. Les ressources intermédiaires visent une clientèle ayant une perte d'autonomie de modérée à lourde. Les ressources de type familial ciblent les personnes ayant une perte d'autonomie de légère à modérée. Les résidences privées pour aînés s'adressent à une clientèle autonome ou ayant une légère perte d'autonomie (Labrie, 2015). Environ 70 % des 167 433 unités d'habitation en milieu de vie substitués se retrouve dans le secteur des résidences privées, environ un quart se retrouvait en CHSLD, et un peu plus de 5 % se retrouvaient en ressources de type non institutionnelles (Labrie, 2015).

Les résidences privées avec services pour aînés, les centres d'hébergement de soins de longue durée et les ressources non institutionnelles pour aînés seront présentés de manière plus détaillée dans les paragraphes qui suivent.

### **1.1.1. Résidences privées avec services pour aînés**

L'article 346.0.1 de la LSSS définit ainsi les résidences privées pour aînés:

« Aux fins de la présente loi, est une résidence privée pour aînés tout ou partie d'un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement : services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs. Le coût de ces services peut être inclus dans le loyer ou être payé suivant un autre mode. »

Comme l'indique cette définition, un établissement doit obligatoirement offrir certains services pour être considéré comme une résidence privée pour aînés. Ainsi, un milieu offrant seulement la location de chambres ou de logements aux aînés ne peut pas être considéré comme une résidence privée pour personnes âgées. C'est pour cette raison que seulement les ressources d'hébergement avec services seront abordées dans ce document.

Le milieu des résidences privées pour aînés a connu d'importantes mutations au cours des dernières années. Le nombre de places disponibles pour les aînés dans ce type de ressource d'hébergement a augmenté de manière significative, alors qu'une diminution importante du nombre de résidences a été observée. Ce constat s'explique par la disparition d'une quantité importante de résidences privées de petite taille et par la création de plusieurs ressources d'hébergement ayant une capacité de plus de 100 unités d'habitations. En 2014, 1 947 résidences privées avec services pour aînés étaient répertoriées au Québec, ce qui représentait 111 150 places disponibles pour les personnes âgées (Demers, Bravo, Dubois, Dubuc & Corbin, 2015). À titre de comparaison, en 2006, il y avait 2 439 résidences privées avec services comportant plus de 86 000 places disponibles pour les personnes âgées (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006).



### **1.1.2. Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)**

Pour continuer la description de milieux de vie substitués, les CHSLD sont des milieux de vie institutionnels en mesure d'offrir des services cliniques à leurs résidents. Les services offerts peuvent varier d'un CHSLD à l'autre, tous n'ayant pas, par exemple, des services de réadaptation. Il y a donc une certaine diversité dans ces milieux d'hébergement qui se déclinent sous trois formes : le CHSLD public, le CHSLD privé conventionné et le CHSLD privé non conventionné (Conseil des aînés, 2007). Le CHSLD public est subventionné et géré par le gouvernement. Un CHSLD privé conventionné est un établissement également subventionné par le ministère de la Santé et des Services sociaux, mais est dirigé par un ou des propriétaires-gestionnaires. Dans les CHSLD publics et privés, la contribution financière mensuelle du résident est déterminée par le gouvernement en fonction du type de chambre attribué, des revenus, des biens et de la situation familiale de la personne. Le CHSLD non conventionné est quant à lui une entreprise privée, indépendante et autonome qui ne reçoit pas de subventions du ministère de la Santé et des Services sociaux. Contrairement aux CHSLD privés conventionnés et publics, qui ont les mêmes modalités d'admission et de fonctionnement, les CHSLD privés non conventionnés ont leurs propres critères d'admission et de fonctionnement. Ils sont aussi libres de fixer leurs tarifs (Association des établissements privés conventionnés – santé services sociaux, 2015). Contrairement aux résidences privées, le nombre de places disponibles dans les CHSLD s'est réduit au cours des dernières années dues à la désinstitutionnalisation<sup>1</sup> des aînés. En 2014, on dénombrait 34 367 unités d'habitations dans les 359 CHSLD publics, 7448 unités d'habitation dans les 60 CHSLD privés conventionnés et 3477 places disponibles dans les 45 CHSLD privés non conventionnés (Labrie, 2015). La Loi sur les services de santé et les services sociaux décrit la mission des CHSLD à l'article 83 :

« La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitué, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage. »

### **1.1.3. Ressources non institutionnelles pour aînés**

Lors du mouvement de la désinstitutionnalisation des années 70, les ressources non institutionnelles ont été développées pour que les personnes jugées les plus vulnérables (personnes âgées, ayant une

---

<sup>1</sup> La désinstitutionnalisation est une politique visant à amener les résidents des grands milieux institutionnels à vivre dans la communauté. Les personnes institutionnalisées peuvent donc être amenées à vivre de manière autonome dans leur propre logement, ou dans des établissements de plus petite taille. Cette politique a fait suite à des recherches faisant état de l'impact délétère des milieux institutionnels sur leurs résidents, qui amenait une quantité non négligeable d'entre eux à adopter des comportements passifs et dépendants (Pierson et Thomas, 2006). En plus de la réadaptation à la vie sociale des personnes institutionnalisées, la désinstitutionnalisation avait aussi pour objectif d'éviter de « placer » de nouvelles clientèles vulnérables en institution (Blanchet, 1987). Les populations touchées par ce mouvement sont multiples et incluent notamment les personnes atteintes d'un trouble mental, les personnes vivant avec une déficience intellectuelle, les personnes âgées en perte d'autonomie, les adultes avec handicaps multiples et les enfants en difficulté (Pépin, 2015)

déficience intellectuelle, ayant un trouble mental sévère, etc.) puissent demeurer dans la communauté. Ainsi, en dehors des services de gîte et de couvert, ces ressources offrent des services de soutien et d'assistance (Conseil des aînés, 2007). Les ressources d'hébergement non institutionnelles se déclinent sous deux formes : les ressources de type familial et les ressources intermédiaires. Selon la LSSS, il existe deux formes de ressource de type familial. Il y a les familles d'accueil pour les enfants et les résidences d'accueil pour les adultes et les personnes âgées. La population des résidences d'accueil est constituée de personnes ne pouvant pas vivre de manière autonome dans un domicile personnel et nécessitant un encadrement léger (Conseil des aînés, 2007). L'offre de places dans ce genre de ressource a diminué au cours des dernières années. En 2014, on dénombrait 826 places disponibles pour les aînés dans les 130 ressources de type familial du Québec (Labrie, 2015), alors qu'en 2010, il y avait 2225 résidents âgés de 65 ans et plus dans ces établissements (Gouvernement du Québec, 2012a). La définition d'une résidence d'accueil se trouve à l'article 312 de la LSSS :

« Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel. »

Les ressources intermédiaires, quant à elles, s'adressent aux personnes en perte d'autonomie nécessitant un plus grand encadrement que les personnes vivant en ressource de type familial, mais moins important que celui offert en CHSLD (Conseil des aînés, 2007). En 2014, il y avait 8034 unités d'habitation dans les 393 ressources intermédiaires du Québec (Labrie, 2015). Les ressources intermédiaires sont définies dans l'article 302 de la LSSS :

« Est une ressource intermédiaire toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition. »

Il existe donc une grande diversité de milieux d'hébergement pour personnes âgées au Québec. Chacun de ces milieux a ses propres particularités qui peuvent influencer la qualité de vie des personnes y résidant, de même que leur participation sociale. La prochaine section du texte est d'ailleurs consacrée au concept de participation sociale.

## **1.2. La participation sociale**

Au vu des informations présentées à la section précédente, il apparaît que de nombreux aînés vivent dans des ressources d'hébergement au Québec, que ce soit en CHSLD, en résidence privée, en ressource intermédiaire ou en ressource de type familial. On peut se demander comment le fait de déménager dans un milieu de vie collectif influence dans la vie des résidents. Ainsi, il apparaît que le fait de déménager dans ce type de ressource pouvait être vu comme stigmatisant par certains aînés (Bonifas, Simons, Biel et Kramer, 2014; Dobbs, Eckert, Rubinstein, Keimig, Clark, Frankowski et Zimmerman,

2008), comme une coupure d'avec le reste de la société (Shura, Siders et Dannefer, 2011). Considérant que le fait d'habiter en ressource d'hébergement peut avoir un effet marginalisant sur la personne, il devient pertinent de déterminer si ce type de milieu de vie permet aux résidents de participer pleinement à la vie en société, d'autant plus que les recherches montrent que la participation sociale est bénéfique pour les résidents. En effet, la participation sociale serait un prédicteur de la qualité de vie (Mitchell et Kemp, 2000; Park, 2009), un moyen de combattre la dépression (Abbott, Fisk et Forward, 2000; Lou, Chi, Kwan et Leung, 2013) et une manière de prolonger l'espérance de vie (Kiely et Flacker, 2003).

Avant d'aller plus loin, il importe de définir ce qu'est la participation sociale, même s'il semble hasardeux de décrire le concept de participation sociale à l'aide d'une seule définition. En effet, il existe une variété impressionnante de définitions de la participation sociale, ce qui met en évidence le caractère polysémique du concept. Dans le champ gérontologique, deux essais de définition présentés par des équipes de recherche québécoises ont été répertoriés. Selon Raymond, Gagné, Sévigny et Tourigny (2008), il est possible de regrouper les différentes définitions de la participation sociale en fonction de quatre grandes familles sémantiques. La première est celle du fonctionnement dans la vie quotidienne, où la participation sociale est définie comme étant l'accomplissement des activités quotidiennes. La seconde famille est celle des interactions sociales, où la participation sociale se réalise au travers des situations d'interaction sociale de diverses natures. La troisième famille est celle du réseau social. Dans cette famille sémantique, la participation sociale implique de faire partie d'un réseau d'interrelations sociales minimalement stables et réciproques, comme c'est le cas des relations d'amitié et de voisinage. La dernière famille est celle de l'associativité structurée, la participation sociale désignant alors des activités à caractère social réalisées dans le cadre d'une organisation dont les objectifs sont explicites. Dans cette quatrième famille, le fait de faire du bénévolat peut être vu comme un bon exemple de participation sociale. Une autre publication propose les résultats d'une analyse de contenu portant sur 43 définitions originales de la participation sociale recensées entre 1980 et 2009 (Levasseur, Richard, Gauvin, et Raymond, 2010). Ce travail a permis de synthétiser les éléments les plus fréquemment mentionnés dans les définitions de ce concept. Selon cette analyse, la participation sociale serait l'implication de la personne dans des activités en interactions avec d'autres personnes dans une société ou une communauté donnée.

Dans le cadre des présents travaux, nous avons toutefois opté pour l'utilisation du Modèle de développement humain — Processus de production du handicap (MDH-PPH) comme cadre théorique définissant la participation sociale. Dans ce modèle, la participation sociale peut être décrite comme étant l'accomplissement des activités quotidiennes et domestiques ainsi que des rôles sociaux valorisés par la société (Fougeyrollas, 2010). À l'inverse, une situation de handicap est la réalité d'une personne ne pouvant réaliser ses habitudes de vie. C'est l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux qui détermine où la personne se situe sur le continuum handicap-participation sociale. L'utilisation de ce modèle permet une analyse fine des facteurs influençant la participation sociale des aînés, potentiellement favorable à une meilleure compréhension à la fois des dynamiques participatives et des moyens de mieux soutenir la participation sociale des aînés vivant en résidence. Ce modèle est décrit en détail dans la section suivante du document.



## 2. Méthodologie

Cette section a deux fonctions, soit de documenter le processus de recherche documentaire ayant permis la constitution du corpus étudié, ainsi que présenter le Modèle de développement humain — Processus de production du handicap (MDH-PPH) qui encadrera l'analyse des résultats de la recension des écrits.

### 2.1. Démarches de recension des écrits

L'objectif de la recherche documentaire était de déterminer quels sont les déterminants, facilitateurs et obstacles, de la participation sociale des aînés vivant en ressources d'hébergement. Ainsi, la question de recherche était « Qu'est-ce qui soutient ou freine la participation sociale dans le milieu des résidences pour personnes âgées? » À partir de cette question, une liste de 3 concepts-clés correspondant aux principaux thèmes de la recherche a été élaborée pour faire une recherche documentaire. Ces concepts-clés étaient résidence pour aînés, personnes âgées et participation sociale. Pour chacun de ces concepts, une liste de mots-clés fut créée avec l'aide du thésaurus associé aux ressources bibliothécaires de l'Université Laval et qui est présenté au Tableau 1.

**Tableau 1 : Liste des termes utilisés pour la recension des écrits en fonction des concepts qu'ils représentent**

Concepts clés	Mots-clés français	Mots-clés anglais
Résidence pour aînés	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Centre d'accueil pour personne âgée</li> <li>— Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)</li> <li>— Établissements d'hébergement pour personnes âgées</li> <li>— Établissements pour personnes âgées</li> <li>— Hébergement</li> <li>— Maison de retraite</li> <li>— Placement</li> <li>— Résidence intermédiaire</li> <li>— Ressource de type familial</li> <li>— Résidence privée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Assisted Living Facilities</li> <li>— Foster families</li> <li>— Homes for the aged</li> <li>— Housing</li> <li>— Long term care</li> <li>— Nursing home</li> <li>— Old age homes</li> <li>— Retirement homes</li> <li>— Residential Care</li> <li>— Residence characteristics</li> <li>— Residential facilities</li> </ul>

Concepts clés	Mots-clés français	Mots-clés anglais
	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Maison de retraite</li> </ul>	
Personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Aînés</li> <li>— Âge d'or</li> <li>— Senior</li> <li>— Gérontologie</li> <li>— Retraité</li> <li>— Vieillesse</li> <li>— Vieillessement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Aging</li> <li>— Aged</li> <li>— Elderly</li> <li>— Gerontology</li> <li>— Older adults</li> <li>— Older people</li> <li>— Seniors</li> </ul>
Participation sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Citoyenneté</li> <li>— Engagement social</li> <li>— Loisirs</li> <li>— Participation sociale</li> <li>— Rapports sociaux</li> <li>— Relations interpersonnelles</li> <li>— Relations sociales</li> <li>— Vie sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Citizenship</li> <li>— Interpersonal relations</li> <li>— Leisure</li> <li>— Social engagement</li> <li>— Social life</li> <li>— Social participation</li> </ul>

Ces mots-clés ont été utilisés pour faire une recherche dans les bases de données suivantes : *Social services abstract*, *Social Sciences Full Text*, *CINAHL Plus with Full Text*, *Pubmed*, *PsycNet* et *Ageline*. Seuls les articles postérieurs à l'année 1990 ont été retenus. En tout, 216 documents pertinents ont été trouvés lors de ce processus. Le Tableau 2, présenté à l'Annexe A, expose les démarches effectuées dans les bases de données et les résultats obtenus.

L'ensemble des textes recueillis lors du processus de recherche dans les bases de données avait un point commun, soit celui de traiter de la participation sociale des aînés vivant en ressource d'hébergement. Néanmoins, la manière d'aborder le sujet divergeait beaucoup entre les différents articles scientifiques, notamment le degré d'importance accordé à la participation sociale. L'hétérogénéité du matériel a donc motivé un classement préliminaire des articles en fonction de leur thématique, afin de faciliter le travail d'analyse. Les grands thèmes utilisés pour ce classement étaient : les effets de la participation sociale; les facteurs influençant la participation sociale; l'empowerment; les interventions touchant la participation sociale; l'expérience de la vie quotidienne en résidence; l'impact de l'environnement sur la vie des résidents (design, objets, etc.); les interactions des résidents (personnel, famille, etc.); l'identité; la transition vers une résidence. Bien que ces grands thèmes ne soient pas mutuellement exclusifs, et que certains articles aient été classés dans plusieurs catégories, ce classement a permis de mieux analyser le contenu du matériel obtenu. À la lumière de ce classement et de la lecture des résumés des 216 articles retenus, les 22 articles jugés les plus pertinents ont été sélectionnés pour constituer le corpus à analyser.

À la suite de la lecture de ces derniers, la méthode dite « boule de neige » a été utilisée pour enrichir le corpus. La liste des références bibliographiques de chacun des articles a été révisée dans le but de découvrir de nouveaux textes à inclure dans la recension. Cette méthode a permis d'ajouter treize articles supplémentaires à la recension des écrits. Un mémoire en service social a aussi été rajouté au corpus. Au final, ce sont donc 36 documents qui ont été utilisés pour la recension des écrits. La majorité de ce corpus littéraire provenait de l'extérieur du Québec. Le milieu anglo-saxon était bien représenté avec 22 articles américains et huit documents provenant du Royaume-Uni. L'ensemble des documents sélectionnés pour la recension des écrits est présenté au Tableau 3 qui se retrouve à l'Annexe B.

La recension des écrits permet d'avoir un aperçu des facteurs pouvant influencer la participation sociale des aînés vivant en ressource d'hébergement. La grande variété des publications recueillies a permis d'obtenir des informations variées en provenance de plusieurs régions du monde. La recension des écrits comporte néanmoins certaines limites qui se doivent d'être abordées. Tout d'abord, le fait que les publications proviennent de plusieurs pays amène quelques complications dans l'analyse des résultats recueillis. En effet, la définition juridique des différents types de ressource d'hébergement peut différer d'un endroit à l'autre. Il devient alors difficile de faire des comparaisons entre les divers types de ressources d'hébergement. C'est pour cette raison que le texte aborde les ressources d'hébergement comme étant semblables, ce qui peut avoir pour effet d'atténuer certaines différences pouvant exister entre les différents types d'organisations résidentielles pour aînés. Une autre limite découle du fait que seulement une petite proportion des informations utilisées provient du territoire québécois. Cette limite est expliquée par le fait que peu de recherches ont été menées sur la participation sociale des aînés

dans les ressources d'hébergement au Québec. Les présents travaux contribueront à combler ces lacunes dans la littérature scientifique portant sur les ressources d'hébergement au Québec.

## **2.2. Choix du cadre d'analyse. : Modèle de développement humain et Processus de production du handicap (MDH-PPH)**

Le modèle du Processus de production du handicap (PPH) a été élaboré à partir de la fin des années 1980 au Québec, avec l'objectif de dépasser à la fois les modèles médical (centré sur facteurs individuels) et social (centré sur les facteurs sociaux) des incapacités (Fougeyrollas, 2002). L'innovation du PPH a été de mettre ces deux grands groupes de déterminants en interaction afin de montrer que la réalisation des habitudes de vie d'une personne est possible lorsqu'il y a correspondance entre les situations individuelles et le contexte environnemental. Par exemple, si les incapacités d'une personne sont adéquatement compensées par des aides techniques ou une adaptation de son environnement domestique et communautaire, lui permettant de réaliser les habitudes de vie de son choix, cette personne sera en situation de participation sociale, et non de handicap. De plus, le PPH a une portée universelle, c'est-à-dire, qu'il peut être utilisé pour analyser la situation de tout être humain en fonction de son niveau de développement (St-Germain, Boivin et Fougeyrollas, 2008). Autrement dit, il ne se limite pas à l'analyse de la participation sociale des personnes ayant des incapacités, mais peut aussi être appliqué à d'autres populations. Il est donc possible d'utiliser ce modèle pour étudier la participation sociale d'une population âgée, comme cela a été fait par Garceau, Vincent et Robichaud (2007), qui se sont intéressés à l'impact de l'utilisation de la télésurveillance sur la participation sociale des personnes âgées à domicile.

Le PPH a évolué depuis sa création et le présent rapport utilisera la version présentée dans *La funambule, le fil et la toile : Transformations réciproques du handicap* de Fougeyrollas (2010), sous le nom de Modèle de développement humain et Processus de production du handicap (MDH-PPH2). Ce dernier est présenté à la Figure 1. Dans ce modèle, la participation sociale est opérationnalisée au travers du concept des habitudes de vie définies comme « les activités quotidiennes et domestiques ainsi que les rôles sociaux valorisés par le contexte socioculturel pour une personne selon son âge, son sexe et son identité sociale et personnelle » (Fougeyrollas, 1995 : 150). Ces activités sont autant garantes de la survie de la personne que de son épanouissement. Fougeyrollas (2002) précise qu'une habitude de vie est la performance d'une activité sociale en milieu de vie réelle. Pour lui, la participation sociale est donc la rencontre entre la personne et son environnement, déterminée par l'interaction systémique entre les facteurs personnels (systèmes organiques, aptitudes et identité) et les facteurs environnementaux sur les plans micro, méso et macrosocial (St-Germain et al., 2008). Il est possible de mesurer la qualité de réalisation d'une habitude de vie à l'aide d'une échelle allant de la pleine participation sociale à la situation de handicap total (Fougeyrollas, 2010).

Dans le modèle proposé par Fougeyrollas (2010), les facteurs personnels sont décrits comme étant les caractéristiques intrinsèques à la personne: les systèmes organiques (le corps), les aptitudes (la fonctionnalité) et les facteurs identitaires. Un système organique peut être décrit comme un regroupement de composantes corporelles ayant une fonction commune. La dimension des systèmes organiques fait donc référence aux différentes composantes du corps humain, que ce soit sur le plan



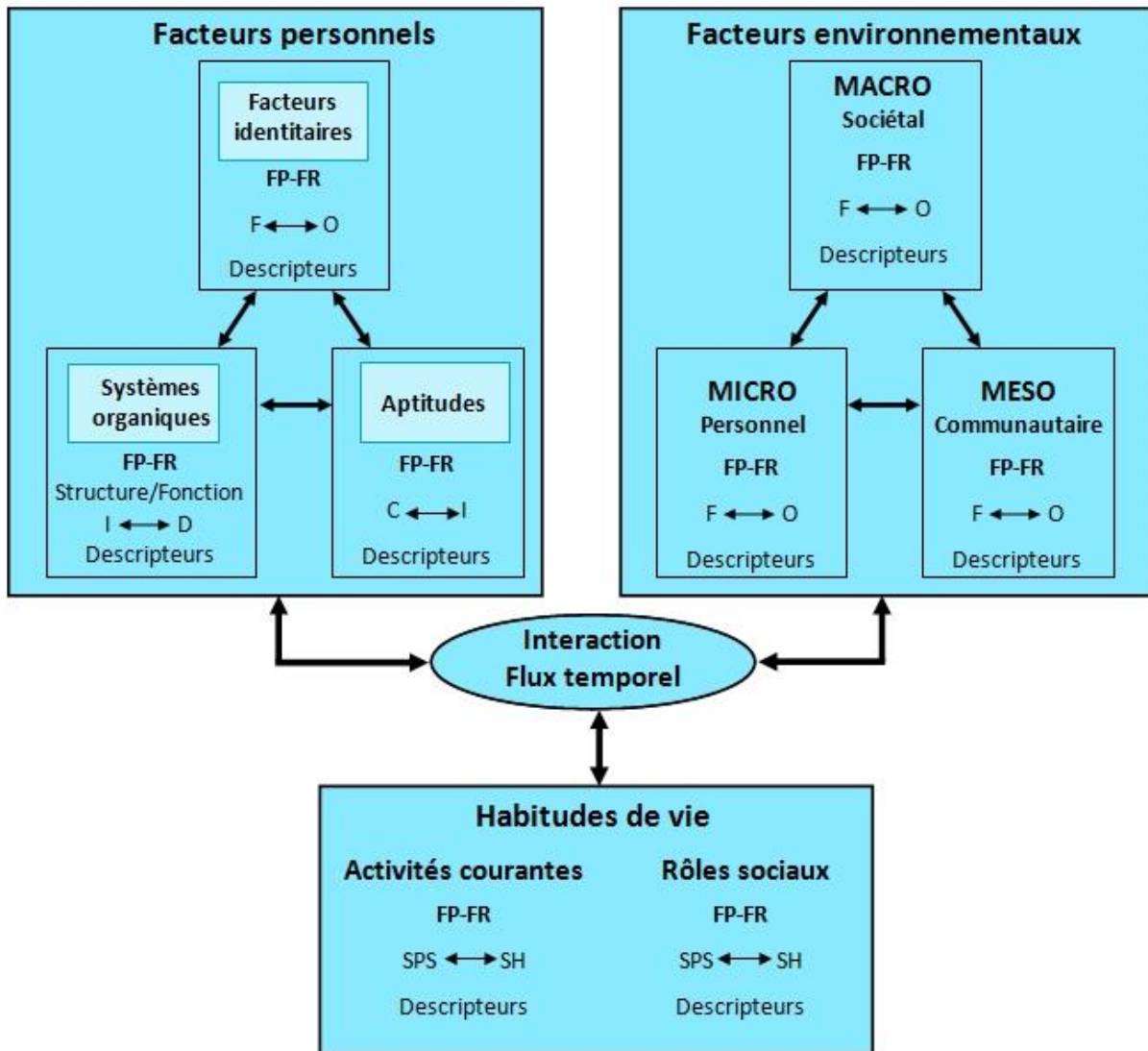
anatomique, histologique ou physiologique. L'intégrité d'un système organique correspond au fait que ce dernier demeure inaltéré en fonction de la norme biologique humaine, alors qu'une déficience fait référence au degré d'atteinte d'un système. Le concept d'aptitude est décrit comme étant la capacité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale. Une échelle allant de la capacité optimale à l'incapacité complète permet de mesurer la qualité d'une aptitude. La dimension des facteurs identitaires fait référence aux éléments d'ordre sociodémographique et biographique, c'est-à-dire, l'âge, le sexe, le diagnostic, l'appartenance culturelle significative pour la personne, le niveau de scolarité, le statut d'emploi, l'histoire de vie, les valeurs, les objectifs de vie, le statut socio-économique et le statut familial.

Fougeyrollas décrit les facteurs environnementaux comme étant « l'ensemble des dimensions sociales, culturelles, écologiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société » (1995 : 150). Ces facteurs peuvent être vus comme des obstacles ou comme des facilitateurs à l'accomplissement des habitudes de vie de la personne. D'ailleurs, le modèle du processus de production du handicap propose une échelle permettant de mesurer la qualité de l'environnement, qui va de facilitateur optimal à obstacle complet (Fougeyrollas, 2010). Les facteurs environnementaux se déclinent sous la forme de trois dimensions : le micro environnement personnel (proximal, domestique), le méso environnement communautaire et le macro environnement sociétal. Les éléments de ces trois dimensions peuvent se diviser à leur tour sous la forme des deux nomenclatures suivantes : les facteurs physiques et les facteurs sociaux (Fougeyrollas, 2010). Au moment de la présentation des résultats en lien avec les facteurs environnementaux, nous expliquerons comment cette nomenclature a été appliquée au contexte des résidences pour aînés.

La prochaine section portera sur l'impact des facteurs personnels et des facteurs environnementaux sur la participation sociale des personnes habitant dans les ressources d'hébergement pour aînés.

Figure 1. Modèle de développement humain et Processus de production du handicap (MDH-PPH2)

### Modèle de développement humain et Processus de production du handicap (MDH-PPH 2) (Fougeyrollas, 2010)



**Légende:**  
 FP-FR : Facteur protecteur-Facteur de risque  
 F ↔ O : Facilitateur ↔ Obstacle  
 I ↔ D : Intégrité ↔ Déficience  
 C ↔ I : Capacité ↔ Incapacité  
 SPS ↔ SH : Situation de participation sociale ↔ Situation de handicap

### **3. Résultats**

Le classement des informations recueillies lors de la recension des écrits se fera à l'aide du Modèle de développement humain et Processus de production du handicap (MDH-PPH2). Comme il a été expliqué plus tôt, ce modèle appréhende la participation sociale comme le résultat de l'interaction systémique entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux (St-Germain et al., 2008). En faisant la nuance entre ces deux groupes de facteurs, ce modèle permettra d'approfondir et de préciser la compréhension des facteurs influençant la participation sociale des aînés en ressources d'hébergement. Ce chapitre se divisera donc en deux parties; la première abordera les facteurs personnels, et la seconde abordera les facteurs environnementaux.

#### **3.1. Facteurs personnels**

Les facteurs personnels désignent les caractéristiques personnelles des résidents qui influencent leur participation sociale. Ce sont les facteurs identitaires, les facteurs liés aux systèmes organiques et les aptitudes.

##### **3.1.1. Facteurs identitaires**

Les facteurs identitaires concernent les caractéristiques sociodémographiques et biographiques de la personne. Les facteurs identitaires présentés dans cette section du texte sont l'âge, le genre, le statut conjugal, les facteurs culturels, le statut socio-économique, l'histoire de vie, « l'étiquette sociale » qui leur est attribuée et le tempérament du résident.

###### **3.1.1.1. Âge**

Il est tout d'abord pertinent de mentionner que l'avancée en âge peut être vue comme un facteur nuisant à la participation sociale des résidents. En effet, des résidents attribuent leur manque de motivation à participer aux activités offertes au processus normal de vieillissement (Harmer et Orrell, 2008). D'ailleurs, les résidents les plus âgés feraient moins de sorties à l'extérieur de la résidence (Zimmerman, Scott, Park, Hall, Wetherby, Gruber-Baldini et Morgan, 2003). Néanmoins, le fait d'être plus jeune ne favoriserait pas forcément la participation sociale dans le milieu résidentiel. En effet, des résidents plus jeunes ont de la difficulté à s'intégrer dans la ressource d'hébergement et n'aiment pas le fait de devoir habiter dans le même milieu que des personnes plus âgées (Kemp, Ball, Hollingsworth et Perkins, 2012). Le rôle médiateur de l'âge pourrait expliquer pourquoi la similitude quant à l'âge des personnes habitant dans un milieu d'hébergement contribue au sens de la communauté ressentie dans ce dernier (Kemp et al., 2012).

###### **3.1.1.2. Genre**

Un autre facteur identitaire pouvant avoir un impact sur la participation sociale des résidents est le genre. En effet, les femmes en résidence participeraient davantage aux activités sociales que les hommes (Mitchell et Kemp, 2000; Zimmerman et al., 2003). Une étude de Zimmerman et al. (2003), menée auprès de 2 078 résidents provenant de 193 établissements, démontre que les femmes participeraient à plus d'activités de groupe que les hommes, qu'elles utiliseraient davantage le

téléphone et qu'elles s'isoleraient moins socialement. Par contre, les hommes exprimeraient davantage le désir d'avoir une plus grande variété d'activité et de contacts sociaux avec le monde extérieur que les femmes (Park, Zimmerman, Kinslow, Shin et Roff, 2012).

Il semble aussi que le genre ait une influence sur les relations sociales maintenues avec les autres résidents. Ainsi, les hommes auraient plus de relations avec les membres du sexe opposé que les femmes, mais auraient moins de relations avec les membres du même sexe (Kemp et al., 2012). Néanmoins, il faut prendre en considération que les hommes sont généralement minoritaires dans ce genre de milieu, ce qui peut être un facteur limitant leur possibilité d'interagir avec des pairs du même sexe (Moss et Moss, 2007). Il a toutefois aussi été observé que les résidents faisaient davantage d'efforts pour être en relation avec des résidents ayant d'importantes limites physiques lorsque ces derniers étaient du même genre qu'eux (Sandhu, Kemp, Ball, Burgess et Perkins, 2013). Dans un même ordre d'idée, il semble que les femmes ont une attitude plus positive que les hommes à l'égard de leurs pairs ayant des incapacités (Iecovich et Lev-Ran, 2006).

Le genre influencerait aussi l'attitude que les membres du personnel ont avec les résidents. Le personnel serait en effet plus tolérant envers les hommes lorsque ces derniers adoptent des comportements jugés « excentriques ». Par exemple, les membres du personnel auraient de la difficulté à accepter qu'une femme s'assoie à la même table que les hommes pour le dîner, alors qu'ils n'auraient aucune réaction lorsqu'un homme décide de s'asseoir à une table utilisée principalement par les femmes (Dobbs et al., 2008). Ainsi, le fait d'être une femme pourrait limiter les possibilités d'entrer en contact avec les autres résidents en raison des normes ou attentes du milieu.

Donc, le genre aurait une influence sur la manière dont les personnes âgées participent aux activités sociales, sur la manière dont ils entrent en relations les uns avec les autres et sur la manière dont le personnel salarié considère et organise les possibilités de socialisation entre les résidents.

### **3.1.1.3. Statut conjugal**

Il apparaît que le statut conjugal peut avoir un impact tant positif que négatif sur la participation sociale des aînés habitant dans une ressource d'hébergement. Ainsi, le fait d'être marié peut agir comme un obstacle à la participation sociale des résidents. En effet, la présence du partenaire au sein de la résidence pourrait avoir pour effet de concentrer les énergies du résident sur sa relation de couple, au détriment des interactions avec les autres résidents et de sa participation aux activités offertes. Cela se manifesterait plus particulièrement dans les cas où un des partenaires est en perte d'autonomie (Kemp et al., 2012; Moss et Moss, 2007; Sandhu et al., 2013). D'un autre côté, les résidents en couple peuvent s'entraider pour compenser leurs limites fonctionnelles, ce qui amène la possibilité de participer plus facilement aux activités sociales (Sandhu et al., 2013). Le fait d'être marié avec une résidente peut limiter les effets négatifs associés à la solitude en résidence pour les hommes. De plus, il apparaît que la participation sociale des hommes mariés s'accroît à l'extérieur de la résidence lorsque leur femme vit dans la communauté, c'est-à-dire à l'extérieur de la résidence, ce qui a pour effet d'accroître leur sentiment d'indépendance (Moss et Moss, 2007).

En somme, le fait d'être en couple peut autant stimuler que limiter la participation sociale des résidents, tandis que la présence ou l'absence du partenaire amoureux dans la ressource d'hébergement constitue un élément-clé de cette dynamique.

#### **3.1.1.4. Facteurs culturels**

Il y a peu d'éléments dans la recension de la littérature qui concernent l'impact des facteurs culturels sur la participation sociale. Selon la famille de résidents atteints de démence et les employés de ressources d'hébergement spécialisées en démence, les gens appartenant à une minorité ethnique présenteraient des problèmes de communication ayant pour effet de rendre leur participation aux activités plus difficile (Harmer et Orrell, 2008). De plus, le fait de ne pas être familier avec certaines langues secondes utilisées par d'autres résidents, comme le yiddish, est vu comme une barrière aux relations sociales, ce qui peut créer un sentiment d'exclusion sociale (Bonifas et al., 2014).

Vu le peu d'informations sur le sujet, il est difficile de déterminer avec précision quel est l'impact des facteurs culturels sur la participation sociale des aînés. Il est seulement possible d'affirmer que le fait d'appartenir à un groupe minoritaire semble être un facteur nuisible à la participation sociale des aînés en résidence.

#### **3.1.1.5. Statut socio-économique**

Le statut socio-économique semble aussi avoir un certain impact sur la vie sociale des résidents. Par exemple, le fait d'être dans une situation économique avantageuse peut permettre à des résidents de payer des services de soutien privés, ce qui peut influencer de différentes manières leur participation sociale. D'une part, cela peut agir comme un obstacle à la participation sociale du résident en lui offrant le soutien nécessaire lui permettant de passer davantage de temps dans sa chambre, ce qui limite ses contacts avec les autres résidents. Ainsi les services de soutien peuvent permettre au résident de consommer ses repas dans sa chambre, lui évitant de devoir se déplacer dans la salle à manger et d'être en présence des autres résidents. D'autre part, cela peut aussi agir comme un facilitateur de la participation sociale en permettant au résident de participer à des activités qui auraient été inaccessibles sans le recours à des services privés (Sandhu et al., 2013). Par ailleurs, une étude d'Iecovich et Lev-Ran (2006) suggère que moins la situation financière des résidents est bonne, plus ils adoptent une attitude positive envers les résidents vivant avec d'importantes incapacités.

En somme, l'impact des ressources financières sur la participation sociale des résidents est un sujet peu documenté dans la littérature. L'effet d'une situation financière avantageuse sur la participation sociale des résidents est ambigu. Une situation économique désavantageuse peut avoir pour effet d'amener une attitude plus positive envers les résidents ayant des incapacités sévères.

#### **3.1.1.6. Histoire de vie**

Le passé des résidents, c'est-à-dire tout ce qui entoure leur vie avant de se retrouver en résidence, sera abordé comme étant un facteur identitaire. La littérature suggère que les intérêts manifestés par les résidents dans le passé auraient un effet sur leur sélection des activités auxquelles ils souhaitent participer dans le présent. Les résidents détermineraient donc leurs activités en fonction du fait qu'elles

reflètent leurs anciens intérêts (Cohen-Mansfield, Marx, Thein, & Dakheel-Ali, 2010; Tak, Kedia, Tongumpun et Hong, 2015). D'ailleurs, pour certains résidents atteints de démence, le fait qu'une activité soit liée aux valeurs et aux croyances de leurs rôles sociaux antérieurs est vu comme étant ce qui lui donne une importance significative (Harmer et Orrell, 2008). Dans un même ordre d'idée, il apparaît que la participation aux activités religieuses de la résidence s'inscrit dans la continuité des anciennes habitudes de vie pour beaucoup de résidents (Tak et al., 2015). De plus, la poursuite dans la résidence de rôles sociaux liés aux soins et à la défense des droits pourrait faciliter les relations avec les autres résidents. Par exemple, une personne ayant une expérience de travail dans le domaine de la relation d'aide peut très bien offrir du soutien social aux autres résidents pour se tenir occupée (Bonifas et al., 2014).

Toutefois, le passé des résidents peut aussi agir comme un obstacle à leur participation sociale. Ainsi, le fait d'avoir eu l'habitude de participer régulièrement à des activités de plein air et des activités solitaires avant d'être admis en résidence peut amener des difficultés à participer à la vie sociale de la résidence. Étant habituées aux activités extérieures et aux activités solitaires, certaines de ces personnes auraient beaucoup de difficultés à s'adapter à la vie en résidence, n'interagiraient pas avec les autres résidents et déclineraient les sorties organisées par la résidence (Buckley et McCarthy, 2009). Par ailleurs, un résident peut ressentir de l'ambivalence et de l'hésitation par rapport à l'idée d'accomplir une activité qu'il effectuait dans le passé. Une explication possible à cette situation serait que les résidents auraient peur de vivre un échec face à une activité qu'ils maîtrisaient auparavant, reflétant une perte de capacités (Harmer et Orrell, 2008).

Le passé des résidents a donc un impact important sur la manière dont ils s'impliquent dans les activités. La concordance d'une activité avec les intérêts, les valeurs et les croyances qu'un résident a manifestés par le passé peut déterminer son implication dans ladite activité. D'ailleurs, une personne âgée peut avoir de la difficulté à participer à la vie sociale de son milieu de vie lorsque la ressource d'hébergement se démarque de manière importante de sa vie préalable.

### **3.1.1.7. Étiquetage social**

Le fait de porter une étiquette sociale peut avoir un impact important sur la participation sociale des résidents. Ainsi, le fait d'être étiqueté comme étant dément peut avoir pour effet d'isoler socialement un résident. Ainsi, lorsqu'un résident est transféré dans une unité spécialisée en démence au sein de sa ressource d'hébergement, les contacts avec les résidents de son unité antérieure ont tendance à disparaître (Sandhu et al., 2013). D'ailleurs, la peur de porter une étiquette peut aussi agir comme un obstacle à la participation sociale. Ainsi, il arrive que les résidents évitent de demander plus de contacts avec leurs familles et leurs amis pour éviter d'être catégorisés comme étant une personne dépendante (Tompkins, Ihara, Cusick et Park, 2012). Le fait d'éviter d'avoir des contacts à l'extérieur d'un institut gériatrique peut être vu comme une façon de maintenir son identité personnelle et le respect de soi-même en évitant d'exposer son manque d'autonomie au monde extérieur (Barkay et Tabak, 2002). L'absence de certaines étiquettes sociales peut aussi être vue comme un obstacle à la participation sociale des résidents. À titre d'exemple, Pryce et Goberman-Hill (2012) rapportent que plusieurs résidents n'ont pas de diagnostic de problèmes auditifs, alors que ces derniers éprouvent de la difficulté

à entendre des conversations. L'absence de diagnostic, c'est-à-dire l'absence de l'étiquette sociale de la surdité, priverait les aînés de traitement permettant d'améliorer leurs capacités auditives. Ainsi, ils n'ont pas accès aux appareils auditifs leur permettant de communiquer plus facilement avec les gens présents dans leur environnement.

Donc, l'impact que peut avoir l'étiquetage social sur la participation sociale des aînés ne résulte pas seulement au fait d'être étiqueté, puisque l'évitement délibéré d'une étiquette sociale jugée péjorative et même l'absence d'un diagnostic associé à une étiquette sociale peuvent aussi influencer la participation des aînés.

### **3.1.1.8. Tempérament**

Le tempérament des résidents est un autre élément affectant la participation sociale de ces derniers. Il ne faut pas sous-estimer l'impact que peuvent avoir des attitudes telles que la politesse sur la participation sociale en résidence. Ainsi, il apparaît que les résidents évitent de formuler leurs insatisfactions en guise de respect aux employés de la résidence (Abbott et al., 2000; Beel-Bates, Ingersoll-Dayton et Nelson, 2007). En tenant compte de l'idée que la participation implique que la personne puisse s'exprimer sur les décisions affectant sa vie (Abbott et al., 2000), il apparaît que la politesse peut agir comme un obstacle à la pleine participation des résidents dans leur milieu de vie. Par ailleurs, le résident peut adopter une attitude de politesse pour obtenir certains bénéfices de la part des employés. Loin d'être une attitude de soumission, le fait d'éviter de se plaindre est vu comme une stratégie visant à obtenir de bons services du personnel (Charpentier et Soulières, 2007). D'ailleurs, le fait de montrer de la déférence aux employés de la ressource favorise les relations positives avec ces derniers et donne l'impression aux résidents de contribuer activement aux échanges sociaux qu'ils ont avec le personnel.  galement, la politesse peut favoriser la participation sociale en poussant les résidents à participer aux activités offertes par la résidence pour faire preuve de déférence à l'égard des employés (Beel-Bates et al., 2007). Selon Beel-Bates et al. (2007), il semble aussi que la déférence par rapport aux membres de la famille influence la participation sociale. Par exemple, certains la pratiquent en limitant au maximum les demandes à leur famille pour sortir de la résidence. Bien que cette tactique puisse être vue comme restreignant la participation sociale des résidents, elle peut aussi être perçue par les aînés comme un moyen de maintenir une plus grande harmonie familiale pour les aînés et d'éviter de se sentir comme des fardeaux pour leurs proches. En d'autres mots, ne pas solliciter davantage d'aide permet aux résidents de consolider le soutien social qu'ils reçoivent déjà de leur famille.

En dehors de la politesse, certaines caractéristiques du tempérament peuvent aussi avoir un impact sur la participation sociale des résidents. Ainsi, la résilience, définie comme étant un processus d'adaptation efficace à une source significative de stress ou à un traumatisme (Windle, 2011), peut être vue comme un élément facilitant le développement de nouveaux liens sociaux (Park et al., 2012). De plus, privilégier des relations humaines réciproques, « allant dans les deux sens », favorise le maintien des rapports sociaux ainsi que l'établissement de nouveaux contacts (Park et al., 2012). Le fait d'utiliser l'humour facilite les contacts sociaux entre les résidents, surtout s'il s'articule autour du vieillissement et de la santé (Sandhu et al., 2013). Les résidents prêts à venir en aide à leurs pairs moins autonomes sont caractérisés par le fait d'être optimistes, d'avoir un sens des responsabilités face aux autres et de croire

en des principes tels que : « traiter les autres comme on voudrait être traité » (Park et al., 2012). Le fait d'être positif amènerait les résidents à s'adapter plus facilement aux espaces partagés dans la ressource d'hébergement (Bradshaw, Playford et Riazi, 2012). À l'opposé, l'absence de participation serait liée à l'incapacité de la personne de gérer les critiques et d'exprimer son opinion librement (Barkay et Tabak, 2002). Pour terminer, il ne faut pas oublier que la participation sociale n'est pas forcément une priorité pour les résidents. En effet, certains résidents préfèrent se reposer et s'occuper de leur propre santé que d'avoir une vie sociale dans la résidence (Barkay et Tabak, 2002).

Donc, la participation sociale des résidents est affectée par leur tempérament. La politesse peut être vue comme étant autant favorable que défavorable à la participation sociale de l'aîné. La résilience, l'humour et le fait d'être positif encourageraient la participation sociale du résident, alors que l'incapacité de gérer les critiques et d'exprimer son opinion librement aurait un impact négatif sur la participation sociale.

### **3.1.2. Facteurs liés aux systèmes organiques et aux aptitudes**

Étant donné que les aptitudes d'un individu sont étroitement liées à l'état de son système organique, les facteurs liés à ces deux dimensions seront abordés simultanément dans cette section. Les thèmes traités seront la santé physique, les capacités physiques, les capacités cognitives, la santé mentale et l'autonomie des résidents.

#### **3.1.2.1. Santé**

Il semble qu'un bon état de santé puisse être un facilitateur de la participation sociale des résidents. Par exemple, selon l'étude de Park et al. (2012) menés dans quatre ressources d'hébergements situées en Alabama, seuls les résidents les plus en santé, c'est-à-dire ceux n'ayant pas d'incapacités sévères, sont physiquement en mesure de prendre part à certaines sorties de groupes organisées par la résidence. De plus, Barkay et Tabak (2002) ont démontré qu'en centre gériatrique, il existe une corrélation positive entre le statut de santé des résidents, leur nombre d'amis dans la résidence et leur participation aux activités. Donc, les résidents en santé, sans incapacités sévères, étaient ceux qui avaient le plus grand nombre d'amis résidents et qui participaient le plus aux activités de la résidence.

Si un bon état de santé peut être vu comme un facilitateur de la participation sociale, un mauvais état de santé peut, à l'inverse, être un obstacle à la participation sociale. En effet, des résidents voient leur maladie physique comme un obstacle aux interactions sociales (Park et al., 2012). La mauvaise condition de santé des pairs peut dissuader les aînés de développer des relations sociales avec eux, puisque le temps dont ceux-ci disposent est limité par la maladie. Un inconfort émotionnel peut aussi surgir par rapport aux résidents dont l'état de santé décline, ce qui peut se traduire par des comportements d'évitement à leur égard. La source de cet inconfort proviendrait du fait que les résidents présentant un déclin de l'état de santé refléteraient aux autres résidents l'anticipation de leur propre déclin à venir (Bonifas et al., 2014).

En somme, il apparaît qu'un bon état de santé favorise la participation sociale du résident, alors qu'un mauvais état de santé est une contrainte à cette participation.



### **3.1.2.2. Capacités physiques**

La présence ou l'absence de conditions affectant le fonctionnement physique des résidents aurait un impact sur leur participation sociale. Une incapacité souvent mentionnée dans la littérature comme ayant un impact négatif sur la participation est la perte d'audition (Bonifas et al., 2014; Kemp et al., 2012; Park et al., 2012; Pryce et Gooberman-Hill, 2012; Resnick, Fries et Verbrudge, 1997; Sandhu et al., 2013; Tak et al., 2015). Les problèmes de vision agiraient aussi comme une barrière à la participation sociale des résidents en limitant le réseau social des personnes ayant ce type d'incapacité (Resnick et al., 1997; Sandhu et al., 2013; Tak et al., 2015). D'ailleurs, selon une étude regroupant les données de 18 873 résidents, il existerait une forte corrélation entre les incapacités visuelles, auditives et de communication, et la participation sociale des résidents. En effet, la présence de ces types d'incapacités serait liée à un faible niveau de participation sociale et à la restriction du temps passé à faire des activités dans la résidence (Resnick et al., 1997).

En dehors des problèmes sensoriels, il semble que les problèmes de mobilité nuisent à la participation sociale des résidents (Harris, 2007; Kemp et al., 2012; Park et al., 2012; Sandhu., 2013; Tak et al., 2015; Zimmerman et al., 2003). En effet, le fait d'être dépendant des autres pour se déplacer serait lié à moins d'activités de groupe et à moins de sorties à l'extérieur de la ressource d'hébergement (Zimmerman et al., 2003). Aussi, les problèmes avec les mains, les doigts, les pieds, les genoux et le dos peuvent affecter négativement la participation sociale des résidents (Tak et al., 2015). Par exemple, l'arthrose aux mains peut rendre difficile le maintien d'une correspondance écrite à l'extérieur de la résidence (Spencer, Hersch, Aldridge, Anderson et Ulbrich, 2001). Il apparaît aussi que la présence de douleur physique et d'incontinence serait des facteurs défavorables à la participation sociale des aînés en diminuant les occasions de socialiser des personnes concernées et leur intérêt à mener une vie sociale satisfaisante (Kemp et al., 2012). D'ailleurs, il serait fréquent de voir les résidents ayant des incapacités physiques être stigmatisés par les résidents dits « plus autonomes » (Dobbs et al., 2008).

Bien que les limitations physiques décrites ci-haut soient généralement considérées comme des obstacles à la participation sociale des résidents, il existe certaines contradictions à ce sujet dans la littérature. Certaines sources indiquent que les différences quant aux capacités physiques des résidents n'influenceraient pas toujours les contacts sociaux que ces derniers ont entre eux (McKee, Harrison et Lee, 1999; Spencer et al., 2001). Selon Pinet (1999), il semble que les résidents en fauteuil roulant et ceux utilisant un déambulateur ne soient pas différents des autres résidents quant à leur utilisation de l'espace social à l'intérieur de la résidence. Selon d'autres études, les résidents dépendant du personnel de la résidence pour se déplacer passent davantage de temps dans les espaces communs de l'établissement que ceux physiquement autonomes. En effet, ces résidents ne sont pas en mesure de se retirer de l'espace social comme peuvent le faire les résidents autonomes. Ainsi, ce sont les résidents les moins autonomes qui meublent l'espace social des résidences (Hauge et Heggen, 2008 ; Pryce et Gooberman-Hill, 2012). De plus, même s'il est vrai que plusieurs résidents circonscrivent leurs activités sociales à cause de leurs limitations physiques, il a été observé que ces résidents reçoivent souvent de l'aide de la part de résidents ayant un meilleur état physique qu'eux (Park et al., 2012; Sandhu et al., 2013; Spencer et al., 2001).

En somme, la recension des écrits fait état du fait que les incapacités physiques sont généralement associées à une participation sociale réduite des résidents. Par contre, certains articles montrent des situations où les incapacités physiques n'ont pas d'effets négatifs sur la participation sociale des aînés.

### **3.1.2.3. Capacités cognitives**

Un déclin des capacités cognitives peut avoir un impact sérieux sur la participation sociale des personnes âgées. La présence de troubles cognitifs semble agir comme un obstacle à la participation sociale des résidents. En effet, il serait plus difficile pour les résidents de prendre part à certaines activités dues aux pertes d'habiletés créées par les troubles cognitifs (Harmer et Orrell, 2008). La détérioration cognitive que vivent certains résidents serait aussi une entrave importante aux relations sociales dans la résidence. Le déclin cognitif amène souvent les résidents à être stigmatisés et à ne pas être tolérés par leurs pairs n'ayant pas de trouble cognitif (Bonifas et al., 2014; Dobbs et al., 2008; Kemp et al., 2012; Park et al., 2012; Sandhu et al., 2013).

Il est difficile de ne pas aborder la question de la démence lorsqu'il est question de déclin cognitif. La démence est définie dans le Larousse médical (2012) comme étant « l'affaiblissement progressif de l'ensemble des fonctions intellectuelles, dû à une probable lésion des cellules nerveuses cérébrales » (« Démence », p. 254). La démence serait associée au fait de recevoir moins de visites, d'avoir moins de contacts téléphoniques et de vivre plus d'isolement social (Zimmerman et al., 2003). Les comportements liés à la démence se manifestent de plusieurs manières, incluant la violation des normes sociales, les conversations répétitives, les difficultés de compréhension, des comportements alimentaires déplaisants pour les autres résidents et des comportements sexuels inappropriés (Sandhu et al., 2013). À première vue, ces symptômes semblent être des obstacles aux relations sociales satisfaisantes.

Bien que les relations entretenues avec les autres résidents puissent être compliquées par la présence de déficiences cognitives, cela n'empêche toutefois pas les résidents ayant des problèmes cognitifs de créer des amitiés et de passer du temps avec des résidents n'ayant pas le même degré de capacités cognitives qu'eux (Sandhu et al., 2013). En effet, il semble que les résidents ayant des niveaux différents de capacités cognitives peuvent être en contact, s'échanger du soutien social et de l'affection (Spencer et al., 2001). Selon l'étude de McKee et al. (1999), les capacités cognitives ne seraient pas liées à l'intensité de l'amitié que les résidents peuvent avoir entre eux. D'ailleurs, Sandhu et al. (2013) ont observé que les résidents n'ayant pas d'incapacités cognitives venaient parfois en aide aux résidents ayant un trouble de mémoire pour trouver des objets perdus ou pour se souvenir de certaines activités.

Pour terminer, il est important d'aborder la question des résidents ayant des capacités cognitives dites intactes. L'impact de ces capacités sur la participation sociale des aînés est ambigu dans la recension des écrits. D'un côté, il apparaît que le fait de ne pas avoir de troubles cognitifs, notamment des problèmes de mémoire, favorise les relations avec les autres résidents (Sandhu et al., 2013). D'un autre côté, le fait d'avoir de bonnes capacités cognitives peut créer un certain isolement social chez des résidents, qui peuvent se sentir déconnectés de leurs pairs ayant des incapacités cognitives, surtout si ces derniers sont bruyants et dérangeants (Buckley et McCarthy, 2009).

Au total, les écrits recensés font surtout état du fait que les incapacités cognitives peuvent nuire à la participation sociale des résidents, bien que certains articles nuancent ce constat. Il apparaît aussi qu'avoir des capacités cognitives intactes peut autant nuire à la participation sociale que la favoriser.

#### **3.1.2.4. Santé mentale**

La présence de troubles mentaux agirait essentiellement comme une barrière aux relations sociales. Deux troubles mentaux ont été étudiés, soit la dépression et la schizophrénie. Kemp et al. (2012) montrent que la dépression est un élément ayant pour effet de diminuer les habiletés sociales, les opportunités de socialisation et l'intérêt à l'égard d'une vie sociale satisfaisante. D'ailleurs, il apparaît que les résidents en dépression passent la majeure partie de leur temps dans leur chambre et qu'ils ne socialisent pas lorsqu'ils se trouvent dans les espaces communs de la résidence. Un manque d'énergie et une faible estime de soi poussent ces derniers à éviter de participer aux activités, ce qui met de la distance par rapport aux autres résidents (Sandhu et al., 2013). Quant à la schizophrénie, elle mène le plus souvent à une dynamique d'exclusion sociale des aînés concernés. Ainsi, les comportements violents et étranges associés à la maladie effraient les autres résidents (Sandhu et al., 2013), qui sont réticents à l'idée d'être en contact avec des résidents ayant des problèmes comportementaux, qu'ils décrivent souvent comme des fous et des amis indésirables (Bonifas et al., 2014). La participation sociale des aînés est donc négativement affectée par la présence de troubles mentaux.

#### **3.1.2.5. Autonomie**

Il existe plusieurs définitions de l'autonomie dans le domaine de la gérontologie. La définition utilisée pour cette section du texte est celle du Dictionnaire Larousse en ligne qui décrit cette dernière comme étant la « capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui » ( « Autonomie », s.d.). L'autonomie est étroitement liée à la condition physique et cognitive de la personne. L'importance du degré d'autonomie d'un résident pour sa participation sociale est décrite en profondeur dans la littérature. Au premier abord, l'autonomie semble être un facilitateur de la participation sociale. En effet, plus un aîné vivant en résidence est autonome, plus il participe aux activités qui lui sont offertes (Barkay et Tabak, 2002; Sandhu et al., 2013). Néanmoins, la relation entre l'autonomie et la participation sociale semble plus ambiguë quand on prend en considération le fait que ce sont les résidents les moins autonomes qui passent le plus de temps dans les pièces communes de l'établissement (Pryce et Gooberman-Hill, 2012). Les prochains paragraphes tenteront donc d'expliquer plus en profondeur l'impact que peut avoir l'autonomie sur la participation sociale des résidents.

Tout d'abord, l'influence de l'autonomie sur les relations entre résidents varie en fonction de l'existence et de la nature d'une déficience, du degré d'incapacité produit par la déficience et du niveau de santé du résident. Par conséquent, le statut physique du résident ainsi que son statut mental influencent les relations avec les autres résidents (Sandhu et al., 2013). À première vue, un bon niveau d'autonomie semble être un facilitateur de la participation sociale en milieu résidentiel pour personnes âgées, puisque selon Barkay et Tabak (2002), une corrélation positive existerait entre l'autonomie des résidents et leur participation aux activités. De manière générale, les résidents ayant un bon degré d'autonomie s'impliqueraient socialement en se présentant aux repas et en participant aux activités (Sandhu et al.,

2013). Selon Doyle, de Medeiros et Saunders (2012), les aptitudes reliées à l'autonomie de certaines personnes vivant dans un établissement spécialisé en démence leur permettraient d'avoir un réseau social plus vaste que les résidents moins autonomes. Ainsi, les résidents capables de marcher seuls et en mesure de soutenir une conversation sans assistance pouvaient entrer en contact avec les résidents des autres unités de l'établissement, contrairement aux résidents n'ayant pas ces habiletés.

Néanmoins, l'autonomie n'agit pas uniquement comme facilitateur de la participation sociale des résidents. Il apparaît que les résidents ayant un bon niveau d'autonomie prennent souvent de la distance avec ceux qui ont un faible niveau d'autonomie (Bradshaw et al., 2012; Sandhu et al., 2013). D'ailleurs, les résidents autonomes adoptent parfois une attitude négative envers les résidents peu autonomes (Iecovich et Lev-Ran, 2006). C'est ainsi que les résidents autonomes préfèrent se retirer des pièces communes, laissant les résidents les moins autonomes occuper l'espace public de la résidence, puisqu'ils ne veulent pas être identifiés comme faisant partie du groupe des résidents dépendants (Hauge et Heggen, 2008).

Le manque d'autonomie, quant à lui, agit essentiellement comme un obstacle à la participation sociale des résidents. Les résidents ayant un faible degré d'autonomie sortent très peu de la résidence, ce qui donne une plus grande importance à la vie communautaire à l'intérieur de la résidence (Harris, 2007). Ils sont moins impliqués dans les activités sociales et moins intégrés dans les conversations lors des repas que leurs pairs plus autonomes (Sandhu et al., 2013). Les limitations physiques poussent les résidents à requérir le soutien du personnel de la ressource d'hébergement pour participer aux activités, ce qui peut être problématique considérant le fait que les résidents évitent autant que possible de se mettre en situation de dépendance par rapport au personnel (Tak et al., 2015). De plus, les personnes expérimentant une perte d'autonomie recevraient et offriraient moins d'affection et de soutien que les autres résidents (Spencer et al., 2001). Pour terminer, il semble que l'impact de la perte d'autonomie sur la participation n'est pas toujours délétère. Dans certaines circonstances, les déficiences physiques peuvent aussi conduire à l'adoption de comportement d'entraide entre les résidents et à la création de relations amicales (Kemp et al., 2012; Sandhu et al., 2013).

En somme, il y a des contradictions dans la recension des écrits quant à l'effet du degré d'autonomie sur la participation sociale des aînés. Un consensus est par ailleurs apparent en ce qui concerne le fait qu'un faible degré d'autonomie est un obstacle à la participation sociale des résidents.

### **3.2. Les facteurs environnementaux**

Cette section du chapitre décrira les facteurs environnementaux influençant la participation sociale des résidents, en fonction des trois dimensions considérées dans le PPH, c'est-à-dire le micro environnement personnel, le méso environnement communautaire et le macro environnement sociétal. Le micro environnement personnel sera présenté en deux parties distinctes pour séparer les facteurs physiques des facteurs sociaux.

### **3.2.1. Le micro environnement personnel : facteurs physiques**

Cette partie du texte abordera les éléments de l'environnement physique avec lesquels les résidents sont directement en interaction et qui influencent leur participation sociale. Plus précisément, les éléments abordés seront la nature de milieu résidentiel, les caractéristiques de la résidence, les espaces communs, les espaces privés et les services offerts par la résidence.

#### ***3.2.1.1. Nature du milieu résidentiel***

Tout d'abord, il apparaît que le simple fait d'habiter dans une résidence pour personne âgée peut être considéré comme un obstacle à la participation sociale des résidents. En effet, la ressource d'hébergement peut être vue par des résidents comme étant un milieu stigmatisant (Bonifas et al., 2014; Dobbs et al., 2008). Certains considèrent que la connotation négative associée au fait d'habiter en résidence pour personnes âgées est responsable du déclin de leurs relations avec leur famille et leurs amis à l'extérieur de la résidence (Bonifas et al., 2014). De plus, plusieurs résidents expriment un manque de motivation à participer aux activités lié au fait qu'ils se sentent exclus de la société et qu'ils sont limités par l'environnement de la résidence (Harmer et Orrell, 2008).

#### ***3.2.1.2. Caractéristiques de la résidence***

Tout d'abord, le lieu géographique où est située la résidence peut avoir un effet sur le réseau social des résidents. Ainsi, habiter une résidence située dans une petite ville et en milieu rural favoriserait les relations sociales de proximité à l'intérieur de l'établissement (Ball, Perkins, Whittington, Connell, Hollingsworth et King, 2004). De plus, il semble que la taille de l'établissement module la participation sociale des résidents. En effet, selon une étude de Zimmerman et al. (2003), les résidences de seize chambres ou moins offrent significativement moins d'activités sociales et récréatives que celles de plus grande taille. Il n'est donc pas étonnant que cette étude fasse état d'une moindre participation aux activités sociales dans les ressources d'hébergement de plus petite taille. Bien qu'une résidence avec plus de ressources soit en mesure d'offrir davantage d'occasions de socialisation à ses résidents, Burge et Street (2010) soulignent pour leur part que les résidents sont en mesure de développer des relations de qualité avec leurs pairs, peu importe les ressources de la résidence dans laquelle ils se trouvent. En fait, une ressource d'hébergement de grande taille ne favorise pas forcément les rapports positifs entre les résidents. Par exemple, dans le cas des grands complexes résidentiels regroupant plusieurs bâtiments, la distance entre ces derniers peut décourager les interactions entre les aînés n'habitant pas le même pavillon (Kemp et al., 2012). De plus, les relations positives entre résidents peuvent être plus faciles dans une résidence de petite taille. Bien que la petite taille d'une ressource d'hébergement puisse limiter le nombre de pairs pour socialiser, il semble que cela favorise la familiarité avec les autres résidents et des relations plus intimes (Ball et al., 2004; Kemp et al., 2012; Sandhu et al., 2013). D'ailleurs, les résidents atteints de démence seraient davantage acceptés socialement dans les petits bâtiments, alors qu'ils seraient davantage rejetés par leurs pairs dans les plus grands établissements (Sandhu et al., 2013).

Il apparaît donc que le lieu géographique et la taille de la résidence ont un impact sur la participation sociale des résidents. Si les résidences de grande taille sont en mesure de proposer davantage d'activités

aux résidents, les petites résidences peuvent favoriser la qualité des relations sociales entre les aînés, tout comme le fait que la résidence, peu importe sa taille, soit implantée dans une petite ville ou en milieu rural.

### **3.2.1.3. Espaces communs**

Règle générale, les ressources d'hébergement possèdent des espaces communs où les résidents peuvent interagir, comme des salons ou des salles à manger. Il semble que les fonctions spécifiques de certaines pièces communes peuvent être particulièrement favorables aux interactions entre les résidents, et donc faciliter leur participation sociale. À titre d'exemple, disposer d'un salon de beauté favoriserait les liens entre les résidents, surtout chez les femmes (Kemp et al., 2012). De plus, lorsque les résidents cherchent un endroit où s'asseoir, ils choisissent plus fréquemment les emplacements proches des lieux où se tiennent les activités quotidiennes de la résidence que les autres emplacements permettant de s'asseoir, car ces endroits serviraient de lieux de transition pour passer le temps avant et après les activités routinières (Yang et Stark, 2010). Ainsi, les résidents manifesteraient une préférence pour les lieux de la résidence ayant une vocation de socialisation. Néanmoins, les résidents n'ont pas toujours l'impression que les espaces communs de la résidence, comme les salons, peuvent favoriser les interactions sociales avec les pairs et les visiteurs (Bonifas et al., 2014; Mallon, 2005). Les interactions sociales entre les résidents dans les pièces communes peuvent être fragiles et se terminer de manière abrupte (Hauge et Heggen, 2008). Également, il serait difficile d'utiliser de façon satisfaisante ces espaces collectifs lorsque les résidents les plus isolés socialement se les approprient. Ces résidents, avides de contacts humains et peu sensibles aux conventions sociales, perturberaient les interactions sociales de leurs pairs en s'introduisant dans les conversations ou en s'invitant à leur table lorsqu'ils reçoivent de la visite. Cela ferait en sorte que les résidents préféreraient éviter ces lieux pour recevoir des visiteurs, au profit de leur chambre ou un lieu à l'extérieur de la ressource d'hébergement (Mallon, 2005).

La salle à manger est une pièce commune d'une importance fondamentale pour la vie sociale à l'intérieur de la résidence. En effet, l'heure des repas est l'un des moments où il est possible d'observer le plus d'interactions entre les résidents (Bonifas et al., 2014; Doyle, et al., 2012; Park et al., 2012). Lors de ces moments, il se manifeste des comportements de socialisation tels que des salutations, des conversations et des comportements d'entraide (Kemp et al., 2012). L'emplacement lors des repas aurait un impact sur la participation sociale des résidents et la proximité favoriserait les relations sociales (Kemp et al., 2012). Néanmoins, Doyle et al. (2012) relèvent que le seul fait d'être assis dans la même salle à manger ne suffit pas à amener les résidents à socialiser; cela augmenterait seulement les chances de socialisation. D'ailleurs, Pryce et Gooberman-Hill (2012) ont constaté dans leur étude que les interactions entre les résidents étaient plutôt limitées lors des heures de repas, puisque la plupart d'entre elles s'établissaient avec les membres du personnel et tournaient autour de leurs besoins. De plus, le fait d'avoir une place prédéterminée dans la salle à manger peut restreindre les interactions sociales spontanées avec les pairs. Par exemple, être toujours assis avec les mêmes partenaires de table peut avoir pour effet d'épuiser les sujets de conversations (Park et al., 2012). Également, le lieu peut être bruyant au point d'affecter la communication entre les résidents (Pryce et Gooberman-Hill, 2012). Par ailleurs, les repas peuvent avoir un impact négatif sur leur participation sociale à l'extérieur de la

résidence. Ainsi, dans l'étude d'Abbott et al. (2000), une minorité significative de résidents a mentionné que les règles entourant le service des repas pouvaient être très contraignantes s'ils voulaient effectuer des sorties durant la journée.

En somme, certains espaces communs de la résidence peuvent à la fois favoriser les interactions sociales entre les résidents et représenter des lieux à éviter pour recevoir de la visite. L'usage de la salle à manger est bien documenté dans la littérature pour ce qui est de la participation sociale des aînés, même si les différents articles ne s'accordent pas sur les éléments influençant les interactions sociales dans ce milieu.

#### **3.2.1.4. Espaces privés**

L'espace privé de la ressource d'hébergement, c'est-à-dire la chambre ou l'appartement du résident, est un endroit où la participation sociale peut se manifester sous la forme de visites. En fait, c'est un lieu propice pour exercer des rôles sociaux comme ceux de parent, de grand-parent et d'arrière grand-parent (Mallon, 2005). La dimension de l'espace privé peut avoir un impact sur la capacité à recevoir de la visite. Ainsi, la petite taille de la chambre ou de l'appartement du résident rend difficiles, voire impossibles, l'hébergement des proches et les visites de longue durée de manière générale (Mallon, 2005; Yang et Stark, 2010). Néanmoins, ce constat s'applique surtout aux visiteurs adultes, car la petite taille de l'appartement ne découragerait pas l'hébergement des petits enfants (Yang et Stark, 2010). De plus, Mallon (2005) relève que la taille limitée de la chambre a aussi pour effet de restreindre le nombre de visiteurs potentiels. Ainsi, le résident doit se contenter de recevoir seulement deux ou trois personnes à la fois. La petite taille de l'espace personnel est aussi vue comme un obstacle aux activités sociales de plus grande ampleur, telle qu'une fête d'anniversaire (Yang et Stark, 2010). De plus, plusieurs résidents de l'étude de Bonifas et al. (2014) ont affirmé qu'ils n'avaient pas l'impression que leur chambre pouvait faciliter la communication avec des visiteurs. Au-delà des limites occasionnées aux visites par la taille réduite de l'espace privé, cette caractéristique favorise la participation sociale à l'extérieur de l'espace personnel. En effet, il existerait un désir de s'évader de ce lieu clos pour s'aventurer et socialiser dans les espaces communs de la résidence. De plus, il apparaît que certains résidents considèrent que la petite taille de leur logement facilite les soins et l'entretien dans leurs unités, ce qui leur laisse plus de temps pour participer aux activités de leur choix (Yang et Stark, 2010).

L'emplacement des espaces privés dans la résidence peut influencer la vie sociale des résidents. Ainsi, la proximité entre les appartements favoriserait les relations sociales entre résidents (Kemp et al., 2012). D'ailleurs, les espaces communs les plus proches des chambres des résidents seraient généralement plus utilisés par les aînés que ceux plus éloignés dans la résidence. Par exemple, un espace commun situé à une distance de six mètres des chambres des résidents sera utilisé cinq fois plus qu'une autre pièce située à 30 mètres des chambres des résidents. De plus, les résidents partageant leur chambre avec des pairs tendraient à traverser de plus longues distances pour aller dans les espaces sociaux de la résidence (Pinet, 1999). Dans le même sens, il semble que le fait d'être logé dans des unités dites « spéciales » de la résidence puisse limiter les possibilités d'effectuer des activités avec les autres résidents. Les résidents vivant dans les unités spécialisées en santé mentale peuvent ainsi se voir isoler des autres résidents, qui ne veulent pas être en relation avec eux (Bonifas et al., 2014).

Donc, la taille et l'emplacement de l'espace privé du résident ont un impact sur sa participation sociale. La taille réduite de l'espace privé du résident limite les visites que ce dernier peut recevoir, mais cela peut aussi le motiver à passer davantage de temps à socialiser dans les espaces communs de la résidence. L'emplacement de l'espace privé dans la résidence aurait quant à lui un impact sur l'appropriation des espaces communs par le résident.

### **3.2.1.5. Services offerts par la résidence**

Les services offerts par une résidence ont un impact sur la participation sociale de ses résidents. Ainsi, l'accès aux journaux, à la télévision et au téléphone serait considéré par les résidents comme étant essentiel pour maintenir un contact avec le monde extérieur (Buckley et McCarthy, 2009). L'accès à ces services mènerait à une certaine forme de participation des résidents à la communauté. Par contre, certains services peuvent aussi être vus comme des obstacles à la participation sociale. Ce serait notamment le cas des soins de santé (rendez-vous médicaux, hygiène personnelle, etc.), qui requièrent beaucoup de temps et d'énergie et qui diminue le temps disponible pour socialiser dans la résidence (Bonifas et al., 2014).

Les activités de groupe ont pour objectif d'amener les résidents à passer du temps ensemble et à avoir des interactions sociales. Ces occasions pour interagir sont généralement offertes par l'établissement de manière routinière (Bonifas et al., 2014). Selon une étude de Tak et al. (2015), les activités religieuses, le bingo et les jeux de cartes sont certaines des activités organisées par la ressource auxquelles les résidents participent le plus. Les raisons de participer à ces activités peuvent varier d'un résident à l'autre. Pour les comprendre, il faut tenir compte de différentes modalités des activités : diversité, moment et espace physique.

L'une des barrières principales à la participation sociale est le fait d'avoir accès à une quantité limitée d'activités (Harmer et Orrell, 2008; Spencer et al., 2001; Tak et al., 2015). Le manque d'accès à des moyens de transport appropriés limite les possibilités de faire des activités à l'extérieur de la ressource d'hébergement. À l'intérieur de la résidence, le personnel ne répondrait pas toujours positivement aux suggestions d'activités faites par les résidents, tandis que l'horaire des activités ne conviendrait pas à tous (Tak et al., 2015). Un autre obstacle provient du fait que les activités ne tiennent pas toujours compte des caractéristiques physiologiques de certains aînés. Ainsi, ce ne sont pas tous les résidents qui sont en mesure de participer physiquement et cognitivement aux activités proposées (Park et al., 2012). Pour que les activités soient cohérentes avec les préférences des résidents et leur degré d'autonomie, il apparaît important d'impliquer les résidents dans le choix et la planification des activités de la résidence (Tak et al., 2015).

Au-delà des facteurs limitant la participation aux activités de la résidence, certains éléments des activités peuvent accroître cette participation. Ainsi, le fait que l'activité soit organisée à l'extérieur de la ressource d'hébergement permettrait de briser la monotonie du milieu résidentiel et de favoriser la création de relations sociales (Park et al., 2012). Il a aussi été observé que la musique et le chant sont deux éléments pouvant accroître la participation et les comportements sociaux des résidents atteints de démence (Harmer et Orrell, 2008). D'ailleurs, les résidents atteints de démence s'engagent davantage dans des activités collectives lorsqu'ils sont en présence d'un petit groupe de personnes, lorsque



l'intensité du bruit est modérée, lorsque l'intensité lumineuse est normale et lorsque les activités ont lieu en après-midi plutôt qu'en avant-midi (Cohen-Mansfield, Thein, Dakheel-Ali et Marx, 2010).

En somme, des services offerts par la résidence peuvent faciliter la participation sociale des aînés, alors que d'autres services la limitent. Le fait que les activités ne concordent pas avec les besoins des résidents serait un obstacle à leur participation sociale. À l'inverse, en adaptant les activités aux réalités des aînés, il serait possible d'accroître leur participation sociale.

### **3.2.2. Le micro environnement personnel : facteurs sociaux**

Cette partie du texte abordera les éléments de l'environnement social avec lesquels les résidents sont directement en interaction et qui influencent leur participation sociale. Ainsi, cette section présentera l'impact des autres résidents, du personnel de l'établissement et des relations entretenues à l'extérieur de la ressource d'hébergement sur la participation sociale des aînés.

#### **3.2.2.1. Les autres résidents**

L'appréciation d'un milieu résidentiel par les aînés y habitant est étroitement liée aux relations entretenues à l'intérieur de la résidence (Charpentier et Soulières, 2007). Selon Bradshaw et al. (2012), le simple fait de partager sa vie avec des pairs contribue aux relations d'amitié et donne l'assurance d'être important pour les autres. Néanmoins, d'autres études démontrent que la proximité affective entre résidents serait rare (Barkay et Tabak, 2002; Bonifas et al., 2014; Hauge et Heggen, 2008; McKee et al., 1999; Park et al., 2012) et que le fait de vivre ensemble dans la même résidence ne génère pas automatiquement de l'affection entre les résidents (Park et al., 2012). Cela contredit l'idée largement véhiculée par le personnel, la famille et certains résidents selon laquelle les personnes âgées partagent tellement de points communs qu'elles devraient être heureuses de partager du temps ensemble (Hauge et Heggen, 2008). D'ailleurs, les résidents sont conscients que le fait de partager le même hébergement ne garantit pas qu'ils aient des intérêts communs. Ils reconnaissent aussi que certains résidents peuvent avoir un mauvais tempérament, être égoïstes, ombrageux ou jaloux. Toutefois, la plupart des résidents pensent que tolérer de telles personnes est un aspect inévitable de la vie de groupe (Abbott et al., 2000).

Il semble que les autres résidents soient vus comme des connaissances plutôt que des amis (Park et al., 2012). Les relations non intimes avec les autres résidents seraient habituelles en milieu résidentiel (McKee et al., 1999). Certains résidents voient leurs relations d'amitié avec leurs pairs comme étant artificielles et seulement circonstancielles, c'est-à-dire dues au fait qu'ils partagent le même milieu de vie (Kemp et al., 2012). La cohabitation forcée avec des étrangers peut aussi être une source de tension (Charpentier et Soulières, 2007).

Certains facteurs permettent d'expliquer le manque de complicité entre les résidents au sein des ressources d'hébergement. Le renouvellement constant de la clientèle dans ce type de milieu pousserait les résidents à hésiter à se lier d'amitié avec les autres résidents, de peur de vivre une perte dans le futur (Bonifas et al., 2014; Charpentier et Soulières, 2007). Le fait d'internaliser l'âgisme pourrait décourager la création de relations avec les autres résidents, particulièrement ceux ayant des

incapacités, pour ne pas être associé à cette population (Moss et Moss, 2007). Cependant, certains éléments peuvent favoriser les rapports positifs entre les résidents, comme la présence de goûts communs. Par exemple, des intérêts mutuels pour la musique, les sports, le jardinage, la lecture, les arts, les voyages et même la pornographie, sont souvent précurseurs d'amitié entre les résidents. Le fait de fumer et de boire de l'alcool peut aussi amener la création de liens entre les résidents, même entre ceux qui ont peu d'autres points en commun (Kemp et al., 2012). Un autre élément favorisant le sentiment d'appartenance par rapport à certains résidents est le fait de les connaître d'avant l'entrée en résidence (Sandhu, et al., 2013; Yang et Stark, 2010). La proximité physique dans la résidence favoriserait aussi plus d'intimités dans les relations sociales (Sandhu et al., 2013).

Les rapports avec les pairs ont une influence importante sur la participation aux activités de la résidence; par exemple, le fait d'avoir des amis au sein de la résidence stimule la participation aux activités (Barkay et Tabak, 2002). Par contre, comme il a été vu plus tôt, les relations avec les pairs débouchent rarement sur des amitiés plus durables. L'absence de relations positives avec les autres résidents pourrait être vue comme un obstacle à la participation sociale. Par exemple, le fait que les interactions sociales avec les pairs ne soient pas forcément plaisantes serait perçu comme une barrière à la participation sociale par les résidents (Bonifas et al., 2014). De plus, les résidents attribuent leur manque de participation au manque de soutien de la part des pairs (Barkay et Tabak, 2002). Bien que les relations se construisent autour d'intérêt commun, plusieurs résidents ont rapporté de la difficulté à nommer des pairs auxquels ils peuvent s'identifier (Bonifas et al., 2014; Buckley et McCarthy, 2009).

Il n'y a pas de consensus dans la littérature quant à l'impact que peut avoir la composition de la population résidentielle sur la participation sociale des résidents. Certaines sources laissent présumer que l'homogénéité de la population résidentielle peut avoir pour effet de favoriser les relations positives entre les résidents. Ainsi, le fait que la population résidentielle soit proche en âge augmenterait la cohésion dans la ressource d'hébergement (Harris, 2007; Yang et Stark, 2010). De plus, il a été observé dans une étude que le fait d'avoir une population en majorité issue d'une même culture religieuse, juive dans le cas de l'étude, favorisait le sentiment d'avoir des points communs avec les autres résidents (Kemp et al., 2012). D'ailleurs, selon une étude menée auprès des hommes vivant en résidence de soins de longue durée, il semble que la diversité des résidents quant aux facteurs socio-économiques, culturels et religieux puisse créer de la distance entre les résidents. Plusieurs ont exprimé le désir de se retrouver avec des gens similaires à eux quant à la religion, la classe sociale, l'éducation et la profession (Moss et Moss, 2007). Pourtant, selon Sandhu et al. (2013), l'homogénéité quant à l'origine ethnique, à la religion et à la culture dans une ressource ne suffit pas à créer un sens de communauté et de camaraderies entre les résidents. De plus, selon une autre étude, l'hétérogénéité de la population résidentielle ne favorise pas les conflits, mais crée des occasions de participer socialement de manière différente. Ainsi, le fait qu'il existe des différences apparentes quant à l'âge, à l'ethnie et aux intérêts des résidents ne nuit pas forcément à la participation sociale (Yang et Stark, 2010).

Par rapport à la composition de la population résidentielle, il semble que la présence de personnes ayant des incapacités puisse avoir une influence négative sur la participation sociale des résidents. Ainsi, la présence de résidents confus et en perte d'autonomie altère l'environnement physique et social de la résidence. Cela peut avoir pour effet de créer des barrières à la participation sociale des résidents plus

autonomes. Par exemple, le fait que plusieurs résidents utilisent des fauteuils roulants rend les déplacements dans les espaces communs plus difficiles pour les résidents autonomes (Ball et al., 2004). D'ailleurs, comme cela a été abordé plus tôt dans le texte, les résidents autonomes ont tendance à éviter les pièces communes où les résidents moins autonomes sont placés par le personnel (Hauge et Heggen, 2008 ; Kemp et al., 2012 ; Mallon, 2005). L'un des obstacles les plus souvent mentionnés par les résidents quant à la création de relations sociales avec les pairs est l'incapacité de ces derniers de pouvoir communiquer de la même manière qu'eux (Buckley et McCarthy, 2009; Park et al., 2012), qui proviendrait surtout de problèmes cognitifs et de problèmes d'audition (Park et al., 2012). De plus, le fait de s'occuper d'un proche ayant des incapacités dans la résidence peut restreindre le temps disponible pour interagir les autres résidents (Kemp et al., 2012). Pour terminer, selon une étude de Iecovich et Lev-Ran (2006), le fait d'habiter quotidiennement avec des personnes ayant des incapacités peut avoir pour effet de voir se développer des sentiments négatifs à l'égard de cette population. L'étude a démontré que les résidents autonomes vivant dans un bâtiment incluant des résidents ayant des incapacités exprimaient davantage d'attitudes négatives envers ces personnes que ceux vivant dans une ressource d'hébergement où les résidents non autonomes sont séparés des résidents autonomes.

En somme, il apparaît que les relations entre les résidents seraient rarement intimes, ce qui serait un obstacle à la participation sociale des aînés. Des obstacles à la proximité entre résidents existeraient dans le milieu résidentiel comme le renouvellement constant de la clientèle et l'âgisme chez les résidents, d'une part intériorisé, d'autre part manifesté à l'égard de résidents plus âgés ou ayant des incapacités. Par contre, des éléments peuvent favoriser les rapports positifs entre personnes âgées, comme le fait d'avoir des intérêts communs et de s'être connu avant d'habiter en ressource d'hébergement, ainsi que la proximité physique dans l'établissement. Malgré quelques contradictions dans la littérature, il semble qu'un certain degré d'homogénéité de la population résidentielle favorise la participation sociale.

### **3.2.2.2 Le personnel**

Selon les résidents, les interactions qu'ils entretiennent avec les employés de leur ressource d'hébergement seraient de meilleure qualité que celles entretenues avec les autres résidents. Ainsi, ils se sentiraient plus proches et partageraient davantage d'intérêts avec ces personnes qu'avec leurs pairs (Buckley et McCarthy, 2009). Le fait que les employés aient rarement des incapacités sur le plan des aptitudes auditives et cognitives, contrairement aux autres résidents, permet de communiquer plus facilement avec eux, ce qui facilite la création de relations satisfaisantes susceptible de remplacer l'amitié avec les autres résidents (Park et al., 2012). C'est ainsi que les membres du personnel d'une résidence peuvent être vus comme de véritables amis et comme la principale source de soutien sociale (Bonifas et al., 2014).

Selon une étude effectuée par Abbott et al. (2000), les membres du personnel reconnaissent l'importance de la participation des résidents dans leur milieu de vie pour que ces derniers s'y sentent impliqués. Ainsi, il n'est pas rare que les membres du personnel demandent de l'aide aux résidents pour effectuer certaines tâches comme « mettre la table » pour les repas. Néanmoins, cette participation peut être vue par les résidents comme étant imposée par le personnel ; elle ne devrait donc pas être

considérée comme ayant la même valeur que la participation volontaire ou spontanée. Plusieurs résidents ont l'impression de se faire dire quoi faire lorsqu'ils sont sollicités de la sorte, ce qui crée une certaine insatisfaction. Quelques-uns ont mentionné des moments où le personnel manquait de respect à l'égard de leur autonomie de décision et de leur individualité. Bien que certains résidents soient insatisfaits de la situation, ils ne la contestent généralement pas. Cette étude permet de voir que le personnel d'une résidence peut stimuler la participation des résidents, mais que cela peut entacher l'autonomie des aînés. Il faut donc tenir compte que la participation sollicitée par les membres du personnel ne correspond pas forcément à ce que souhaite la personne âgée.

Il apparaît que la stabilité du personnel peut être considérée comme un facteur favorisant la participation sociale des résidents. Cela permet le développement d'une relation significative entre les employés et les résidents (Bradshaw et al., 2012; Brown Wilson, 2009; Cook et Brown-Wilson, 2010). À l'inverse, le renouvellement fréquent du personnel peut faire que les résidents hésitent à se lier d'amitié avec les employés (Charpentier et Soulières, 2007). De plus, le manque de personnel peut être vu comme un obstacle à la participation sociale des résidents. En effet, dans l'étude de Harmer et Orrell (2008), le manque de personnel a été identifié par les familles des résidents et les employés des ressources d'hébergement comme limitant l'accès aux activités pour les résidents. Toutefois, les résidents de l'étude pensaient que les principaux obstacles à leur participation sociale étaient un manque de motivation de leur part et une insuffisance des occasions de participation, davantage qu'une carence personnelle.

L'importance des employés dans la participation sociale des résidents se manifeste aussi par le fait que ce sont eux qui organisent les activités de groupe servant à amener les résidents à passer du temps ensemble (Bonifas et al., 2014). Les pratiques privilégiées et adoptées par les employés des ressources d'hébergement ont un impact sur la participation sociale des résidents. D'ailleurs, la simple présence des employés dans les pièces communes peut favoriser les interactions sociales entre les résidents. Il a été observé dans l'étude de Hauge et Heggen (2008) que les interactions sociales entre les résidents dans les pièces communes avaient surtout lieu en présence du personnel et qu'elles pouvaient se terminer de manière abrupte lorsque les employés quittaient la pièce. Le personnel peut aussi soutenir la vie sociale des résidents en les encourageant à participer aux activités offertes par la résidence (Kemp et al., 2012; Sandhu et al., 2013) ou à aller dans les espaces communs de la résidence après les repas pour favoriser les interactions sociales, ce qui permet d'ailleurs aux résidents atteints de démence d'avoir des échanges avec les autres résidents sur une base régulière (Kemp et al., 2012). L'utilisation d'informations personnelles sur les résidents (préférences, histoire de vie, etc.) par le personnel peut avoir un effet positif sur la participation sociale des aînés. Ainsi, ces informations peuvent être utilisées pour créer des occasions permettant aux personnes âgées de faire des activités qu'elles considèrent comme significatives, puisqu'en lien avec leur identité et leurs goûts. De plus, lors de soins aux résidents, le personnel peut utiliser ces données pour avoir un véritable échange social, plutôt que d'orienter uniquement la conversation sur les tâches à accomplir (Cook et Brown-Wilson, 2010). Également, il apparaît que certains membres du personnel utilisent leur connaissance des résidents, par exemple par rapport au niveau de scolarité ou à la profession, pour tenter de regrouper ces derniers autour de points communs (Kemp et al., 2012). Pour ce qui est des résidents atteints de problèmes

cognitifs, les employés peuvent faciliter leur participation aux activités de la ressource en prenant le temps de leur expliquer comment effectuer l'activité (Tak et al., 2015).

Au travers de ses actions, le personnel peut aussi nuire à la vie sociale de sa clientèle. Tout d'abord, lors des visites, il arrive que les membres du personnel interrompent les activités de socialisation pour effectuer certains soins (Bonifas et al., 2014). Les interférences que peuvent avoir les employés de la résidence sur la participation sociale des résidents se manifestent aussi dans le cadre de la routine de l'établissement. Selon Harmer et Orrell (2008), cette routine est vue comme ce qui structure les activités, ce qui leur donne une signification. Ainsi, la routine permet aux résidents d'avoir un sentiment de sécurité, même si elle limite les possibilités de participer à des activités significatives pour les résidents. Selon les mêmes auteurs, les attitudes des membres du personnel peuvent avoir un effet sur les activités offertes aux résidents. Ainsi, il semble que certains membres du personnel portent plus attention au bien-être physique des résidents qu'à leur bien-être psychologique. Cela peut se refléter dans les activités proposées par la résidence, durant lesquelles les bénéfices thérapeutiques des activités peuvent être favorisés au détriment des bénéfices psychologiques. D'ailleurs, lorsque le personnel de la résidence accorde plus d'attention aux résidents les moins autonomes, cela peut donner l'impression aux autres résidents de ne pas recevoir des services de qualité (Sandhu et al., 2013). De plus, les résidents décrivent l'isolement dans la chambre comme étant favorisé par la culture de l'établissement, ou, du moins, par ce que les résidents perçoivent comme étant les attentes du milieu par rapport à eux. Ils ont l'impression que le personnel encourage en quelque sorte l'isolement (Bonifas et al., 2014). Les préférences des employés dans la manière d'effectuer le travail peuvent aussi avoir pour influence de limiter les interactions sociales des résidents. Ainsi, Kemp et al. (2012) relèvent dans leur étude que le personnel d'une ressource d'hébergement préférerait ramener les résidents ayant les incapacités les plus prononcées dans leurs chambres après les repas plutôt que de leur laisser l'occasion de socialiser dans les espaces communs.

En résumé, il apparaît que les résidents peuvent développer une relation significative avec les employés de leur ressource d'hébergement. Le personnel est en mesure d'agir positivement sur la participation sociale des aînés en les encourageant à prendre part aux activités et à aller dans les espaces communs de la résidence. Ils peuvent aussi utiliser les informations qu'ils ont sur les résidents pour leur offrir des occasions d'accroître leur participation sociale. Néanmoins, il est aussi possible que les employés nuisent à la participation sociale des résidents en ayant certaines pratiques pouvant isoler les résidents, en interférant dans leurs relations sociales et en se souciant plus de leur condition physique que de leur bien-être psychologique. Il a aussi été vu que le manque de personnel et le renouvellement des employés pouvaient être problématiques pour la participation sociale des résidents.

### ***3.2.2.3. Les relations à l'extérieur du milieu résidentiel***

Les relations entretenues par l'aîné avec le monde extérieur tendent à décliner après l'entrée en résidence (Bonifas et al., 2014). D'ailleurs, les aînés voient certaines personnes formant leur réseau social disparaître de leur vie pour cause de maladie, de vieillesse et de mortalité (Buckley et McCarthy, 2009; Yang et Stark, 2010). Pourtant, le fait d'avoir régulièrement du soutien social de l'extérieur de la ressource d'hébergement améliorerait la qualité des interactions avec les autres résidents (Burge et

Street, 2010). Néanmoins, les résidents semblent être en mesure d'adapter leur réseau social à leur nouvelle situation de vie. Ainsi, lorsque les résidents n'ont pas d'amis pour leur rendre visite, les membres de leur famille comblent ce vide, et vice versa (Buckley et McCarthy, 2009). D'ailleurs, le manque de relations avec la famille pourrait rendre les relations avec les co-résidents plus importantes (Kemp et al., 2012). L'espace temporel semble avoir une certaine influence sur la relation que le résident entretient avec le monde extérieur. Ainsi, les fins de semaine sont plus propices aux visites familiales. Les visites d'amitiés, moins fréquentes, se tiendraient surtout lors d'occasions spéciales comme les jours fériés et les anniversaires (Bonifas et al., 2014).

Les rapports entretenus avec la famille et les amis forment les relations les plus intimes pour la plupart des résidents. Plusieurs comptent sur leur famille pour participer à la vie dans la communauté, par exemple pour se déplacer, magasiner et gérer leurs finances personnelles (Park, et al., 2012). Le fait de sentir qu'on dépend de sa famille peut toutefois accroître le sentiment de perte de contrôle des résidents (Tompkins et al., 2012). Vu l'importance de ces rapports sociaux, il n'est pas étonnant que les résidents désirent avoir plus de visites et d'appels téléphoniques des membres de leur famille; cependant, ils hésitent à verbaliser ce souhait pour éviter de les embêter (Park et al., 2012; Tompkins et al., 2012). Le fait d'habiter en résidence serait d'ailleurs vu par les résidents comme une manière de se départir du sentiment d'être un fardeau pour sa famille (Bradshaw et al., 2012).

Les relations familiales peuvent avoir un certain impact sur la participation sociale des résidents. D'ailleurs, la participation aux activités de la résidence peut permettre aux résidents démontrer de la déférence à leur famille, comportement qui peut être une manière de démontrer qu'ils sont satisfaits d'habiter dans la ressource d'hébergement (Beel-Bates et al., 2007). Les membres de la famille peuvent aussi favoriser la participation sociale des résidents en effectuant des visites, en participant aux activités et en encourageant les résidents à sortir à l'extérieur de la résidence (Kemp et al., 2012).

En conclusion, les personnes âgées voient leurs relations avec le monde extérieur être limitées après leur entrée en résidence, ce qui peut être problématique puisque les amis et les membres de la famille forment souvent les relations les plus intimes des résidents. Ces relations continueraient d'avoir un impact sur la participation sociale des résidents, puisque ces derniers peuvent participer à des activités sociales pour faire plaisir à leur famille ou dépendre d'eux pour participer à certaines activités sociales.

### **3.2.3. Le méso environnement communautaire**

En dehors des milieux avec lesquels les résidents sont directement et quotidiennement en interaction, il existerait d'autres milieux qui auraient un impact sur la participation sociale des aînés en ressource d'hébergement. En effet, des décisions prises dans ces lieux, qui forment le méso environnement communautaire des résidents (administration de la ressource d'hébergement, milieux fréquentés de manière ponctuelle par les résidents, etc.), auraient un impact sur la participation sociale des aînés.

Les décisions administratives de la résidence peuvent avoir un impact majeur sur la vie sociale des résidents, des décisions qui sont souvent prises sans impliquer ces derniers (Harris, 2007). D'ailleurs, le personnel communiquerait parfois avec les membres de la famille des résidents pour les prévenir des choix faits concernant les résidents, sans que les principaux intéressés soient avertis (Dobbs et al., 2008).

La direction de chaque établissement a une philosophie générale qui guide la politique d'admission et de rétention des résidents (Ball et al., 2004). Ces critères exercent une grande influence sur le profil des résidents se retrouvant dans une ressource d'hébergement (Sandhu et al., 2013). Comme mentionné plus haut, la composition de la population résidentielle peut avoir un certain impact sur la participation sociale dans la ressource d'hébergement. Ainsi, l'étude de Abbott et al. (2000) mentionne que la direction d'une résidence s'assure de refuser d'accueillir des résidents qu'ils considèrent comme pouvant être problématiques sur le plan des comportements. Cette sélection aurait pour effet de réduire le nombre de résidents susceptibles d'exprimer leur insatisfaction quant à la résidence. D'ailleurs, le fait d'accueillir des résidents moins autonomes peut avoir un impact sur les activités offertes par la résidence. En effet, les activités finissent par viser d'abord ce groupe de résidents. Cela peut donner l'impression aux résidents les plus autonomes d'avoir accès à un programme d'activités de qualité inférieure (Sandhu et al., 2013).

Certaines pratiques de la résidence limitant la participation sociale des résidents ont pour but de faciliter le travail des employés. Ainsi, l'acte de verrouiller les portes des différentes unités serait lié à un souci d'efficacité dans l'accomplissement des tâches du personnel, puisqu'il permettrait de faciliter le transport des médicaments, de diminuer la lourdeur du travail et de mieux surveiller les résidents. D'ailleurs, les résidents ayant besoin d'assistance pour se déplacer peuvent aussi être placés de façon pratique près de leur chambre lors des repas, pour que le personnel soit en mesure de les amener plus rapidement dans leur chambre ou aux toilettes après les repas (Doyle et al., 2012). D'ailleurs, ce genre d'organisation du travail peut se transformer en routine pour les employés, au point où plus personne ne remet en question son utilité (Hauge et Heggen, 2008). Il apparaît aussi que le milieu physique de la résidence peut faire l'objet d'interventions par l'administration pour rendre la résidence plus « présentable » pour les visiteurs. C'est le cas, notamment d'une résidence qui avait retiré les chaises de son hall d'entrée pour éviter que les résidents ne se rassemblent dans cet espace (Roth et Eckert, 2011). Par ailleurs, certaines décisions administratives peuvent avoir un impact positif sur la participation sociale des résidents. Par exemple, une politique ne restreignant pas les heures de visites est vue par les résidents comme un facteur aidant à maintenir les contacts familiaux (Buckley et McCarthy, 2009).

Les aspects entourant les ressources humaines des établissements peuvent aussi avoir un impact notable sur la participation sociale des résidents. Le manque de personnel peut ainsi affecter de manière importante la vie sociale des résidents, par exemple en poussant les employés à limiter leurs interactions sociales avec les résidents pour se concentrer sur les tâches à accomplir (Cook et Brown-Wilson, 2010). D'ailleurs, les possibilités d'organiser des activités à l'extérieur de la résidence peuvent aussi être limitées par le manque de personnel (Harmer et Orrell, 2008). La formation des employés pourrait aussi avoir un impact sur la participation sociale des résidents. Dans l'étude de Harmer et Orrell (2008), il est apparu que le personnel manquait d'habiletés pour identifier et offrir des activités auxquelles les résidents pouvaient participer. Un programme de formation pourrait éventuellement accroître les habiletés des employés pour remédier à cette problématique.

Les caractéristiques de la communauté peuvent aussi avoir un impact sur les relations entretenues avec les autres résidents. Par exemple, le fait d'avoir habité dans un milieu où le tissu social est serré favorise les relations sociales dans la résidence (Kemp et al., 2012). Le fait d'avoir un réseau de transport en

commun accessible aux aînés peut favoriser la participation sociale des résidents. En effet, un accès limité aux moyens de transport peut limiter les possibilités de faire des sorties à l'extérieur de la résidence (Bonifas et al., 2014).

Donc, la recension des écrits permet de voir que des facteurs du méso environnement communautaire ont un impact sur la participation sociale des personnes âgées. Les décisions de nature administratives, comme la politique d'admission de la ressource, ont un effet sur la participation sociale des résidents. Le désir de faciliter le travail des employés et de rendre la résidence plus présentable aux visiteurs peut faire obstacle à la participation sociale des résidents. De plus, le manque d'employés ainsi que leur manque de formation peut aussi affecter négativement la participation sociale des résidents. L'emplacement géographique de la résidence aurait un impact sur la participation sociale des résidents, puisque cette dernière est facilitée par l'accès au transport en commun et le fait de vivre dans un milieu avec un tissu social serré.

### **3.2.4. Le macro environnement sociétal**

Les décisions prises par la société d'appartenance d'un aîné, considéré comme le macro environnement sociétal, peuvent avoir une influence significative sur sa participation sociale. La contribution que les résidents peuvent faire à la société serait en partie modelée par les politiques sociales. La retraite, les pensions de vieillesse et les services d'hébergement pourraient contribuer à situer les aînés comme étant en situation de dépendance ou de vulnérabilité dans la société. Ainsi, les résidences pour personnes âgées symboliseraient en quelque sorte la dépendance des personnes âgées par rapport à la société. Cette dépendance légitimerait le fait que les aînés aient un statut inférieur de citoyen dans la société (Townsend, 1986, cité par Gilleard et Higgs, 2000). D'ailleurs, les ressources d'hébergements sont un exemple concret de ségrégation sociale basée sur l'âge, ou âgisme, qui met les aînés en périphérie de société (Shura et al., 2011). En effet, l'âge avancé est le principal critère pour être admis dans ce type de milieux d'hébergement, qui vient en quelque sorte séparer l'aîné du reste de la société. Il a d'ailleurs été vu plus tôt que l'admission en résidence était généralement suivie d'un effritement des relations entretenues avec le monde extérieur (Bonifas et al., 2014) et que les résidents pouvaient se sentir stigmatisés du fait d'habiter dans ce genre de milieu (Bonifas et al., 2014; Dobbs et al., 2008).

Par ailleurs, l'internalisation par les aînés d'une attitude négative quant au vieillissement peut réduire leur confiance quant à leur capacité d'interagir avec leur environnement physique et social. Ainsi, les résidents s'imposeraient des limites quant aux actions qu'ils peuvent accomplir, ce qui pourrait avoir un négatif sur la santé et les activités physiques, et augmenter les risques de développer des incapacités (Gilleard et Higgs, 2000). D'ailleurs, les résidents attribueraient souvent leur manque de participation aux activités à deux raisons : la normalisation du désengagement en tant que partie intégrante du vieillissement et le sentiment d'exclusion de la société (Harmer et Orrell, 2008).

En somme, le macro environnement sociétal dans lequel évolue le résident a un effet sur sa participation sociale. Les normes sociales amènent certains aînés à se retrouver en ressource d'hébergement, dont l'organisation actuelle limite leur possibilité de participer à la vie en communauté. L'internalisation d'une vision négative du vieillissement chez les aînés découlerait aussi des valeurs sociétales et aurait un impact négatif sur leur participation sociale.



Nous avons vu dans cette section que la participation sociale des aînés vivant en ressources d'hébergement était influencée par des facteurs personnels et des facteurs environnementaux. Ces résultats seront mis en relief en fonction de trois grands thèmes dans la discussion qui suit.

#### 4. Discussion

Dans le cadre de la présente recension d'écrits, 36 articles scientifiques et documents abordant les facteurs influençant la participation sociale des aînés habitant dans un milieu d'hébergement ont été recensés, et leurs résultats, mis en relation pour mieux comprendre le sujet abordé. L'utilisation du Modèle de développement humain — Processus de production du handicap (MDH-PPH2) nous a permis d'organiser les informations inventoriées. Cet exercice de catégorisation a permis d'explorer l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux de la participation sociale, à la base du MDH-PPH2, puisque cette interaction est déterminante pour la participation sociale. En fait, comme il a été dit plus tôt, la participation sociale est la rencontre entre une personne et son environnement; c'est la performance d'une activité sociale en milieu de vie réelle (Fougeyrollas, 2002). La qualité de la participation sociale peut d'ailleurs être évaluée à l'aide d'une échelle allant de la pleine participation sociale à une situation de handicap total (Fougeyrollas, 2010).

Nos résultats montrent toutefois que la circonspection est de mise par rapport à l'analyse de l'impact que peuvent avoir les facteurs personnels et les facteurs environnementaux sur la participation sociale des résidents. Il semble que les différentes caractéristiques de ces derniers et de leur environnement respectif peuvent avoir des effets multiples, parfois contradictoires, sur la participation sociale en milieu résidentiel. Par exemple, la dimension réduite de la chambre peut autant être vue comme étant un facilitateur de la participation sociale du résident, que comme un obstacle. En effet, d'un côté, il a été souligné que le fait d'avoir un espace privé de petite taille était un obstacle aux visites de longue durée, ce qui limitait la participation sociale de la personne (Mallon, 2005; Yang et Stark, 2010). D'un autre côté, il a aussi été vu que la taille réduite de l'espace privé peut favoriser la participation sociale des résidents, créant un désir d'évasion les amenant à passer plus de temps dans les pièces communes de la ressource d'hébergement, et donc à multiplier leurs chances de socialiser avec les pairs. De plus, la grandeur limitée de la chambre du résident peut faciliter son entretien, ce qui donne plus de temps pour participer aux activités (Yang et Stark, 2010). Cette ambivalence quant aux effets des facteurs personnels et environnementaux permet de voir que la participation sociale dans les ressources d'hébergement est un sujet riche, plus complexe qu'on ne le penserait à première vue.

La présente discussion permettra de mettre en lumière la manière dont l'interaction entre des facteurs individuels et des facteurs environnementaux peut faciliter ou freiner la participation sociale des aînés habitant dans un milieu de vie substitut. Nous ouvrirons trois portes thématiques pour illustrer cette interactivité. Les « portes thématiques » sont en fait des facteurs (un d'ordre environnemental, deux d'ordre personnel) nommés dans les résultats, mais que nous approfondirons dans la discussion pour mieux percevoir la dynamique de leur interaction avec d'autres facteurs. Pour chacun, nous formulerons des pistes d'intervention susceptibles de transformer les obstacles ou difficultés identifiés, pistes qui resteront ancrées dans les résultats de la revue de la littérature. Le premier thème aborde le rôle central joué par le personnel des ressources d'hébergement dans la participation sociale des aînés y vivant. Ainsi, l'organisation du travail et les représentations des membres du personnel quant aux « niveaux d'autonomie » ont un impact sur les possibilités de participation sociale. Le deuxième thème considère l'influence des habiletés et des capacités des personnes âgées sur leur accès aux différents modes de participation sociale. Les profils individuels semblent en effet moduler le potentiel participatif dans des

milieux souvent conçus à partir d'une approche homogénéisante. Enfin, le troisième thème plonge au cœur de la question identitaire. Il permet de s'attarder au lien entre l'image de soi et l'expérience de la vie en ressource d'hébergement, montrant que la participation aux activités collectives est choisie lorsqu'elle est en accord avec le rapport à soi.

#### **4.1. L'organisation du travail et les représentations du personnel**

L'organisation du travail dans la ressource d'hébergement peut avoir un impact important sur la participation sociale des résidents, notamment sur la manière dont le degré d'autonomie d'un résident est considéré et traité. Ici, le degré dit d'autonomie désigne « le degré d'incapacités », plus cohérent avec le MDH-PPH2. Il est important de tenir compte du fait que les résidents les moins autonomes peuvent avoir besoin de soutien de la part du personnel ou de proches, dans leurs déplacements et dans l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes, contrairement aux résidents les plus autonomes. Par rapport aux autres résidents, leur quotidien dépend davantage de l'organisation du travail dans le milieu résidentiel et des relations entretenues avec le personnel. Cela fait donc en sorte qu'un facteur personnel, le degré d'autonomie, détermine en partie l'influence qu'auront les pratiques du personnel sur la participation sociale des résidents. Pour illustrer de manière concrète cette influence, il suffit de mentionner l'existence dans certains milieux d'hébergement d'une pratique consistant à reconduire immédiatement les résidents les moins autonomes dans leur chambre après les repas, ce qui prive ces personnes d'occasions de socialiser avec leurs pairs (Kemp et al., 2012). Ainsi, le fait d'avoir des incapacités sévères pourrait avoir pour conséquence d'isoler les résidents dans leur chambre. On voit ici que l'interaction entre les facteurs personnels (incapacités) et environnementaux (mode d'organisation du travail) agirait sur la participation sociale des résidents en réduisant leur pouvoir de déterminer eux-mêmes l'emplacement de la résidence où ils passeront leur journée.

L'influence qu'a le degré d'autonomie des résidents sur leur participation sociale ne s'arrête pas là. Les ressources d'hébergement tendent à s'adapter aux facteurs personnels des personnes qu'elles hébergent. La présence de résidents en perte d'autonomie aurait donc un impact sur la manière dont la participation sociale est promue, puisque le personnel tend alors à offrir des activités visant les résidents les moins autonomes, ce qui peut amener les résidents plus autonomes à considérer leur programme d'activités comme étant de qualité inférieure. Le sentiment d'appartenance au milieu d'hébergement des résidents les plus autonomes peut souffrir du déséquilibre entre le degré d'attention que le personnel leur accorde et celui porté aux résidents les moins autonomes (Sandhu et al., 2013). Les résidents autonomes peuvent donc se retrouver dans un environnement qui priorise les incapacités de leurs pairs plutôt que leurs propres capacités. Le fait d'avoir un programme d'activités qui ne convient pas aux capacités des résidents autonomes peut être vu comme un facteur limitant leur participation sociale. Pourtant, le fait d'avoir un programme d'activités adapté aux besoins des résidents faiblement autonomes n'est pas forcément négatif pour l'ensemble des résidents. Les résidents moins autonomes restent par ailleurs susceptibles de vivre certaines difficultés quant au programme d'activités offert par la résidence. En effet, il arrive que les activités offertes aux résidents ne tiennent pas compte de leurs limites physiologiques (Park et al., 2012). Les résidents n'auraient donc pas toujours un niveau de capacités suffisant pour participer aux activités offertes par l'environnement. Pour remédier à ce problème, la ressource d'hébergement pourrait diversifier son offre d'activités en tenant compte des

divers degrés de capacités des résidents, afin que ces derniers aient accès à des activités correspondant à leur degré d'autonomie. Il serait aussi possible de consulter les résidents lors de la création du programme d'activités, en passant par le comité des usagers ou tout autre lieu chargé de suggérer des activités adaptées aux goûts, intérêts et capacités des résidents.

Au-delà de l'adaptation du programme d'activités, le personnel peut aussi compenser les incapacités des résidents pour que ces dernières ne représentent pas des limites à leur participation sociale. Les employés de la ressource d'hébergement peuvent, par exemple, prendre le temps de bien expliquer la manière d'effectuer une activité aux résidents ayant des problèmes cognitifs dans le but de faciliter leur participation aux activités (Tak et al., 2015). Le personnel peut aussi aménager l'environnement en fonction des facteurs personnels des résidents pour favoriser leur participation sociale lors des activités de groupes. Par exemple, il est possible de favoriser la participation sociale des résidents atteints de démences en ajustant l'intensité lumineuse, le niveau de bruit, la taille du groupe et le moment de l'activité (Cohen-Mansfield, Thein et al., 2010).

Pour continuer sur la question des incapacités, il apparaît que certains facteurs personnels peuvent modifier l'environnement du résident de manière importante. C'est le cas notamment de la démence, qui peut amener le résident à être déménagé dans une unité spécialisée dans la résidence. Ainsi, la personne se voit couper des relations sociales qu'elle entretenait auparavant avec les autres résidents (Sandhu et al., 2013). L'environnement du résident peut donc être modifié en fonction de l'une de ses caractéristiques personnelles, ce qui démontre de manière flagrante le lien étroit qui existe entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux dans ce type de milieu.

La participation sociale du résident peut être influencée de façon importante par la manière dont il manifeste son tempérament dans les relations qu'il entretient avec le personnel. La manière de démontrer sa gratitude au personnel aurait d'ailleurs un effet ambivalent. En effet, la déférence peut autant être vue comme un levier de la participation sociale que comme un obstacle. D'un côté, elle peut pousser une personne à participer aux activités de la résidence pour faire plaisir au personnel. D'un autre côté, elle peut amener les personnes à éviter de s'exprimer sur la qualité des services qu'ils obtiennent pour faire plaisir au même personnel (Beel-Bates, Ingersoll-Dayton et Nelson, 2007). Même si l'effet de la déférence au personnel peut être antinomique, cela tend à démontrer que le personnel n'a pas besoin d'adopter un rôle actif pour avoir un impact sur la participation sociale des résidents. En effet, les résidents adoptent des comportements sociaux en fonction de ce qu'ils croient être attendu d'eux par leur environnement, de ce qu'ils croient être les préférences du personnel.

Comme les derniers paragraphes l'ont démontré, l'organisation et le personnel de la ressource d'hébergement ont un impact certain sur la participation sociale des résidents. Il faut néanmoins tenir compte du fait que ces éléments ne suffisent pas à eux seuls à expliquer la participation sociale des résidents. Pour illustrer les limites de ce thème, il suffit de prendre en considération le fait que parfois, les résidents délaissent les pièces explicitement aménagées pour assurer leur socialisation, au profit d'endroits moins formels choisis par les résidents comme lieux de rencontre (Roth et Eckert, 2011). Cela laisse penser que ce n'est pas l'administration de la ressource d'hébergement, ni ses employés, qui déterminent dans quels lieux les résidents interagissent entre eux; ce choix est ultimement fait par les

résidents. C'est ainsi que les prochains paragraphes aborderont davantage les facteurs intrinsèques aux résidents.

## **4.2. Les habiletés et capacités**

Il apparaît que les capacités et les habiletés des résidents peuvent leur permettre de surmonter les obstacles de l'environnement. En effet, il a été vu que certaines capacités pouvaient permettre aux résidents d'avoir davantage d'occasions pour socialiser avec leurs pairs. Selon l'étude de Doyle et al. (2012), des capacités telles que marcher sans assistance et pouvoir soutenir une conversation permettaient aux résidents d'un établissement spécialisé en démence d'avoir accès aux autres unités de l'établissement, puisque les portes verrouillées des autres unités n'étaient pas un obstacle infranchissable pour eux. Ainsi, ces résidents, de par leurs capacités, pouvaient avoir des contacts sociaux avec les résidents des autres unités, ce qui leur permettait d'accroître la taille de leur réseau social dans la ressource d'hébergement. Donc, les facteurs personnels des résidents leur permettaient de surmonter les limites imposées par les facteurs environnementaux pour accroître leur participation sociale.

Les capacités et les habiletés des résidents peuvent leur donner une plus grande liberté dans leur déplacement au sein de la ressource d'hébergement. Bien que cela puisse accroître leur réseau social comme décrit dans le paragraphe précédent, il est aussi possible que les résidents utilisent leurs capacités pour s'éloigner des autres résidents. Contrairement aux résidents ayant le plus d'incapacités qui ont besoin de soutien de la part du personnel ou de proches pour se déplacer, les résidents les plus autonomes sont en mesure de déterminer les emplacements qu'ils occuperont dans la journée en fonction de leur volonté et de leurs préférences propres, sans interférence d'autrui. Dans la littérature, il a été observé que les aînés les plus autonomes avaient moins tendance à passer du temps dans les pièces communes, préférant souvent se retirer dans leur espace privé (Hauge et Heggen, 2008 ; Pryce et Gooberman-Hill, 2012). Ceci pourrait les amener à moins s'impliquer dans la vie collective. Les capacités et les habiletés des résidents facilitent donc leur choix quant aux lieux qu'ils décident d'occuper dans la ressource d'hébergement, choix qui ne se traduit pas automatiquement en une participation sociale plus soutenue. Il serait pertinent de questionner les résidents avec un degré élevé d'autonomie sur ce qui peut les pousser à socialiser ou à éviter leurs pairs ayant plus d'incapacités. Cela permettrait d'accroître notre compréhension de la situation et possiblement d'intervenir pour favoriser la participation sociale de tous dans le milieu résidentiel.

Les habiletés et les capacités des résidents doivent aussi être prises en considération lorsque vient le temps d'aborder la question de l'accessibilité au monde extérieur de la ressource d'hébergement. L'état de santé et le degré d'autonomie seraient deux facteurs personnels qui influenceraient l'accès à l'environnement extérieur de la ressource d'hébergement. Ainsi, l'état de santé du résident déterminerait en grande partie sa capacité à s'approprier l'environnement à l'extérieur de la ressource d'hébergement. En fait, un bon état de santé est presque un prérequis pour prendre part aux activités de groupes à l'extérieur de la ressource d'hébergement (Park et al., 2012). Il apparaît de plus que les limitations physiques représentent un obstacle à l'appropriation du milieu extérieur de la résidence. Pour éviter de priver ces résidents du monde extérieur, il serait possible d'améliorer la flexibilité du

transport adapté, d'offrir des activités extérieures ajustées à leurs conditions physiques et d'offrir davantage de soutien aux résidents et à eux à leurs proches lors de sorties. Pour le moment, cette limitation de l'accès à l'environnement social a pour effet que les résidents s'adaptent en accordant une plus grande importance à la vie sociale maintenue à l'intérieur de la ressource d'hébergement (Kemp et al., 2012; Harris, 2007). Néanmoins, nous avons vu plus tôt que le simple fait de partager avec d'autres aînés la majorité des espaces de son milieu de vie ne garantit pas que les résidents aient des contacts ensemble, ni que ces contacts soient agréables ou stimulants (Abbott et al., 2000). La prochaine section du texte, portant sur les questions identitaires, tentera d'expliquer pourquoi il peut exister de la distance entre les résidents.

### **4.3. Les questions identitaires**

L'identité du résident a un impact important sur la manière dont il s'intègre à l'environnement social de la résidence. L'influence qu'a cette identité sur l'intégration sociale est en grande partie modulée par l'environnement social de la ressource d'hébergement, c'est-à-dire par l'identité des autres résidents et du personnel. C'est un peu le degré de concordance (ou de dissonance) entre l'identité de l'aîné et celle des autres acteurs de son milieu qui détermine la place de la personne dans la vie sociale de son établissement, et, par le fait même, sa participation sociale. D'ailleurs, la diversité des facteurs sociodémographique dans une ressource d'hébergement pourrait créer de la distance entre les résidents (Moss et Moss, 2007). La littérature fait aussi état du fait que certains résidents peuvent avoir de la difficulté à s'identifier à leurs pairs (Bonifas et al., 2014; Buckley et McCarthy, 2009). Les prochains paragraphes décriront plus spécifiquement la relation entre les facteurs identitaires du résident et les facteurs identitaires des personnes constituant l'environnement social de la résidence en abordant la question de l'âge, du genre et de la situation conjugale.

L'âge du résident aurait un effet certain sur sa participation sociale. Il semble que le fait d'avoir un âge similaire à celui des autres résidents favorise la participation sociale. En effet, selon la documentation recueillie, la proximité en âge des résidents favorise la cohésion sociale dans le milieu résidentiel (Harris, 2007; Yang et Stark, 2010). Par contre, le fait d'avoir un écart important en âge par rapport aux autres résidents peut nuire à la participation sociale de certaines personnes. Ce serait notamment le cas des résidents plus jeunes, qui s'adapteraient plus difficilement à l'idée d'habiter avec des résidents plus âgés qu'eux (Kemp et al., 2012). Il semble donc que l'écart entre l'âge du résident et celui des personnes avec lequel il partage son milieu de vie soit un élément défavorable à sa participation sociale.

L'effet du genre sur la participation sociale serait aussi modulé en fonction de l'environnement social de la résidence. Considérant la composition majoritairement féminine de la population résidentielle, le fait d'être un homme peut impliquer un processus de minorisation pour ces derniers (Moss et Moss, 2007). Le statut de minorité serait donc le résultat de la conjonction des facteurs personnels et environnementaux. Les relations avec les résidents du même sexe seraient donc limitées par l'environnement de la résidence pour les hommes. Cela permet d'expliquer entre autres pourquoi les hommes avaient moins de relations avec les membres du même sexe que les femmes dans l'étude de Kemp et al. (2012).

La question de la situation conjugale du résident peut aussi être abordée dans cette section. L'impact de ce facteur sur la participation sociale dépend en grande partie d'une caractéristique de l'environnement social de la résidence, c'est-à-dire la présence ou l'absence du conjoint dans le milieu résidentiel. Il a été vu plus tôt que le fait que le conjoint ne vive pas dans la résidence peut inciter la personne à accroître sa participation sociale à l'extérieur de la ressource d'hébergement (Moss et Moss, 2007). La présence du conjoint à l'intérieur de la ressource d'hébergement a un impact plus difficile à évaluer sur la participation sociale du résident. D'un côté, cela peut se traduire par un retrait de relations avec les autres résidents pour privilégier la relation de couple (Kemp et al., 2012; Moss et Moss, 2007; Sandhu et al., 2013). D'un autre côté, cette situation peut aussi amener des comportements d'entraide entre les partenaires pour faciliter leur participation aux activités sociales (Sandhu et al., 2013). L'un des éléments qui modulent l'impact du statut conjugal sur la participation sociale est donc le lieu de résidence du partenaire amoureux, un facteur de l'environnement.

Il est possible de suggérer certaines pistes d'intervention sur ce thème pour favoriser la participation sociale des résidents. Une première piste d'intervention pourrait être de regrouper davantage les personnes ayant des facteurs identitaires similaires dans les ressources d'hébergement pour avoir des populations résidentielles plus homogènes. Cela permettrait de faciliter la prise de contact du résident avec des pairs ayant des facteurs identitaires similaires aux siens et d'éviter les problèmes pouvant découler de l'hétérogénéité de la population résidentielle décrits plus tôt. Pour favoriser la création de liens sociaux entre les résidents, il serait également possible de créer des groupes de discussion permettant aux résidents de se trouver des points communs avec leurs pairs.

## **Conclusion**

La manière dont la participation sociale est influencée par les caractéristiques de l'individu et celles de l'environnement demeure un sujet dense. Les différentes caractéristiques du résident et de son environnement peuvent avoir des effets multiples, et parfois contradictoires sur la participation sociale en milieu résidentiel.

Au Québec, la participation sociale dans les ressources d'hébergement pour aînés est un sujet encore mal connu qui devrait faire l'objet de davantage d'études. Cette lacune justifie à elle seule l'importance d'explorer plus en détail ce sujet. L'analyse de la littérature en fonction de trois « portes thématique » met en lumière certaines pistes de recherche pouvant faire l'objet de futurs travaux. Une première piste de recherche pourrait être de voir quels sont les préférences des résidents en termes de lieux de socialisation. En effet, il a été vu dans l'étude de Roth et Eckert (2011) que les espaces communs spécialement aménagés pour favoriser les contacts sociaux entre les résidents pouvaient être délaissés au profit de lieux plus informels. Il serait donc intéressant d'aller au-delà des espaces ayant une vocation de socialisation assumée dans l'étude de la participation sociale en milieu résidentiel. De plus, la recherche sur la participation sociale en milieu résidentiel s'est surtout concentrée sur les espaces communs de la ressource d'hébergement, délaissant par le fait même l'espace privé du résident. Il semble que la manière dont se matérialise l'interaction entre les facteurs individuels et les facteurs environnementaux dans l'espace privé du résident soit encore un sujet flou pouvant bénéficier de davantage d'attention de la part des chercheurs. Une autre piste de recherche pourrait être de vérifier si

le personnel adopte une attitude différente entre les hommes et les femmes concernant leur participation sociale comme cela a été abordé dans l'étude de Dodds et al. (2008) où le personnel restreignait les possibilités de socialisation des femmes. Il a été vu qu'il est possible d'atténuer l'impact négatif des incapacités des résidents sur leur participation sociale en adaptant le milieu résidentiel. Il serait donc pertinent de documenter la manière dont le personnel adapte l'environnement résidentiel pour faciliter la participation sociale des résidents au Québec. Vu l'importance accordée à la question identitaire dans la discussion, un aspect intéressant pourrait être de vérifier comment les résidents déterminent en fonction de leurs caractéristiques personnelles les personnes avec lesquels ils veulent entrer en contact. Un dernier aspect pouvant être abordé est la question de la représentation que se font les résidents de la vie à l'extérieur de la ressource d'hébergement.

S'il existe de multiples possibilités de recherches pouvant être menées sur la participation sociale des aînés vivant en milieu résidentiel, il serait surtout crucial d'offrir une place prédominante aux résidents dans le cadre de ces travaux, afin qu'ils puissent s'exprimer librement sur la question. En somme, les résidents devraient toujours avoir une place centrale dans l'étude de leur milieu de vie.



## Références

- Abbott, S., Fisk, M. & Forward, L. (2000). Social and democratic participation in residential settings for older people: realities and aspirations. *Ageing and Society*, 20, 327-340.
- Association des établissements privés conventionnés – santé services sociaux. (2015). Questions et réponses. Repéré à <http://www.aepc.qc.ca/questions-reponses.php#9>
- Autonomie. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonomie/6779>
- Ball, M. M., Perkins, M. M., Whittington, F. J., Connell, B. R., Hollingsworth, C. H., King, S. V., et al. (2004). Managing decline in assisted living: The key to aging in place. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59B, S202-S212.
- Barkay, A. & Tabak, N. (2002). Elderly residents' participation and autonomy within a geriatric ward in a public institution. *International Journal of Nursing Practice*, 8(4), 198-209.
- Beel-Bates, C.A., Ingersoll-Dayton, B. & Nelson, E. (2007). Deference as a Form of Reciprocity Among Residents in Assisted Living. *Research on Aging*, 29(6), 626-643.
- Blanchet, B. (1987). *Évolution des ressources intermédiaires d'hébergement*. Québec, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.
- Bonifas, R.P., Simons, K., Biel, B. & Kramer, C. (2014). Aging and Place in Long-Term Care Settings: Influences on Social Relationships. *Journal of Aging & Health*, 26(8): 1320-1339.
- Bradshaw, S.A., Playford, E.D. & Riazi, A. (2012). Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing*, 41, 429–440.
- Brown Wilson, C. (2009). Developing community in care homes through a relationship-centred approach. *Health & Social Care in the Community*, 17(2), 177-186.
- Buckley, C. & McCarthy, G. (2009). An Exploration of Social Connectedness as Perceived by Older Adults in a Long-Term Care Setting in Ireland. *Geriatric Nursing*, 30(6), 390-396.
- Burge, S., & Street, D. (2010). Advantage and choice: Social relationships and staff assistance in assisted living. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B, 358-369.
- Charpentier, M. & Soulières, M. (2007). Pouvoirs et fragilités du grand âge « J'suis encore pas mal capable pour mon âge » (Mme H., 92 ans). *Nouvelles Pratiques Sociales*, 19(2), 128- 143.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Thein, K., & Dakheel-Ali, M. (2010). The impact of past and present preferences on stimulus engagement in nursing home residents with dementia. *Aging & Mental Health*, 14(1), 67–73.
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Dakheel-Ali, M., & Marx, M. S. (2010). Engaging nursing home residents with dementia in activities: The effects of modeling, presentation order, time of day, and setting characteristics. *Aging & Mental Health*, 14(4), 471–480.

- Conseil des aînés. (2007). *État de situation sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs47231>
- Cook, G. & Brown-Wilson, C. (2010). Care home residents' experiences of social relationships with staff. *Nursing Older People*, 22(1), 24-29.
- Démence (2012). Dans J.P. Wainsten (dir.), *Le Larousse médical* (p. 254). Paris ; Larousse.
- Demers, L., Bravo, G., Dubois, M.F., Dubuc, N. & Corbin, C. (2015). Le certification des résidences privées pour aînés et la réponse aux besoins des retraités. *Vie et vieillissement*, 12(2), 51-58.
- Dobbs, D., Eckert, J., Rubinstein, B., Keimig, L., Clark, L., Frankowski, A., & Zimmerman, S. (2008). Ethnographic study of stigma and ageism in residential care or assisted living. *The Gerontologist*, 48(4), 517–526.
- Doyle, P.J., de Medeiros, K. & Saunders, P.A. (2012). Nested social groups within the social environment of a dementia care assisted living setting. *Dementia*, 11(3), 383-399.
- Fougeyrollas, P. (1995). *Le processus de production culturelle du handicap : contextes sociohistoriques du développement des connaissances dans le champ des différences corporelles et fonctionnelles*. Lac-Saint-Charles (Québec) : CQCIDIH-SCCIDH.
- Fougeyrollas, P. (2002). L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap : enjeux socio-politiques et contributions québécoises. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 4(2), 1-24.
- Fougeyrollas, P. (2010). *Le funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Garceau, M., Vincent, C. & Robichaud, L. (2007). La télésurveillance comme outil favorisant la participation sociale des personnes âgées à domicile. *La Revue canadienne du vieillissement*, 26, 59-72.
- Gilleard, G. & Higgs, P. (2000). *Cultures of ageing, self, citizen and the body*. London: Pearson Education.
- Gouvernement du Québec. (2012a). *Les aînés du Québec*. Repéré à : [http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Les\\_aines\\_du\\_Quebec.pdf](http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Les_aines_du_Quebec.pdf)
- Gouvernement du Québec. (2012b). Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec. Repéré à : <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>
- Harmer, B.J. & Orrell, M. (2008). What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging & Mental Health*, 12(5), 548-558.
- Harris, J. (2007). *Deux ressources d'habitation et d'hébergement pour personnes âgées en Estrie entre 2003 et 2005; l'évaluation et le positionnement des résidents par rapport aux services*

- reçus et aux rôles qu'ils occupent au sein de leur milieu de vie* (Mémoire de maîtrise). Université de Sherbrooke.
- Hauge S. & Heggen, K. (2008). The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 460–467
- Iecovich, C., & Lev-Ran, O. (2006). Attitudes of functionally independent residents toward residents who were disabled in old age homes: The role of separation versus integration. *Journal of Applied Gerontology*, 25, 252–268.
- Kemp, C. L., Ball, M. M., Hollingsworth, C., & Perkins, M. M. (2012). Strangers and friends: Residents' social careers in assisted living. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(4), 491–502.
- Kiely, D.K. & Flacker, J.M. (2003). The Protective Effect of Social Engagement on 1-Year Mortality in a Long-Stay Nursing Home Population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 472–478.
- Labrie, Y. (2015). L'autre système de santé : Quatre domaines où le secteur privé répond aux besoins des patients. Institut économique de Montréal, Montréal.
- Levasseur, M., Desrosiers, J. & St-Cyr Tribble, D. (2007). Comparing the Disability Creation Process and International Classification of Functioning, Disability and Health Models. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74, 233-242.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, Repéré à : [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_4\\_2/S4\\_2.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html)
- Lou, V.W.Q., Chi, I., Kwan, C.W. & Leung, A.Y.M. (2013). Trajectories of social engagement and depressive symptoms among long-term care facility residents in Hong Kong. *Age and Ageing*, 42, 215–222.
- Mallon, I. (2005). Les personnes âgées en maison de retraite : une redéfinition des espaces familiaux. *Espaces et sociétés*, 120-121, 163-178.
- McKee, K. J., Harrison, G., & Lee, K. (1999). Activity, friendships and wellbeing in residential settings for older people. *Aging and Mental Health*, 3, 143-152.
- Milan, A. (2011). *Structure par âge et sexe : Canada, provinces et territoires*. Repéré à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-209-x/2011001/article/11511-fra.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Registre des résidences privées INFO-RRASPA. Bulletin d'information présentant certaines statistiques extraites du Registre des Résidences privées avec Services pour Personnes Âgées*. Repéré à : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs23776>
- Mitchell, J. M., & Kemp, B. J. (2000). Quality of life in assisted living homes: A multidimensional analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B(2), P117-P127.
- Moss, S. Z., & Moss, M. S. (2007). Being a man in long term care. *Journal of Aging Studies*, 21, 43-54.

- Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Vieillir en restant actif, cadre d'orientation*. Repéré à : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO_NMH_NPH_02.8fre.pdf)
- Park, N.S. (2009). The Relationship of Social Engagement to Psychological Well-Being of Older Adults in Assisted Living Facilities. *Journal of Applied Gerontology*, 28(4), 461-481.
- Park, N.S., Zimmerman, S., Kinslow, K., Shin, H.J. & Roff (2012). Social Engagement in Assisted Living and Implications for Practice. *The Journal of Applied Gerontology*, 31(2), 215-238.
- Pépin, N. (2015). Petite histoire de la désinstitutionnalisation au Québec. Repéré à : <http://www.ressaq.com/index.php/regroupement/historique>
- Pierson, J. & Thomas, M. (2006). De-institutionalization. Dans *Collins Dictionary of Social Work* (p.142). Glasgow : HarperCollins.
- Pinet, C. (1999). Distance and the use of social space by nursing home residents. *Journal of Interior Design*, 25, 1–15.
- Pryce, H. & Gooberman-Hill, R. (2012). 'There's a hell of a noise': living with a hearing loss in residential care. *Age & Ageing*, 41(1), 40-46.
- Resnick, H.E., Fries, B.E. & Verbrugge, L.M. (1997). Windows to their world: the effect of sensory impairments on social engagement and activity time in nursing home residents. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B(3), S135-S144.
- Roth, E. G., & Eckert, J. K. (2011). The vernacular landscape of assisted living. *Journal of Aging Studies*, 25, 215–224.
- Sandhu, N.K., Kemp, C.L., Ball, M.M., Burgess, E.O. & Perkins, M.M. (2013). Coming together and pulling apart: Exploring the influence of functional status on co-resident relationships in assisted living. *Journal of Aging Studies* 27, 317–329.
- Shura, R., Siders, R.A. & Dannefer, D. (2011). Culture Change in Long-term Care: Participatory Action Research and the Role of the Resident. *The Gerontologist*, 51(2), 212-225.
- Spencer, J., Hersch, G., Aldridge, J., Anderson, L. & Ulbrich, A. (2001). Daily Life and Forms of "Communitas" in a Personal Care Home for Elders. *Research on Aging*, 23(6), 611-632.
- St-Germain, D., Boivin, B. & Fougeyrollas, P. (2008). Allier le soin infirmier et la réadaptation : un modèle de pratique caring-processus de production du handicap peut-il faire la différence ? *Recherche en soins infirmiers*, 95, 70-78.
- Statistique Canada (2012). *La situation des personnes âgées dans les ménages : Familles, ménages et état matrimonial Type de construction résidentielle et logements collectifs, Recensement de la population de 2011*. Repéré à : [http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003\\_4-fra.pdf](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_4-fra.pdf)
- Tak, S.H., Kedia, S., Tongumpun, T.M. & Hong, S.H. (2015). Activity Engagement: Perspectives from Nursing Home Residents with Dementia. *Educational Gerontology*, 41(3), 182-192.

- Tompkins, C.J., Ihara, E.S., Cusick, A. & Park, N.S. (2012). "Maintaining Connections but Wanting More": The Continuity of Familial Relationships Among Assisted-Living Residents, *Journal of Gerontological Social Work*, 55(3), 249-261.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21, 152–169.
- Yang, H. & Stark, S.L. (2010). The Role of Environmental Features in Social Engagement Among Residents Living in Assisted Living Facilities. *Journal of Housing for the Elderly*, 24(1), 28-43.
- Zimmerman, S., A. C. Scott, N. N. Park, S. A. Hall, M. M. Wetherby, A. L. Gruber-Baldini & Morgan, L.A. (2003). Social Engagement and Its Relationship to Service Provision in Residential Care and Assisted Living. *Social Work Research* 27, (1), 6–18.

## Annexe A

**Tableau 2 : Résultats et décisions prises par bases de données lors de la recherche documentaire**

Bases de données	Mots utilisés dans la recherche	Articles trouvés	Articles retenus	Nombre total d'articles retenus
<b>Social services abstract</b>	All (Placement OR Hébergement OR Centre d'hébergement et de soins de longue durée OR Résidence intermédiaire OR Centre d'accueil d'hébergement OR Centre d'accueil pour personnes âgées OR Maison de retraite OR Établissements d'hébergement pour personnes âgées OR Établissements pour personnes âgées OR CHSLD) AND all (Participation sociale OR Citoyenneté OR Engagement social OR Rapports sociaux OR Relations sociales OR Relations interpersonnelles OR Vie sociale OR Loisirs)	54	0	<b>17</b>
	All ("Housing" OR "Residence characteristics" OR "Long term care" OR "Nursing home" OR "Residential facilities" OR "Old age homes" OR "Homes for the aged" OR "Retirement homes" OR "Foster families" OR "Residential care" OR "Assisted Living Facilities") AND all ("Social participation" OR "Citizenship" OR "Social engagement" OR "Interpersonal relations" OR "Social life" OR "Leisure")	189	17	
<b>Social Sciences Full Text</b>	All (Placement OR Hébergement OR Centre d'hébergement et de soins de longue durée OR Résidence intermédiaire OR Centre d'accueil d'hébergement OR Centre d'accueil pour personnes âgées OR Maison de retraite OR Établissements d'hébergement pour personnes âgées OR Établissements pour personnes âgées OR	39	0	<b>13</b>

Bases de données	Mots utilisés dans la recherche	Articles trouvés	Articles retenus	Nombre total d'articles retenus
	CHSLD)  AND all (Participation sociale OR Citoyenneté OR Engagement social OR Rapports sociaux OR Relations sociales OR Relations interpersonnelles OR Vie sociale OR Loisirs)			
	All ("Housing" OR "Residence characteristics" OR "Long term care" OR "Nursing home" OR "Residential facilities" OR "Old age homes" OR "Homes for the aged" OR "Retirement homes" OR "Foster families" OR "Residential care" OR "Assisted Living Facilities") AND all ("Social participation" OR "Citizenship" OR "Social engagement" OR "Interpersonal relations" OR "Social life" OR "Leisure")	67	13	
<b>CINAHL Plus with Full Text</b>	All (Placement OR Hébergement OR Centre d'hébergement et de soins de longue durée OR Résidence intermédiaire OR Centre d'accueil d'hébergement OR Centre d'accueil pour personnes âgées OR Maison de retraite OR Établissements d'hébergement pour personnes âgées OR Établissements pour personnes âgées OR CHSLD)  AND all (Participation sociale OR Citoyenneté OR Engagement social OR Rapports sociaux OR Relations sociales OR Relations interpersonnelles OR Vie sociale OR Loisirs)	23	0	<b>55</b>
	("Housing" OR "Residence characteristics" OR "Long term care" OR "Nursing home" OR "Residential facilities" OR "Old age homes" OR "Homes for the aged" OR	1716	55	

Bases de données	Mots utilisés dans la recherche	Articles trouvés	Articles retenus	Nombre total d'articles retenus
	"Retirement homes" OR "Foster families" OR "Residential care" OR "Assisted Living Facilities") AND all ("Social participation" OR "Citizenship" OR "Social engagement" OR "Interpersonal relations" OR "Social life" OR "Leisure")			
Pubmed	All (Placement OR Hébergement OR Centre d'hébergement et de soins de longue durée OR Résidence intermédiaire OR Centre d'accueil d'hébergement OR Centre d'accueil pour personnes âgées OR Maison de retraite OR Établissements d'hébergement pour personnes âgées OR Établissements pour personnes âgées OR CHSLD) AND all (Participation sociale OR Citoyenneté OR Engagement social OR Rapports sociaux OR Relations sociales OR Relations interpersonnelles OR Vie sociale OR Loisirs)	37	0	64
	All ("Housing" OR "Residence characteristics" OR "Long term care" OR "Nursing home" OR "Residential facilities" OR "Old age homes" OR "Homes for the aged" OR "Retirement homes" OR "Foster families" OR "Residential care" OR "Assisted Living Facilities") AND all ("Social participation" OR "Citizenship" OR "Social engagement" OR "Interpersonal relations" OR "Social life" OR "Leisure") AND all ("Seniors" OR "Older adults" OR "Elderly" OR "Aging" OR "Gerontology" OR "Older people")	599	64	
PsycNet	All ("Hébergement" OR "Centre d'hébergement et de soins de longue durée" OR "Résidence intermédiaire" OR	38	2	15



Bases de données	Mots utilisés dans la recherche	Articles trouvés	Articles retenus	Nombre total d'articles retenus
	<p>“Centre d'accueil d'hébergement” OR “Centre d'accueil pour personnes âgées” OR “Maison de retraite” OR “Établissements d'hébergement pour personnes âgées” OR “Établissements pour personnes âgées” OR “CHSLD”)</p>			
	<p>All (“Housing” OR “Residence characteristics” OR “Long term care” OR “Nursing home” OR “Residential facilities” OR “Old age homes” OR “Homes for the aged” OR “Retirement homes” OR “Foster families” OR “Residential care” OR “Assisted Living Facilities”) AND all (“Social participation” OR “Citizenship” OR “Social engagement” OR “Interpersonal relations” OR “Social life” OR “Leisure”) AND all (“Seniors” OR “Older adults” OR “Elderly” OR “Aging” OR “Gerontology” OR “Older people” OR “Aging”)</p>	230	13	
<b>Ageline</b>	<p>All (Placement OR Hébergement OR Centre d'hébergement et de soins de longue durée OR Résidence intermédiaire OR Centre d'accueil d'hébergement OR Centre d'accueil pour personnes âgées OR Maison de retraite OR Établissements d'hébergement pour personnes âgées OR Établissements pour personnes âgées OR CHSLD) AND all (Participation sociale OR Citoyenneté OR Engagement social OR Rapports sociaux OR Relations sociales OR Relations interpersonnelles OR Vie sociale OR Loisirs)</p>	3	1	<b>52</b>
	<p>All (“Housing” OR “Residence characteristics” OR “Long term care” OR “Nursing home” OR “Residential facilities”</p>	899	51	

Bases de données	Mots utilisés dans la recherche	Articles trouvés	Articles retenus	Nombre total d'articles retenus
	<p>OR "Old age homes" OR "Homes for the aged" OR "Retirement homes" OR "Foster families" OR "Residential care" OR "Assisted Living Facilities") AND all ("Social participation" OR "Citizenship" OR "Social engagement" OR "Interpersonal relations" OR "Social life" OR "Leisure") AND all ("Seniors" OR "Older adults" OR "Elderly" OR "Aging" OR "Gerontology" OR "Older people" OR "Aging")</p>			

## Annexe B

**Tableau 3 : Documents sélectionnés pour la recension des écrits**

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
Abbott, Fisk et Forward (2000)	Social and democratic participation in residential settings for older people: realities and aspirations	Royaume-Uni	Découvrir la signification que les aînés en ressource d'hébergement accordent aux concepts d'indépendance et d'implication.  Découvrir à quel point la signification de ces concepts affecte la vie des résidents.	Les données proviennent de 122 entrevues qualitatives menées auprès d'aînés vivant en ressource d'hébergement (sheltered, very sheltered housing, residential care). L'échantillon des résidents était opportuniste. Des informations supplémentaires ont été obtenues de manière informelle avec le personnel et les gestionnaires de ces ressources.
Ball, Perkins, Whittington, Connell, Hollingsworth, King, et al. (2004)	Managing decline in assisted living: The key to aging in place	États-Unis (Géorgie)	Étudier le processus de vieillissement dans les ressources d'hébergement et comprendre les facteurs influençant ce phénomène.	L'échantillon était constitué de cinq ressources d'hébergements avec service (assisted living facilities). La technique d'échantillonnage visait à avoir un échantillon de petite taille, mais le plus diversifié possible. Les méthodes de collectes des données incluaient l'observation participante, l'analyse de documents, des entrevues semi-structurées avec des résidents (39), des entrevues avec des

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
				membres du personnel (39) et des entrevues avec des membres de la famille des résidents (28). Les résidents et les membres du personnel ont été sélectionnés pour participer aux entrevues dans une perspective d'avoir un échantillon le plus diversifié possible.
Barkay et Tabak (2002)	Elderly residents' participation and autonomy within a geriatric ward in a public institution	Israël	Décrire le concept d'autonomie et de participation des aînés vivant dans un milieu institutionnel.  Trouver une corrélation entre le degré d'autonomie de l'aîné et la participation aux activités de l'institution, et le degré de satisfaction par rapport à l'établissement.	Un questionnaire maison incluant des questions qualitative et quantitative a été répondu par 39 résidents d'un centre gériatrique.
Beel-Bates, Ingersoll-Dayton et Nelson (2007)	Deference as a Form of Reciprocity Among Residents in Assisted Living	États-Unis (Midwest)	Découvrir comment les résidents les plus âgés en ressource d'hébergement avec services utilisent la déférence dans leurs interactions avec leur famille et les membres du personnel de la	Des entrevues semi-structurées furent effectuées auprès d'un échantillon de convenance comprenant 31 personnes, âgées de 85 à 97 ans, vivant dans trois résidences à but non lucratif (assisted living facilities).

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
			résidence.	
Bonifas, Simons, Biel et Kramer (2014)	Aging and Place in Long-Term Care Settings: Influences on Social Relationships	États-Unis	Déterminer comment le fait de vivre dans un établissement de soins de longue durée influence la qualité des relations avec les pairs, les membres de la famille et les amis à l'extérieur de l'établissement.	Des entrevues semi-structurées furent effectuées avec 23 résidents d'un établissement de soins de longue durée comprenant 472 places. Les personnes interviewées ont été sélectionnées au hasard parmi les résidents jugés aptes à prendre part au processus de recherche. Les données ont été analysées dans une perspective phénoménologique.
Bradshaw, Playford, et Riazi (2012)	Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies	Royaume-Uni	Identifier les facteurs qui ont une influence positive sur la vie en résidence.	Une revue systématique des études qualitatives ayant examiné le point de vue des personnes vivant en ressource d'hébergement pour aînés (care home) sur la qualité de vie. Seulement les études publiées en anglais ont été sélectionnées.
Brown Wilson (2009)	Developing community in care homes through a relationship-centred approach	Royaume-Uni	Comprendre les facteurs qui peuvent favoriser la formation de relations sociales au sein des ressources d'hébergements et comment cela peut soutenir la création	Trois ressources d'hébergement (care homes) ont été choisies comme étude de cas. Les données ont été recueillies par entrevues (16 avec des résidents, 25 avec des membres du personnel et 18 avec des

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
			d'une « communauté ».	membres de la famille des résidents), par observation participante et pas l'utilisation de focus groups. L'étude avait une perspective constructiviste.
Buckley et McCarthy, (2009)	An Exploration of Social Connectedness as Perceived by Older Adults in a Long-Term Care Setting in Ireland	Ireland	Explorer la perception qu'ont les résidents de leurs relations sociales (famille, amis, autres résidents, personnel de la ressource et les autres relations à l'extérieur de la ressource d'hébergement).	L'étude avait une approche phénoménologique et s'est déroulée dans une unité regroupant seulement des femmes d'un établissement de soins de longue durée (long-term care residential hospital). Un échantillonnage dirigé fut utilisé pour recruter dix femmes âgées de 71 à 99 ans. Des entrevues semi-structurées ont permis de recueillir les données.
Burge et Street (2010)	Advantage and choice: Social relationships and staff assistance in assisted living	États-Unis (Floride)	Comprendre comment les « inégalités cumulatives » des aînés vivant en ressource d'hébergement contribuent aux perceptions et aux relations sociales entretenues avec le personnel de la ressource.	L'étude utilise des informations recueillies lors de la <i>Florida Study of Assisted Living</i> . Les données provenaient d'entrevues structurées menées auprès de 429 résidents cognitivement intacts âgés de 60 ans et plus provenant de 123 résidences différentes (assisted living settings). Des analyses bivariées et multivariées ont été effectuées sur les

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
				données.
Charpentier et Soulieres (2007)	Pouvoirs et fragilités du grand âge « J'suis encore pas mal capable pour mon âge » (Mme H., 92 ans)	Canada (Québec)	Déterminer la perception des personnes âgées de leurs droits et de leur pouvoir d'agir au quotidien dans les milieux d'hébergement pour aînés.	Il s'agit d'une étude de cas multiple où le recrutement s'est fait en fonction de la théorie émergente, de la diversité des milieux et des personnes hébergées. L'échantillon compte 20 résidents provenant de différents milieux (CHSLD publics et privés, résidences privées et ressource intermédiaire) et de différents groupes d'âge. Deux entrevues furent effectuées avec chaque participant.
Cohen-Mansfield, Marx, Thein et Dakheel-Ali (2010)	The impact of past and present preferences on stimulus engagement in nursing home residents with dementia	États-Unis (Maryland)	Déterminer si les activités et les stimuli reliés aux préférences (présentes et passé) des résidents ont un impact positif sur la manière dont les résidents répondent à ces activités/stimuli.	L'étude fut effectuée auprès de 193 aînés atteints de démence vivant dans sept ressources d'hébergement différentes (nursing homes). Une entrevue téléphonique avec un proche du résident permit de déterminer les préférences présentes et passées des résidents en utilisant le <i>self-identity questionnaire</i> (Cohen-Mansfield, Golander et Arheim, 2000). Les données sur la participation des résidents ont été

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
				obtenues à l'aide d'observation suite à la présentation de stimuli. L'instrument utilisé pour recueillir ces informations est l' <i>Observational measurement of engagement</i> (Cohen-Mansfield, Dakheel-Ali et Marx, 2009).
Cohen-Mansfield, Thein, Dakheel-Ali et Marx (2010)	Engaging nursing home residents with dementia in activities: The effects of modeling, presentation order, time of day, and setting characteristics	États-Unis (Maryland)	Déterminer l'impact que peuvent avoir les caractéristiques de présentation de stimuli sur la manière dont les résidents atteints de démences répondent à ces stimuli.	L'étude fut effectuée auprès de 193 aînés atteints de démence vivant dans sept ressources d'hébergement différentes (nursing homes). Les données ont été recueillies par observations après la présentation de différents stimuli dans leur environnement. L' <i>Observational Measurement of Engagement</i> fut utilisé pour décrire la réponse des résidents aux stimuli et l' <i>Agitation Behavior Mapping Inventory</i> (ABMI; Cohen-Mansfield, Werner, & Marx, 1989) fut utilisé pour décrire les caractéristiques du contexte dans lequel les stimuli furent présentés.
Cook et Brown-Wilson (2010)	Care home residents' experiences of	Royaume-Uni	Explorer la signification que les personnes âgées	Cet article se base sur deux études sur les ressources



Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
	social relationships with staff		attribuent au fait d'habiter en ressource d'hébergement.  Explorer l'impact que les problèmes de vision et d'audition ont sur la capacité des résidents d'avoir des interactions sociales avec les autres résidents.	d'hébergement (care homes). La première avait une approche herméneutique pour examiner le vécu dans une ressource d'hébergement. Les données provenaient de 53 entrevues menées auprès de huit résidents vivant dans quatre ressources d'hébergement différentes. La seconde étude avait une approche constructiviste pour explorer les relations sociales dans les ressources d'hébergement. Les données utilisées provenaient de six entrevues semi-dirigées, de deux focus groups et de l'observation participante dans une ressource d'hébergement.
Dobbs, Rubinstein, Keimig, Clark, Frankowski et Zimmerman (2008)	Ethnographic study of stigma and ageism in residential care or assisted living	États-Unis (Maryland)	Explorer les aspects de la stigmatisation des personnes âgées vivant en milieu d'hébergement et les actions faites par ces milieux pour contrer cette stigmatisation.	Les données ont été recueillies par observation et par entrevues ethnographiques (semi-structurées) menées auprès de 309 participants (153 résidents, 76 membres de la famille de résidents et 80 membres du

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
				personnel) dans six ressources d'hébergement (residential care et assisted living communities). Les ressources d'hébergement ont été sélectionnées pour avoir un échantillon diversifié.
Doyle, de Medeiros et Saunders (2012)	Nested social groups within the social environment of a dementia care assisted living setting	États-Unis	Comprendre comment les personnes atteintes de démence forment des groupes sociaux au sein des ressources d'hébergement.	Les données ont été recueillies auprès de 31 résidents d'une unité spécialisés en démence d'un établissement de soins de longue durée. Des entrevues ont été effectuées auprès de douze résidents. Le personnel a aussi participé à des entrevues formelles. Des conversations informelles et l'observation de l'environnement ont aussi permis de recueillir des données.
Gilleard, G. et Higgs, P. (2000).	Cultures of ageing, self, citizen and the body	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas
Harmer et Orrell (2008)	What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with	Royaume-Uni (Londres)	Explorer le concept d'activités significatives (meaningful activity) pour les personnes âgées atteintes de démence vivant en ressource	Les données ont été recueillies au travers de focus groups. Le recrutement a été fait dans trois ressources d'hébergement (care homes) dont l'une d'entre elles était

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
	dementia, staff and family carers		d'hébergement à partir du point de vue du personnel, des aidants familiaux et des résidents eux-mêmes.	spécialisée en démence. Au total, 17 résidents, 15 membres du personnel et huit aidants familiaux ont pris part aux différents focus groups (trois focus groups pour les résidents, trois focus groups pour le personnel et un focus group pour la famille). Une série de questions ouvertes a été utilisée pour obtenir les données. Des photos d'aînés faisant différentes activités étaient utilisées avec les résidents pour stimuler la discussion.
Harris (2007)	Deux ressources d'habitation et d'hébergement pour personnes âgées en Estrie entre 2003 et 2005; l'évaluation et le positionnement des résidents par rapport aux services reçus et aux rôles qu'ils occupent au sein de leur milieu de vie	Canada (Québec : Estrie)	Déterminer quelle évaluation les résidents de deux ressources d'habitation et d'hébergement pour personnes âgées en Estrie se font des services qu'ils y reçoivent.  Déterminer comment les résidents se positionnent par rapport aux rôles qu'ils occupent au sein de leur milieu de vie.	La recherche qualitative fut menée dans une organisation sans but lucratif d'habitation et dans une ressource intermédiaire. Les données ont été recueillies à l'aide d'un journal de bord, de ressources documentaires, d'observations, d'entrevues individuelles et d'une entrevue de groupe. Vingt entrevues semi-structurées furent effectuées auprès des résidents (6) et du personnel (14) des deux ressources.

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
Hauge et Heggen (2008)	The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms	Norvège	Déterminer comment le sentiment d'être chez soi peut se développer dans les salons communs des ressources d'hébergement.	Les participants de l'étude provenaient de deux unités de soins de longue durée d'une ressource d'hébergement (nursing home). Chacune de ces unités avait douze résidents, ce qui veut dire que 24 résidents âgés de 80 à 100 ans ont participé à l'étude. Les données étaient recueillies par observations, par entrevues et par l'étude de documents. Seulement cinq résidents ont pris part aux entrevues. L'analyse était basée sur la phénoménologie herméneutique.
Iecovich et Ran, (2006)	Attitudes of functionally independent residents toward residents who were disabled in old age homes: The role of separation versus integration	Israël	Examiner quelles sont les attitudes des résidents n'ayant pas d'incapacités par rapport aux résidents ayant des incapacités vivant dans le même établissement d'hébergement.	Les données ont été recueillies auprès de 140 personnes âgées provenant de deux ressources d'hébergement différentes et étant autonomes. La moitié des participants vivaient dans le même établissement que des résidents ayant des incapacités et l'autre moitié vivaient dans une ressource où les résidents ayant des incapacités étaient placés dans un établissement séparé des résidents autonomes.

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
				Pour déterminer l'attitude des résidents autonomes quant aux résidents ayant des incapacités, deux mesures furent utilisées soit le <i>Kogan Attitudes Towards Old People Scale</i> et le <i>Disability Factor Scale-General</i> .
Kemp, Ball, Hollingsworth et Perkins (2012)	Strangers and friends: Residents' social careers in assisted living	États-Unis (Géorgie)	Examiner les relations entre personnes habitant les ressources d'hébergement pour personnes âgées et identifier les facteurs influençant ces relations.	Les données proviennent de trois ressources d'hébergement différentes (assisted living). Les méthodes de cueillette des données incluaient l'observation participante ainsi que des entrevues (formels et informelles) avec des résidents (27), des administrateurs (3), du personnel des ressources (13) et des visiteurs. L'échantillonnage des résidents était théorique. Il était basé sur les questions de recherches et visait la plus grande variation possible quant aux caractéristiques sociodémographiques.
Mallon (2005)	Les personnes âgées en maison de retraite : une redéfinition des espaces familiaux.	France	Déterminer les espaces dans lesquels se déploient les liens familiaux lorsque le parent âgé entre en maison	Cet article s'appuie sur des matériaux de type ethnographique issus d'une thèse, déclinée en trois corpus. Les données proviennent en partie d'entretiens qualitatifs

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
			de retraite.	semi-directifs menés auprès de 32 résidents vivant dans huit établissements d'hébergement pour personnes âgées, dont l'amplitude des âges allait de 60 à 90 ans, et issus de milieux sociaux variés. Des photographies des décors des chambres prises à l'occasion de ces entretiens et des observations approfondies ont permis d'obtenir plus de données.
McKee, Harrison et Lee (1999)	Activity, friendships and wellbeing in residential settings for older people.	Royaume-Uni	Examiner les effets de l'amitié sur le bien-être psychologique des personnes âgées habitant dans un établissement de soins de longue durée.	Les données ont été recueillies au travers de l'observation de 64 résidents (Moyenne d'âge= 87,4 ans) dans trois établissements de soins de longue durée pour personnes âgées et par des entrevues structurées (questionnaire) auxquelles les résidents ont participé. Le personnel était aussi invité à remplir un questionnaire sur les capacités des résidents. La sélection des résidences visait à obtenir une variété sur certaines caractéristiques (ex. : nombre de résidents,

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
				nombre d'étages, etc.).
Mitchell et Kemp (2000)	Quality of life in assisted living homes: A multidimensional analysis.	États-Unis (Californie)	Examiner l'impact que peuvent avoir les caractéristiques démographiques, l'état de santé, l'implication sociale et le climat social sur la qualité de vie des aînés en ressource d'hébergement.	Les données ont été recueillies au travers d'entrevues structurées menées auprès de 201 résidents ayant des incapacités provenant de 55 ressources d'hébergement différentes (assisted living homes) de Californie. La qualité de vie a été mesurée à l'aide de trois échelles : le Life Satisfaction Index A, le Older Adult Health and Mood Questionnaire et le Facility Satisfaction Questionnaire. Les ressources d'hébergement ont fait l'objet d'une sélection aléatoire stratifié en fonction du nombre de lits et des revenus des communautés où se trouvaient les ressources d'hébergement.
Moss et Moss (2007)	Being a man in long term care.	États-Unis	Explorer le vécu des hommes qui habitent dans des établissements de soins de longue durée pour personnes âgées.	Les données ont été recueillies auprès de 21 hommes habitant dans cinq ressources différentes (3 assisted living facilities et 2 nursing homes). Des entrevues ont été effectuées auprès des résidents pour obtenir

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
				des données qualitatives.
Park, Zimmerman, Kinslow, Shin et Roff (2012)	Social Engagement in Assisted Living and Implications for Practice	États-Unis (Alabama)	<p>Explorer la participation sociale des résidents dans les ressources d'hébergement, notamment le développement de nouvelles relations sociales et le maintien des anciennes relations.</p> <p>Expliquer comment les caractéristiques de la personne et celles de l'organisation de la ressource d'hébergement ont une influence sur les relations sociales des résidents.</p>	Les données ont été recueillies auprès de 29 résidents de quatre ressources d'hébergement différentes (assisted living residences). La sélection des résidents et des ressources d'hébergement visait à avoir l'échantillon le plus varié possible. Des entrevues semi-structurées furent effectuées pour obtenir des informations qualitatives.
Pinet (1999)	Distance and the use of social space by nursing home residents.	États-Unis	Déterminer ce qui a un impact sur le trajet que font les résidents à pieds pour se rendre dans les espaces sociaux de leur ressource d'hébergement, notamment la distance qu'ils doivent parcourir.	Les données ont été recueillies par l'observation pendant 30 jours d'un échantillon de 920 résidents provenant de cinq ressources d'hébergement (nursing homes). Des entrevues ont aussi été effectuées auprès de 50 résidents qui devaient aussi remplir des journaux de bord sur leurs déplacements. Des entrevues et des



Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
				questionnaires ont permis d'obtenir des données du personnel. Des données spatiales sur l'environnement physique des ressources furent aussi prises.
Pryce, et Gooberman-Hill (2012)	'There's a hell of a noise': living with a hearing loss in residential care.	Royaume-Uni	Déterminer les facteurs ayant un impact sur la communication des personnes ayant une perte auditive vivant dans une ressource d'hébergement.	Une méthode ethnographique fut utilisée pour la recherche. La recherche s'est déroulée dans deux ressources d'hébergement (residential care homes). Dix-huit résidents ont été recrutés (huit provenaient d'une unité spécialisée en démence). Pour recueillir les données, des entrevues et de l'observation dans les pièces communes furent effectuées.
Resnick, Fries et Verbrudge (1997).	Windows to their world: the effect of sensory impairments on social engagement and activity time in nursing home residents	États-Unis (Michigan)	Comprendre comment les problèmes de communication et les incapacités sensorielles influencent la qualité de vie dans les ressources d'hébergement.	Les données proviennent de l'University of Michigan Archives of the Resident Assessment Instrument (RAI). La base de ce système est le <i>Minimum Data Set (MDS)</i> qui est une évaluation multidimensionnelle utilisée à l'admission des aînés et annuellement par la suite. L'échantillon consiste à 18 873 évaluations de personnes en ressource

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
				d'hébergement pour aînés (nursing homes) faites en 1993. Une régression logistique fut utilisée pour décrire comment les incapacités au niveau de la communication, de la vision et de l'audition sont associées à la participation sociale et au temps passé à faire des activités.
Roth et Eckert (2011)	The vernacular landscape of assisted living	États-Unis (Maryland)	<p>Analyser comment les résidents de ressources d'hébergement pour personnes âgées réagissent à l'environnement physique de leur résidence.</p> <p>Analyser comment les résidents réussissent parfois à détourner un endroit de sa vocation première pour se l'approprier.</p>	Les données de l'article sont issues de trois études ethnographiques portant sur 17 ressources d'hébergement (assisted living settings). Les trois études ont utilisé des données qualitatives. Les données provenaient d'entrevues, d'observation participante et de conversations informelles. En tout, 236 résidents, 132 membres de la famille des résidents et 167 membres du personnel de la résidence ont participé aux entrevues.
Sandhu, Kemp, Ball, Burgess et Perkins (2013)	Coming together and pulling apart: Exploring the influence of functional status on co-resident	États-Unis	Examiner l'influence des capacités physiques et mentales sur les relations avec les autres résidents	Les participants provenaient de deux ressources d'hébergement (assisted living) contenant une unité spécialisée en

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
	relationships in assisted living		<p>dans une ressource d'hébergement pour aînés.</p> <p>Apprendre comment créer un environnement qui maximise la capacité des résidents à gérer les relations avec les autres résidents.</p>	<p>démence. Les données ont été recueillies par observation participante et par des entrevues formelles et informelles (avec le personnel, les résidents et les visiteurs). Des entrevues ont été effectuées avec des administrateurs des résidences (2), des membres du personnel (6) et des résidents (12). L'échantillonnage des résidents était stratifié et raisonné.</p>
Shura, Siders et Dannefer (2011)	Culture Change in Long-term Care: Participatory Action Research and the Role of the Resident.	États-Unis (Ohio)	<p>Promouvoir les compétences des résidents et le changement de culture dans les ressources d'hébergement pour aînés avec la participation active des résidents (recherche-action participative).</p>	<p>Durant le processus de recherche, sept groupes ont été formés dans le milieu des ressources d'hébergement (nursing homes ou assisted living units), chacun ayant de quatre à sept résidents, d'un à deux membres de la famille des résidents et d'un à trois membres du personnel de la ressource d'hébergement. En tout, 49 résidents, 19 membres du personnel et six membres de la famille des résidents ont participé à l'étude. Une rencontre de une heure avait lieu chaque semaine, pendant un mois, où les membres d'un groupe pouvaient</p>

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
				identifier des éléments à améliorer dans la ressource et proposé des idées pour changer leur communauté.
Spencer, Hersch, Aldridge, Anderson et Ulbrich (2001)	Daily Life and Forms of "Communitas" in a Personal Care Home for Elders	États-Unis (Texas)	<p>Décrire la vie quotidienne dans une ressource d'hébergement (le cadre, les activités et le système social).</p> <p>Examiner les croyances et les valeurs culturelles qui favorisent un sentiment de « communitas » idéologique et existentiel parmi les résidents et le personnel.</p>	Des méthodes ethnographiques ont été utilisées. Les données ont été recueillies par 21 observations participantes dans une ressource d'hébergement (personal care homes) à divers moment de la journée, par deux observations participantes lors des sorties et par une observation participante dans un programme de jour. Des entrevues semi-structurées ont été administrées à huit résidents et à quatre membres du personnel de la ressource. En tout, c'est quinze résidents et cinq membres du personnel qui ont participé à l'étude.
Tak, Kedia, Tongumpun et Hong (2015)	Activity Engagement: Perspectives from Nursing Home Residents with Dementia	États-Unis (Tennessee)	Décrire la participation aux activités en milieu d'hébergement et les obstacles à cette participation, selon le point de vue des résidents atteints de	Un échantillon de convenance de 37 résidents a été effectué dans des ressources d'hébergement (nursing homes). Des entrevues semi-structurées, de courtes durées furent menées auprès de 31

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
			démence.	résidents. Des entrevues plus approfondies ont été administrées aux 6 autres résidents.
Tompkins, Ihara, Cusick et Park (2012)	Maintaining Connections but Wanting More”: The Continuity of Familial Relationships Among Assisted-Living Residents	États-Unis (Alabama)	Explorer la perspective et les perceptions des résidents sur le soutien social qu’ils reçoivent de leur famille et de leurs amis au moment où ils vivent une transition vers une ressource d’hébergement.	Les données ont été recueillies à l’aide d’entrevues semi-structurées administrées à 29 résidents de quatre ressources d’hébergement différentes (assisted-living facilities). Les ressources d’hébergement à l’étude furent sélectionnées en visant la variation maximale pour refléter la diversité de ces ressources en ce qui concerne leurs grandeurs et leur localisation géographique (rural et urbain).
Yang et Stark (2010)	The Role of Environmental Features in Social Engagement Among Residents Living in Assisted Living Facilities.	États-Unis (Missouri)	Décrire comment les caractéristiques de l’environnement physique et social influencent la participation sociale des aînés vivant en ressource d’hébergement avec services. Identifier les caractéristiques de l’environnement des résidents comme étant importantes	Deux ressources d’hébergement (assisted living facilities) similaire quant à l’architecture de Saint Louis ont servi de sites pour la recherche. Les données ont été recueillies à l’aide d’entrevues menées auprès de dix résidents, de l’utilisation de la « go-along method » (se promener dans la ressource avec un résident) et des

Auteurs	Titre	Pays	Objectifs	Méthodologie
			pour leur participation sociale.	observations effectuées par le chercheur. Une analyse comparative constante fut utilisée pour analyser les données (constant comparative analysis)
Zimmerman, Scott, Park, Hall, Wetherby, Gruber-Baldini et Morgan (2003)	Social Engagement and Its Relationship to Service Provision in Residential Care and Assisted Living	États-Unis	<p>Catégoriser les composants de la participation aux activités sociales des personnes âgées habitant en ressources d'hébergement.</p> <p>Déterminer à quel point la participation sociale peut varier entre différents centres d'hébergement et comment la participation sociale est liée aux services reçus.</p>	<p>Les données proviennent du <i>Collaborative Studies of Long-Term Care (CS-LTC)</i>, une étude effectuée auprès de 2078 résidents provenant de 193 ressources d'hébergement (residential care facilities et assisted living facilities) de quatre États différents (Floride, Maryland, New Jersey et Caroline du Nord.) L'échantillonnage des ressources d'hébergement a utilisé une méthode d'échantillonnage stratifié (multilevel sampling frame). Les données étaient recueillies auprès des personnes chargées de donner des soins aux résidents et comprenaient des données sur la participation, les fonctions cognitives, les fonctions auditives et la dépendance fonctionnelle.</p>



CIUSSS du Centre-Ouest-de-Île-de-Montréal  
Site CLSC René-Cassin  
5800, Boul. Cavendish  
Montréal (Qc) H4W 2T5  
Tél.: 514-484-7878 poste 1563 | Téléc.: 514-485-1612  
[www.creges.ca](http://www.creges.ca) | [creges.cvd@ssss.gouv.qc.ca](mailto:creges.cvd@ssss.gouv.qc.ca)