

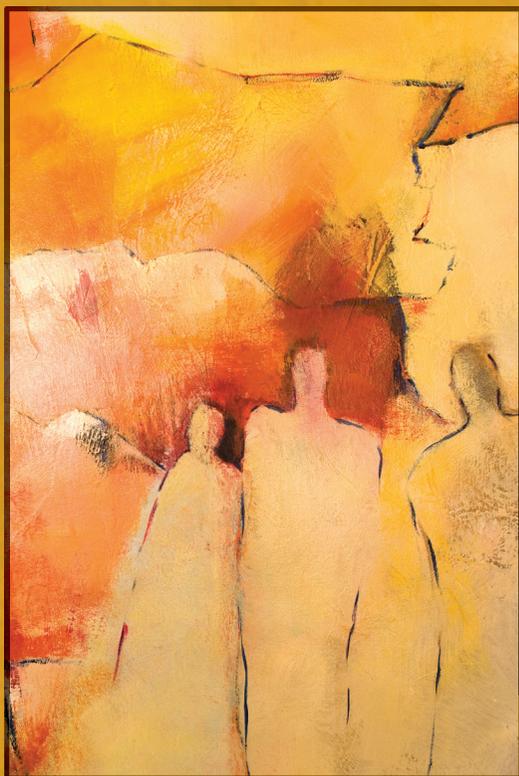


Collection  
**SANTÉ ET SOCIÉTÉ**

**Préposés**  
aux **bénéficiaires**  
et **aides-soignantes**  
**Entre domination et autonomie**

*Sous la direction de*  
**François AUBRY**  
**Yves COUTURIER**

*Préface de*  
**Michel LEMELIN**



 **Presses**  
de l'Université  
du Québec







Préposés  
aux **bénéficiaires**  
et **aides-soignantes**

## Presses de l'Université du Québec

Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450, Québec (Québec) G1V 2M2

Téléphone : 418 657-4399

Télécopieur : 418 657-2096

Courriel : puq@puq.ca

Internet : www.puq.ca

### *Diffusion/Distribution :*

- CANADA** Prologue inc., 1650, boulevard Lionel-Bertrand, Boisbriand (Québec) J7H 1N7  
Tél. : 450 434-0306 / 1 800 363-2864
- FRANCE** AFPU-D – Association française des Presses d'université  
Sodis, 128, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 77403 Lagny, France – Tél. : 01 60 07 82 99
- BELGIQUE** Patrimoine SPRL, avenue Milcamps 119, 1030 Bruxelles, Belgique – Tél. : 02 736 68 47
- SUISSE** Servidis SA, Chemin des Chalets 7, 1279 Chavannes-de-Bogis, Suisse – Tél. : 022 960.95.32



La Loi sur le droit d'auteur interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

Préposés  
aux **bénéficiaires**  
et **aides-soignantes**  
**Entre domination et autonomie**

*Sous la direction de*  
**François AUBRY**  
**Yves COUTURIER**

*Préface de*  
**Michel LEMELIN**



Presses de l'Université du Québec

**Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales  
du Québec et Bibliothèque et Archives Canada**

Vedette principale au titre :

Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes :  
entre domination et autonomie

(Collection Santé et société)

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 978-2-7605-4045-3

1. Aides-infirmiers. 2. Aides-infirmiers – Déontologie. 3. Relations personnel  
paramédical-patient. 4. Aides-infirmiers – Québec (Province).

I. Aubry, François, 1983- . II. Couturier, Yves, 1966- . III. Collection : Collection  
Santé et société.

RT84.P73 2014

610.7306'98

C2014-940408-5

Les Presses de l'Université du Québec  
reconnaissent l'aide financière du gouvernement du Canada  
par l'entremise du Fonds du livre du Canada  
et du Conseil des Arts du Canada pour leurs activités d'édition.

Elles remercient également la Société de développement  
des entreprises culturelles (SODEC) pour son soutien financier.

*Conception graphique*

**Richard Hodgson**

*Image de couverture*

© Istock

*Mise en pages*

**Les Presses de l'Université du Québec**

**Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2014**

› Bibliothèque et Archives nationales du Québec

› Bibliothèque et Archives Canada

© 2014 – Presses de l'Université du Québec

*Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés*

Imprimé au Canada

# Préface

---

*Michel LEMELIN*

*Président-directeur général,  
Fédération professionnelle  
des préposé(e)s aux bénéficiaires du Québec*

C'est avec plaisir que la Fédération professionnelle des préposé(e)s aux bénéficiaires du Québec (FPBQ), association professionnelle, participa le 7 mai 2013 à Québec, à titre de parrain, à une initiative de réflexions sous la forme d'un colloque dans le cadre du 81<sup>e</sup> congrès de l'ACFAS. Ce colloque porta sur un sujet majeur pour notre Fédération, soit les « enjeux sociaux et scientifiques autour des préposé(e)s aux bénéficiaires et des aides-soignant(e)s » au Québec, en France et en Belgique.

La FPBQ est un organisme sans but lucratif. Les membres considèrent sa vocation comme étant professionnelle et non syndicale. Elle se base sur les soins et services qu'on lui sollicite, qui sont de plus en plus spécialisés et qui requièrent une formation particulière, incluant de la formation continue pour maintenir cette expertise. Bien que la FPBQ ne soit pas un ordre procédant de l'Office des professions du Québec, elle a tout de même adopté des principes philosophiques se rapprochant de l'Office, tels que la protection du public et du titre d'emploi (avec ses significations connexes comme aide-soignant, aide-infirmier, etc.), ou encore l'assurance que ses membres exercent avec professionnalisme leurs tâches en contribuant à promouvoir une qualité optimale, dans un souci de développement personnel, professionnel afin de répondre aux besoins de la population du Québec. Ce sont des valeurs d'excellence, de respect, d'humanisme, d'engagement et de collaboration que ses membres prônent grâce à une relation de confiance avec la population du Québec.

Depuis quelques années, une poignée de chercheurs se sont interrogés globalement sur notre profession au Québec, ce qui leur a permis d'établir diverses réflexions, notamment dans le cadre du colloque du 7 mai dernier. De ce colloque émergea cet ouvrage, qui dresse un portrait tout à fait réaliste de la situation actuelle vécue dans une grande proportion dans les établissements du Québec et outre-mer tant par les résidents, les intervenants que les proches. Il pose une série de questions très pertinentes qui permettent de dégager des pistes d'orientations et d'actions pour améliorer la qualité de vie et les services auprès des résidents, tout en favorisant l'épanouissement du personnel.

Il appert que les questions que se sont posées à un moment ou à un autre au cours des ans toutes les personnes impliquées dans ce secteur de services reflètent plusieurs préoccupations. On peut donc considérer ce portrait comme un cumul évolutif du vécu et qui représente, en quelque sorte, le cheminement qui a amené les préposé(e)s à un tel niveau d'insatisfaction et de quasi-désespoir. Cet ouvrage se veut donc un espoir de comprendre la profession et un encouragement à changer tout ce qui nous y paraissait immuable et permanent. Selon nous, le message qui émane de cet ouvrage est que tout changement permettra d'envisager l'avenir avec confiance et sérénité afin de répondre à un besoin profond dans la réalisation de la professionnalisation du métier de préposé.

Nous voudrions remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont collaboré à la réalisation de cet ouvrage.

# Table des matières

---

<b>PÉFACE</b> .....	VII
<i>Michel LEMELIN</i>	

<b>LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX</b> .....	XVII
--------------------------------------------	------

## **INTRODUCTION**

### L'INDIVIDUALISATION ET LA RESPONSABILISATION DES AIDES-SOIGNANTES ET DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

<i>Tendances actuelles en question</i> .....	1
<i>François AUBRY</i>	
1. Rapport aux patients et aux résidents.....	4
2. Approche Milieu de vie et qualité des pratiques.....	6
3. Problématiques en santé au travail .....	8
4. Professionnalisation des aides-soignantes et des préposés aux bénéficiaires .....	9

# **PARTIE 1**

## **LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES ET LEURS RELATIONS AVEC LES PATIENTS ET LES RÉSIDENTS**

### **CHAPITRE 1**

#### **LES CONFLITS ENTRE LA CLIENTÈLE HÉBERGÉE EN CHSLD ET LE PERSONNEL SOIGNANT**

*Ce dont témoignent les intervenants.....* 13

*Émilie RAIZENNE*

1. Besoin grandissant de ressources psychosociales en CHSLD.....	16
2. Conflits .....	17
2.1. Types de conflits .....	18
2.1.1. Conflits en rapport avec les soins et les services ....	19
2.1.2. Conflits en lien avec la sécurité ou l'hygiène.....	20
2.1.3. Conflits causés par la vie en communauté .....	21
2.1.4. Conflits liés à l'aspect relationnel, aux normes et aux attentes de la relation intervenant-usager .....	22
2.2. Types d'usagers impliqués dans les conflits.....	24
2.2.1. Clientèle souffrant de problèmes de santé mentale .....	24
2.2.2. Clientèle présentant des troubles cognitifs.....	25
2.2.3. Clientèle aux prises avec une perte d'autonomie physique importante .....	27
2.2.4. Client-expert .....	28
2.2.5. Client-roi.....	29
3. Expérience des préposés aux bénéficiaires : risques, souffrance et don de soi .....	30
4. Priorités et paradigmes à repenser .....	32
Conclusion .....	33

### **CHAPITRE 2**

#### **LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES FACE AUX PROBLÉMATIQUES DE MALTRAITANCE DANS LES ORGANISATIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE .....**

35

*Louise BELZILE, Caroline PELLETIER et Marie BEAULIEU*

1. Maltraitance en organisation de soins de longue durée ou maltraitance organisationnelle ? .....	37
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

1.1. Nature du travail des préposés aux bénéficiaires dans les OSLD .....	39
1.2. Situations de maltraitance impliquant ou interpellant les préposés aux bénéficiaires.....	40
2. Recherche des coupables ou résolution des problèmes .....	44
2.1. Organisations planifiées.....	44
2.2. Organisations distribuées.....	47
2.3. Induction d'une posture distribuée dans les OSLD.....	48
Conclusion .....	49

### CHAPITRE 3

#### LE SOIN RELATIONNEL EN CHSLD

##### *De la formation à l'approche relationnelle de soins*

##### *à la réalité du travail des préposés aux bénéficiaires .....*

*Isabelle FEILLOU, Marie BELLEMARE, Annabelle VIAU-GUAY, Louis TRUDEL,  
Johanne DESROSIERS et Marie-Josée ROBITAILLE*

1. Caractéristiques de l'approche relationnelle de soins .....	53
1.1. Visées et processus d'implantation.....	53
1.2. Contenu de la formation de base.....	54
2. Perception de l'approche relationnelle de soins par les soignants formés .....	55
2.1. Éléments de la formation jugés les plus utiles et les plus faciles à intégrer dans le travail et justifications des soignants .....	56
2.2. Éléments de la formation jugés les plus difficiles à intégrer dans le travail et justifications des soignants .....	57
3. Mise en œuvre de l'approche relationnelle de soins lors des soins d'hygiène .....	60
3.1. Adaptations observées durant le déroulement du soin.....	61
3.2. Adaptations observées dans l'organisation des soins.....	62
4. Au-delà de la formation, les conditions pour des soins relationnels .....	64
4.1. Conditions liées au soignant.....	64
4.2. Conditions liées au résident et à sa famille.....	65
4.3. Conditions liées au collectif de travail .....	66
4.4. Conditions liées à l'environnement physique et matériel ...	67
4.5. Conditions liées à l'organisation du travail.....	68
5. Compromis typiques d'une relation de service.....	69
Discussion et conclusion.....	71

## **PARTIE 2**

### **LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES ET L'APPROCHE MILIEU DE VIE AU QUÉBEC**

#### **CHAPITRE 4**

LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES ET L'INJONCTION À AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SERVICES DANS LES ORGANISATIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE AU QUÉBEC.....	75
<i>Yves COUTURIER, Francis ETHERIDGE et Malika BOUDJÉMAA</i>	
1. Organisation des soins de longue durée au Québec.....	76
2. Origine asilaire des CHSLD.....	77
3. Nécessité du changement dans la philosophie d'intervention .....	81
4. Défi de la qualité en CHSLD .....	83
5. Implantation de l'approche Milieu de vie au Québec.....	84
Conclusion .....	87

#### **CHAPITRE 5**

LE POINT DE VUE DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES CONCERNANT L'APPROCHE MILIEU DE VIE EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD).....	89
<i>Malika BOUDJÉMAA et Yves COUTURIER</i>	
1. Approche Milieu de vie.....	91
2. Méthodologie de l'étude.....	93
3. Changements perçus par les répondants .....	94
3.1. Mise en place de causeries .....	94
3.2. Plans d'intervention interdisciplinaire (PII).....	95
3.3. Assouplissement de l'organisation du travail.....	95
3.4. Approche Milieu de vie comme déterminant des changements observés ?.....	99
3.5. Difficultés rencontrées.....	100
3.6. Mode d'appropriation de l'approche Milieu de vie .....	101
Conclusion .....	102

**CHAPITRE 6****L'APPLICATION DE L'APPROCHE MILIEU DE VIE EN ÉTABLISSEMENT  
D'HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE PAR LES PRÉPOSÉS  
AUX BÉNÉFICIAIRES***Point de vue des préposés, des infirmières auxiliaires**et des infirmières* ..... 105*François AUBRY, Yves COUTURIER et Frédéric GILBERT*

1. Problématique..... 106

2. Méthodologie..... 110

3. Résultats ..... 112

3.1. Représentation de l'approche Milieu de vie  
des préposés aux bénéficiaires :  
une mise en œuvre difficile ..... 1123.2. Représentation des infirmières et des infirmières  
auxiliaires : un manque de volonté des préposés  
aux bénéficiaires ? ..... 115

4. Discussion..... 117

4.1. Rôle du collectif de travail des préposés  
aux bénéficiaires ..... 1184.2. Étude et utilisation du collectif comme levier  
de bonification des pratiques ..... 119

Conclusion ..... 121

**PARTIE 3****LES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ AU TRAVAIL  
DES AIDES-SOIGNANTES ET DES PRÉPOSÉS  
AUX BÉNÉFICIAIRES EN BELGIQUE ET AU QUÉBEC****CHAPITRE 7****LE RÔLE DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES DANS LA PRÉVENTION  
DES INFECTIONS ACQUISES EN ÉTABLISSEMENT  
DE SOINS DE SANTÉ AU QUÉBEC** ..... 125*Henriette BILODEAU et Geneviève ROBERT-HUOT*

1. Objectifs ..... 127

2. Méthodologie..... 127

2.1. Population et collecte de données ..... 127

2.2. Instrument de mesure et analyse ..... 128

- 3. Résultats ..... 128
  - 3.1. Description des répondants..... 129
  - 3.2. Principales conditions à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales ..... 130
    - 3.2.1. Perception du risque ..... 130
    - 3.2.2. Connaissances..... 131
    - 3.2.3. Pratiques ..... 133
    - 3.2.4. Environnement de travail..... 134
  - 3.3. Barrières à l’emploi des bonnes pratiques ..... 136
  - 3.4. Climat de santé et de sécurité au travail..... 138
- 4. Discussion..... 141
- Conclusion ..... 144

**CHAPITRE 8**

LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS

*Rapport à la norme et à l’institution : enjeux psychiques*

- et enjeux éthiques*..... 145

*Johanne BOIVIN*

- 1. Éléments de problématique ..... 147
- 2. Souffrance au travail en termes organisationnels..... 150
- 3. Enjeux psychiques et enjeux éthiques..... 151
- 4. Pistes d’intervention en éthique ..... 155
- Conclusion ..... 157

**CHAPITRE 9**

L’AIDE-SOIGNANTE EN GÉRIATRIE OU L’ORGANISATION SOCIALE

- DES DÉGOÛTS ..... 159

*Fanny DUBOIS*

- 1. Vérité hygiéniste : hiérarchie hospitalière et individualisation ..... 161
- 2. Savoir et pouvoir dans la relégation du sale boulot ..... 164
- 3. Vocation empathique ..... 167
- 4. Souffrances soignantes paralysant la mobilisation collective ..... 169
- 5. Dégoûts et « maltraitance institutionnelle » ..... 170
- 6. Participation réflexive..... 171
- Conclusion ..... 173

## **PARTIE 4**

### **LES CONTRAINTES À LA PROFESSIONNALISATION DES AIDES-SOIGNANTES ET DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES**

#### **CHAPITRE 10**

LES AIDES-SOIGNANTES AU DOMICILE DES PERSONNES  
ÂGÉES DÉPENDANTES

<i>Enjeux d'autonomie et de professionnalité</i> .....	177
<i>Catherine GUCHER</i>	
1. Méthodologie.....	179
2. Intervention à domicile : une galaxie improbable qui génère un flou statutaire et identitaire pour les intervenants .....	180
3. Domicile, territoire à défendre versus territoire à conquérir .....	183
4. Cinq formes d'interactions aidants-aidés : la professionnalité en jeu.....	186
Conclusion .....	191

#### **CHAPITRE 11**

LE MODÈLE HOSPITALIER DANS L'INTERVENTION  
DES AIDES-SOIGNANTES À DOMICILE

*Soutien et obstacle pour l'affirmation  
d'une identité professionnelle* .....

.....	193
<i>Annie MOLLIER et Catherine GUCHER</i>	
1. Se référer au modèle hospitalier pour gagner en reconnaissance et en statut .....	195
1.1. Référer ses agirs professionnels au modèle biomédical.....	195
1.2. Se référer au modèle en se positionnant dans la proximité avec les infirmières .....	198
1.3. Recourir au modèle hospitalier pour se distinguer des autres professionnelles de l'aide à domicile .....	199
2. Se détacher pour retrouver un sens au travail .....	201
2.1. Revendiquer une mission humaniste en référence à un modèle biopsychosocial de la santé et du soin.....	202
2.2. Moduler le temps du soin et de l'accompagnement.....	203
2.3. Gagner en autonomie pour affirmer une professionnalité.....	205
Conclusion .....	207

**CHAPITRE 12**

DES REGARDS SUR LES DÉBATS PORTANT  
SUR LA PROFESSIONNALISATION DES PRÉPOSÉS  
AUX BÉNÉFICIAIRES EN GÉRIATRIE AU QUÉBEC

*Formes de la domination symbolique* ..... 209

*Yves COUTURIER*

1. Structure du champ..... 210

2. Objets de débats ..... 212

3. Gestion des paradoxes ..... 216

Conclusion ..... 217

**CONCLUSION**

RESPONSABILISATION ET RECONNAISSANCE  
DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES ET AIDES-SOIGNANTES ..... 219

*François AUBRY et Yves COUTURIER*

**BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE**..... 223

**NOTICES BIOGRAPHIQUES** ..... 241

# Liste des figures et tableaux

---

Figure I.1.	Thématiques transversales de l'ouvrage.....	4
Figure 6.1.	Causes de la difficulté d'appliquer l'approche Milieu de vie en CHSLD, selon les types d'intervenants.....	109
Tableau 3.1.	Processus d'implantation de l'ARS.....	53
Tableau 3.2.	Contenu de la formation à l'ARS.....	54
Tableau 3.3.	Catégorisation et pondération des unités de sens relatives aux éléments de l'ARS jugés les plus utiles et les plus faciles à intégrer dans le travail.....	56
Tableau 3.4.	Catégorisation et pondération des unités de sens relatives aux dimensions de l'ARS jugées les plus difficiles à intégrer dans le travail.....	58
Tableau 3.5.	Catégories d'adaptation effectuées durant les soins d'hygiène, stratégies et exemples.....	61
Tableau 3.6.	Catégories de stratégies d'adaptation de l'organisation des soins, sous-catégories et exemples.....	63
Tableau 6.1.	Caractéristiques de l'échantillon de participants.....	111
Tableau 7.1.	Description des répondants.....	129
Tableau 7.2.	Conditions d'emploi.....	130

Tableau 7.3.	Perception du risque associé à la présence d'un patient ayant une IN .....	131
Tableau 7.4.	Questions de connaissance sur les IN ayant obtenu plus de 5 % de mauvaises réponses selon la catégorie d'établissement du PAB .....	132
Tableau 7.5.	Règles d'hygiène de base observées par 90 % ou plus des PAB dans l'exercice de leurs fonctions.....	133
Tableau 7.6.	Règles d'hygiène de base observées par moins de 90 % des PAB dans l'exercice de leurs fonctions.....	134
Tableau 7.7.	Formation à l'accueil .....	135
Tableau 7.8.	Formation de rappel et de mise à jour .....	136
Tableau 7.9.	Barrières au respect de la conformité aux règles d'hygiène.....	136
Tableau 7.10.	Climat de santé et de sécurité au travail.....	139

# Introduction

---

## L'INDIVIDUALISATION ET LA RESPONSABILISATION DES AIDES-SOIGNANTES ET DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

### Tendances actuelles en question

*François AUBRY*

Les aides-soignantes, selon la dénomination française et belge, et les préposés aux bénéficiaires, selon l'appellation québécoise, ont acquis au cours des dernières années une grande visibilité dans l'espace médiatique. Plus particulièrement, les quelques cas fort médiatisés de maltraitance envers des personnes âgées ont permis de dévoiler, par un côté négatif, un univers professionnel complexe et difficile, dont on sait par ailleurs à quel point il peut aussi se montrer chaleureux, bienveillant et humain. Toutefois, cette seconde dimension est trop souvent occultée, car une part importante des pratiques dans ces métiers reste invisible et mal connue au regard de la suprématie du monde du soin (au sens de *cure*) représenté par les infirmières et les médecins. Pourtant, la recherche montre que les aides-soignantes et les préposés aux bénéficiaires réalisent de 80 % à 90 % des actes de soin envers les patients et les résidents.

Une telle situation d'invisibilité pour des métiers si importants apparaît difficilement compréhensible alors que les personnes faisant ces métiers occupent une position centrale dans la prestation des actes d'assistance et le maintien de l'autonomie auprès des personnes âgées, et ce, tant dans

les centres hospitaliers et les institutions gériatriques qu'à domicile. Les enjeux actuels entourant les pratiques de ces métiers, qui sont le plus souvent d'ordre structurel, sont considérables. Dans le contexte du vieillissement démographique (Clément et Lavoie, 2005), les aides-soignantes et les préposés aux bénéficiaires doivent supporter une responsabilité grandissante pour réaliser des pratiques de qualité alors que l'on commence à prendre conscience des problématiques et des enjeux auxquels ces gens sont confrontés au quotidien : alourdissement des clientèles, charge de travail excessive, rapports hiérarchiques conflictuels, direction des ressources humaines appliquant des pratiques de gestion appartenant à un autre âge, problèmes récurrents de santé et de sécurité au travail, épuisement professionnel, rapports complexes avec les patients et les résidents et leurs familles (plaintes), etc. Dans le cadre de la nouvelle gestion publique, qui préconise une restructuration en profondeur des milieux hospitaliers et gériatriques (Contandriopoulos *et al.*, 2005) et le développement du milieu domiciliaire pour les personnes en perte d'autonomie, les problématiques de la qualité des pratiques et des conditions de travail deviennent primordiales. Par ailleurs, les personnes travaillant comme aide-soignante ou préposé aux bénéficiaires sont en grande majorité des femmes (dans des proportions de 80 % au Québec et de 90 % en France, par exemple), ce qui conduit à s'interroger sur les problématiques de la féminisation du secteur tertiaire (celui des services) et de l'identité professionnelle dans ces métiers, qui sont souvent et à tort perçus comme se situant à mi-chemin entre les compétences domestiques et les compétences professionnelles, ce qui a pour effet de renvoyer dans l'ombre l'importante part de l'activité de ces personnes généralement accomplie par des femmes. En somme, les raisons politiques, sociales et scientifiques de s'intéresser à ces métiers ne manquent pas.

Pourtant, les textes traitant des aides-soignantes ou des préposés aux bénéficiaires ne sont pas nombreux. Bien sûr, il existe des ouvrages fondateurs ; nous pensons au livre devenu classique d'Arborio (2001) et aux travaux de Molinier (2005, 2006, 2010), qui exposent clairement certains problèmes auxquels font face les aides-soignantes dans le contexte français, notamment l'invisibilité des statuts et des pratiques et la souffrance éthique dans ce métier. Au Québec, les articles s'intéressant aux préposés aux bénéficiaires sont encore plus rares et portent principalement sur les enjeux de santé et de sécurité au travail et sur l'importance de la formation pour contrer de soi-disant défauts de qualité dans la prestation des actes professionnels de ces acteurs. Par ailleurs, il est possible de retrouver quelques textes dans lesquels les aides-soignantes et les préposés aux

bénéficiaires et leurs pratiques ne sont pas étudiés pour eux-mêmes, mais dans le cadre d'une évaluation de programme ou de formation (Belzile *et al.*, 2013). Nos propres travaux, notamment Aubry (2013) et Aubry, Etheridge et Couturier (2013), font partie d'une première vague de recherches traitant de la pratique de ce groupe professionnel.

Si, dans la littérature scientifique, les aides-soignantes et les préposés aux bénéficiaires ne font l'objet que d'un nombre très restreint d'études, comparativement aux infirmières, ils sont pourtant très représentés, pour ne pas dire surreprésentés, dans les médias. Malheureusement, et principalement au Québec, les situations que l'on nous présente dans les journaux ou à la télévision sont souvent négatives et déplorables : cas de maltraitance et d'incompétence impliquant un ou plusieurs préposés aux bénéficiaires, pénurie de main-d'œuvre dans les établissements de soins et de santé, etc. Pour autant, les problématiques professionnelles et sociales touchant les aides-soignantes et les préposés aux bénéficiaires dans les trois contextes (Belgique, France, Québec) que nous abordons dans le présent ouvrage sont suffisamment semblables non seulement pour autoriser une comparaison, mais aussi et surtout pour observer des conditions si transversales que nous pensons y voir des éléments fondamentaux d'une structure sociale quasi universelle qui caractériserait ces métiers.

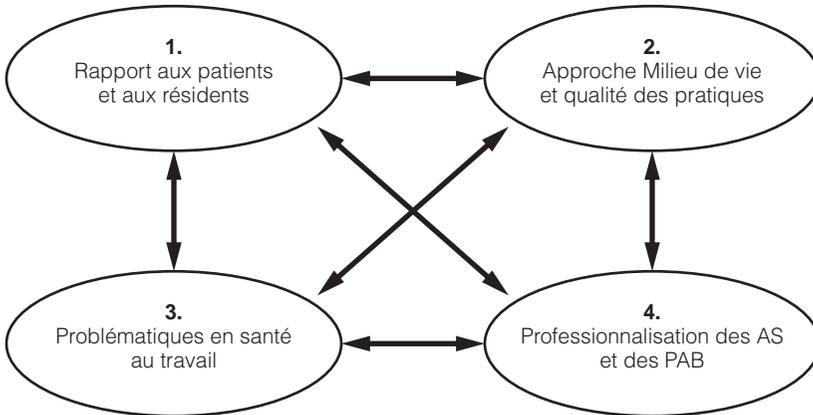
L'objet de cet ouvrage consiste donc à présenter des chapitres exposant différentes études sur les métiers d'aide-soignante et de préposé aux bénéficiaires dans les organisations de soins et de santé ou à domicile en rapport avec quatre thématiques transversales aux trois contextes étudiés : 1) le rapport aux patients et aux résidents, 2) l'approche Milieu de vie et la qualité des pratiques, 3) la santé au travail, et 4) la professionnalisation des aides-soignantes et des préposés aux bénéficiaires (figure I.1).

Ces quatre thématiques ont pour spécificité d'être étroitement liées entre elles. Ainsi, l'on ne saurait concevoir le rapport des aides-soignantes et des préposés aux bénéficiaires aux patients et aux résidents sans s'interroger sur les problématiques de santé au travail engendrées par le contact entre ces deux groupes d'acteurs. De même, les conditions nécessaires à la professionnalisation des métiers d'aide-soignante et de préposé aux bénéficiaires doivent être pensées à la lumière des nouvelles exigences relatives à la qualité des pratiques envers les patients et les résidents. Cependant, pour toutes ces thématiques, l'enjeu reste identique : on impose une responsabilisation accrue aux aides-soignantes et aux préposés aux bénéficiaires sans pour autant reconnaître l'importance de l'organisation du travail et du

collectif comme vecteur des pratiques de chacun des soignants. En d'autres mots, on responsabilise les aides-soignantes et les préposés aux bénéficiaires individuellement, mais sans nécessairement tenir compte des conditions permettant de développer leurs compétences et la reconnaissance de leurs pratiques. Tous les chapitres composant cet ouvrage font explicitement référence à cette tension.

Figure 1.1.

## Thématiques transversales de l'ouvrage



## 1. RAPPORT AUX PATIENTS ET AUX RÉSIDENTS

La première partie du livre s'intéresse aux relations entre les préposés aux bénéficiaires et les patients et les résidents. Il est convenu que les préposés aux bénéficiaires constituent le personnel paramédical ou périsoignant le plus proche des résidents ; ils ont une connaissance intime des personnes dont ils s'occupent, ce qui leur permet notamment de répondre adéquatement à leurs besoins, de les aider à maintenir leur autonomie et de réduire les états agressifs chez ces personnes. Des formations sont données pour former individuellement les préposés aux bénéficiaires à des approches relationnelles de qualité, ce qui leur permet d'acquérir, d'incorporer et de mettre en acte des compétences dans des situations particulières. Pour autant, une telle proximité doit se gérer : les relations entre ce personnel

et les patients ou les résidents peuvent devenir une source de conflit. Par exemple, la maltraitance envers les résidents, si présente dans les médias, est le plus souvent évoquée pour dénoncer la faute découlant d'un acte individuel du préposé aux bénéficiaires réputé malveillant ou incompétent, et ce, sans égard aux conditions rendant ou non possibles la bienveillance et la compétence. Les chapitres formant cette section de l'ouvrage laissent voir l'importance fondamentale de l'organisation du travail dans le développement des conflits et des actes de maltraitance et la nécessité du collectif de travail dans la réalisation d'actes relationnels de qualité.

Dans son chapitre, **Émilie Raizenne** montre que, dans le contexte du vieillissement de la population au Québec, les préposés aux bénéficiaires occupent une place centrale, car ils sont les premiers responsables de l'assistance quotidienne aux résidents. La tâche se révèle fort complexe puisque de plus en plus de résidents sont aux prises avec des problématiques cognitives et physiques importantes. Pour ce personnel soignant, les clientèles qu'il qualifie de difficiles représentent un enjeu particulier. Comment peut-on réussir à développer des pratiques de qualité tout en acceptant l'agressivité de ces patients ? Comment parvenir à s'identifier et à se considérer comme étant un personnel compétent lorsque ni les résidents ni l'institution ne renvoient une image positive de nos pratiques ?

Le texte suivant, produit par **Louise Belzile, Caroline Pelletier et Marie Beaulieu**, porte sur un phénomène médiatique devenu important au cours des dernières années au Québec, à savoir les préposés aux bénéficiaires face aux jugements de maltraitance dont ils sont souvent l'objet dans les organisations de soins de longue durée. Sans nier la responsabilité individuelle que peuvent porter certains préposés aux bénéficiaires dans les cas de maltraitance envers les personnes âgées, les auteures montrent que ces deniers peuvent être les victimes de jugements de maltraitance alors que la responsabilité de la situation incombe davantage à une organisation de travail qui génère et développe des contradictions sur les pratiques opposant le but (qualité des soins et des services) et les moyens (ressources humaines, notamment) mis en œuvre pour réaliser ces pratiques. En conclusion, Belzile, Pelletier et Beaulieu en appellent à une lecture des situations de maltraitance dépassant la seule visée d'identifier les responsabilités individuelles.

Pour leur part, **Isabelle Feillou, Marie Bellemare, Annabelle Viau-Guay, Louis Trudel, Johanne Desrosiers et Marie-Josée Robitaille** nous font connaître l'approche relationnelle de soins, destinée aux préposés aux

bénéficiaires au Québec. S'inscrivant dans la philosophie de l'approche Milieu de vie, l'approche relationnelle de soins vise non seulement à améliorer la qualité des soins dispensés aux résidents, mais espère aussi contribuer à une plus grande satisfaction au travail et à l'amélioration de la santé et de la sécurité du personnel soignant en diminuant les comportements perturbateurs des résidents. Les auteurs retiennent plusieurs conditions rendant possible la réalisation d'actes relationnels de qualité, dont l'une des plus importantes semble être l'adéquation de l'approche développée dans l'organisation avec le collectif de travail en tant qu'instance de partage de normes et de compétences : les compétences informelles, nées des situations de travail et partagées par l'ensemble des préposés aux bénéficiaires, doivent être considérées comme des outils pour la transmission de l'approche.

## **2. APPROCHE MILIEU DE VIE ET QUALITÉ DES PRATIQUES**

La deuxième partie du livre s'intéresse aux nouvelles exigences des organisations gériatriques en matière de qualité des pratiques. L'approche Milieu de vie, préconisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, représente un exemple concret de l'imposition et de la mise en œuvre de nouvelles normes de qualité au sein des établissements de soins et de santé au Québec. Or l'application de cette approche par les préposés aux bénéficiaires constitue un enjeu d'envergure. En effet, ces travailleurs sont placés en première ligne pour appliquer l'approche auprès des résidents ; ce sont eux qui, plus particulièrement, doivent faire de l'institution gériatrique un lieu de vie dans lequel on répondra de façon adéquate aux besoins des résidents. Pourtant, cette responsabilité attribuée aux préposés aux bénéficiaires ne va pas sans un grand nombre de contraintes étant donné la faiblesse de leur statut professionnel, la faible marge d'autonomie dont ils disposent et le manque de reconnaissance de l'organisation. Sont notamment remises en question ici les problématiques de l'équipe de travail et de l'interdisciplinarité. Il est démontré que le fait de travailler ensemble nécessite de partager un espace et un langage communs (Couturier, 2005). Enfin, une question fondamentale se pose : comment les gestionnaires peuvent-ils espérer mettre en place une approche de qualité sans prendre en compte les stratégies et les compétences développées par les préposés aux bénéficiaires *in situ*, dans le cadre de leurs pratiques (Aubry, 2013) ?

Le chapitre ouvrant cette section, proposé par **Yves Couturier**, **Francis Etheridge** et **Malika Boudjémaa**, révèle l'existence d'un paradoxe majeur auquel se retrouvent confrontés les préposés aux bénéficiaires. Au Québec, les organisations de soins de longue durée ont le mandat de prodiguer des services de qualité aux résidents hébergés. Les préposés aux bénéficiaires deviennent les premiers responsables de la qualité de ces services par l'acquisition ou le développement de compétences. Cependant, l'organisation laisse trop peu de place au déploiement de leur autonomie, ce qui entrave d'autant la capacité de professionnalisation des personnes exerçant ce métier. En ce sens, le paradoxe vécu dans leur pratique par les préposés aux bénéficiaires est celui d'une responsabilisation morale accrue envers la qualité de leurs pratiques en l'absence presque complète de reconnaissance de cette responsabilisation.

Le texte suivant, fruit du travail de **Malika Boudjémaa** et d'**Yves Couturier**, présente le point de vue des préposés aux bénéficiaires œuvrant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) à propos de la mise en œuvre d'une approche visant à humaniser la philosophie organisationnelle des soins, à savoir l'approche Milieu de vie. Cette approche a pour but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées vivant dans ces milieux en transformant l'organisation des services, historiquement axée sur une logique de soins, en une logique dorénavant davantage orientée sur les besoins des résidents. Les auteurs mettent en évidence le fait que, du point de vue des intervenants, l'approche Milieu de vie amène une amélioration de leurs pratiques, même si leurs besoins sont fréquemment oubliés. Pourtant, ces besoins devraient être considérés pour que les intervenants se sentent véritablement partie prenante du changement. Selon les auteurs, l'approche Milieu de vie doit aussi être pensée comme un temps de prise en compte des besoins à la fois des résidents et des intervenants, où la reconnaissance des seconds contribuera à la reconnaissance des premiers.

Le chapitre produit par **François Aubry**, **Yves Couturier** et **Frédéric Gilbert** recense les points de vue respectifs des préposés aux bénéficiaires, des infirmières auxiliaires et des infirmières sur l'application de l'approche Milieu de vie par les préposés aux bénéficiaires eux-mêmes dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec. Les auteurs montrent que la dimension collective du travail des préposés aux bénéficiaires représente une valeur centrale dans le cadre de leur pratique en leur permettant, par l'usage de stratégies et de compétences collectives, de répondre à des objectifs contradictoires (excellente qualité du travail, d'une part, charge excessive de travail, d'autre part).

En ce sens, les démarches d'application de diverses philosophies de soins comme l'approche Milieu de vie devraient se fonder sur le collectif de préposés aux bénéficiaires afin de mieux diffuser les innovations, ce qui aurait pour effet de favoriser l'application des bonnes pratiques et une meilleure collaboration entre les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires.

### **3. PROBLÉMATIQUES EN SANTÉ AU TRAVAIL**

La troisième section de notre livre porte sur les problématiques de santé au travail vécues par les préposés aux bénéficiaires, qui sont de plus en plus reconnus comme des acteurs professionnels susceptibles de connaître de graves problèmes de santé au travail (troubles de santé mentale, lésions professionnelles, etc.), problèmes qui soulèvent des enjeux organisationnels cruciaux pour les organisations de soins et de santé (absentéisme, démissions, rétention malaisée du personnel, etc.). En ce sens, les préposés aux bénéficiaires se situent au cœur d'un double phénomène organisationnel très particulier. D'une part, l'on admet le potentiel de risque pour ces travailleurs et on tente de leur donner des formations en conséquence pour éviter ces risques de santé au travail. D'autre part, l'on reconnaît mal les enjeux de santé au travail auxquels les préposés aux bénéficiaires font face du fait même de l'organisation du travail, de la domination qu'ils subissent dans la hiérarchie professionnelle et organisationnelle et, plus globalement, le manque d'autonomie dont ils disposent pour gérer collectivement ces risques.

Le chapitre d'**Henriette Bilodeau** et de **Geneviève Robert-Huot** pose la question du respect des règles en termes de prévention et de contrôle des infections nosocomiales par les préposés aux bénéficiaires au Québec. Les auteures ont rencontré des préposés aux bénéficiaires et documenté leurs connaissances à ce sujet, leurs pratiques en contexte de travail et leurs perceptions en matière de prévention des infections nosocomiales. Elles relèvent trois types de facteurs (prédisposants, facilitateurs et de renforcement) sur lesquels il est possible d'agir pour améliorer l'adhésion des préposés aux bénéficiaires aux normes de la bonne pratique en matière d'infections nosocomiales.

Fruit de la réflexion de **Johanne Boivin**, le chapitre suivant se penche sur la souffrance au travail vécue par les préposés aux bénéficiaires au Québec, plus particulièrement sur les problématiques éthiques de la

reconnaissance au travail. L'auteure met en exergue le fait que le travail d'assistance et de soin dans les organisations gériatriques oblige parfois les préposés aux bénéficiaires à poser des actes non éthiques (toilette d'un patient faite trop rapidement, manque de contacts humains avec la personne âgée, etc.) à cause d'une organisation du travail inadéquate qui va à l'encontre de la reconnaissance de leur travail des préposés aux bénéficiaires. En ce sens, l'auteure note que la souffrance des préposés aux bénéficiaires est d'abord et avant tout une souffrance organisationnelle et que la réponse apportée à ce problème doit provenir pour une bonne part d'une modification de l'organisation elle-même, dans la perspective de parvenir à une meilleure reconnaissance des importantes problématiques éthiques vécues par les préposés aux bénéficiaires.

Enfin, **Fanny Dubois** consacre un chapitre à présenter le métier d'aide-soignante en Belgique à partir d'une démarche ethnographique d'observation directe et participante qu'elle a eu l'occasion d'effectuer dans un service hospitalier gériatrique. Cette posture méthodologique particulière permet à l'auteure d'identifier en quoi ce métier demeure pris dans un système de domination qui concourt à son occultation et entraîne la reproduction des problèmes vécus par les aides-soignantes. Par ailleurs, la suprématie médicale et le rapport à l'empathie font oublier l'importance stratégique pour les aides-soignantes du rapport au dégoût. La capacité des aides-soignantes de faire face au dégoût semble alors être l'objet même de leur pouvoir.

#### **4. PROFESSIONNALISATION DES AIDES-SOIGNANTES ET DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES**

Le quatrième et dernier volet de notre livre rassemble trois chapitres qui identifient les conditions nécessaires à la professionnalisation des métiers d'aide-soignante et de préposé aux bénéficiaires. La faible position statutaire occupée par ce personnel soignant les amène à vivre une domination non seulement sur le plan hiérarchique, mais aussi et surtout sur le plan symbolique. Il semble qu'il soit complexe pour les aides-soignantes et les préposés aux bénéficiaires de porter les bases de leur professionnalisation en raison du flottement entourant la définition de leurs pratiques, du manque de reconnaissance sur le plan politique des frontières entre les compétences professionnelles et les compétences domestiques et de la faiblesse de leur position hiérarchique. Cette réalité structurelle se double d'une perception

négative de la domination que ces soignants disent subir, alors même que l'espace de revendication d'une reconnaissance politique ou médiatique ou d'une professionnalisation semble inexistant.

Le chapitre que nous donne **Catherine Gucher** porte sur le métier d'aide-soignante à domicile en France. L'auteure fait état du fait que la fonction des aides-soignantes est mal définie par rapport aux autres métiers de l'assistance au soin à domicile (auxiliaires de vie, aides à domicile) et que cette définition fait l'objet de nombreuses négociations dans le cadre même des pratiques quotidiennes, c'est-à-dire au domicile des personnes elles-mêmes, avec les personnes âgées et les autres intervenants. Cela conduit à s'interroger sur l'autonomie laissée aux aides-soignantes, un point considéré par l'auteure comme un élément majeur dans la définition de leur professionnalité.

Le texte suivant, élaboré conjointement par **Annie Mollier** et **Catherine Gucher**, prolonge le point de vue précédent en laissant voir l'identité professionnelle fragile des aides-soignantes à domicile en France. Les auteures montrent que, malgré l'étendue des tâches qui leur sont confiées, les aides-soignantes restent des exécutantes placées sous la gouvernance d'infirmières, loin de l'idéal professionnel souhaité et loin de l'appel à la responsabilité individuelle dont elles sont tant l'objet. Pourtant, les aides-soignantes tendent à valoriser fortement le caractère bénéfique et nécessaire de leur pratique de proximité dans ce contexte qui se révèle pourtant nuisible à leur autonomie. En fait, la référence au modèle hospitalier représente un exemple particulièrement éclairant de ce paradoxe, qui soulève invariablement des questionnements en lien avec les capacités de professionnalisation des aides-soignantes.

Finalement, le chapitre proposé par **Yves Couturier** nous présente brièvement les débats actuels concernant les préposés aux bénéficiaires. L'auteur montre en quoi ces débats permettent de mettre à jour la problématique de la domination symbolique de ce métier. Or c'est sur la base de cette domination que se construisent, d'un côté, l'identité professionnelle individuelle des préposés aux bénéficiaires et, de l'autre côté, l'identité sociale du groupe professionnel auquel appartiennent ces derniers. Cette situation n'est pas sans soulever un questionnement crucial : comment les préposés aux bénéficiaires peuvent-ils être reconnus comme un groupe professionnel revendicatif alors que la domination symbolique à laquelle est soumis leur métier les conduit eux-mêmes à ne pas croire en leurs capacités de revendications, puisant leur identité dans ce qu'on leur demande d'être plutôt que dans ce qu'ils sont ?

P A R T I E

---

1

**LES PRÉPOSÉS  
AUX BÉNÉFICIAIRES  
ET LEURS RELATIONS  
AVEC LES PATIENTS  
ET LES RÉSIDENTS**



## LES CONFLITS ENTRE LA CLIENTÈLE HÉBERGÉE EN CHSLD ET LE PERSONNEL SOIGNANT

### Ce dont témoignent les intervenants

*Émilie RAIZENNE*

Les personnes vivant actuellement en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont dans un état avancé de perte d'autonomie physique ou cognitive et requièrent beaucoup plus de soins et de services en comparaison avec la clientèle hébergée auparavant dans les centres d'accueil et d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie<sup>1</sup>. Les avancées de la médecine permettent aux personnes souffrant de graves maladies chroniques ou très avancées en âge de vivre plus longtemps, mais certaines d'entre elles se retrouvent en situation de lourde perte d'autonomie. La proportion des personnes âgées dans la population tend à devenir de plus en plus importante avec le vieillissement démographique

---

1. Les CHSLD sont issus de la fusion de la mission des centres hospitaliers de longue durée (CHLD) et de celle des centres d'accueil et d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie (CAH).

alors même qu'on limite le nombre de places en CHSLD. Les personnes vivant dans ces centres, que ce soit pendant plusieurs années ou seulement durant les derniers mois de leur existence, ont besoin d'un accompagnement dans toutes leurs activités de la vie quotidienne et d'une assistance constante des préposés aux bénéficiaires.

Depuis quelques années, au Québec, les CHSLD font face à de nombreuses difficultés. Au quotidien, la direction de ces centres et leurs employés doivent relever des défis de taille : mélange de clientèles très diverses en termes d'âges et de types de problèmes de santé (perte d'autonomie physique, problèmes cognitifs ou troubles de santé mentale) dans une même unité de soins, manque de ressources financières et humaines pour offrir des soins et des services adéquats aux personnes hébergées, alourdissement des tâches des préposés aux bénéficiaires, travaillant souvent en équipe réduite et devant s'occuper d'une clientèle nécessitant de plus en plus d'heures de soins et de services quotidiens, etc. À tout cela s'ajoutent les comportements de certains résidents ou de leurs proches, qui rendent difficiles et parfois même pénibles les relations entre les soignés et les soignants dans le CHSLD. La clientèle dite difficile peut faire des demandes constantes et harcelantes, des plaintes continuelles et des menaces ou démontrer de l'agressivité envers le personnel soignant et les autres résidents. Parfois, il arrive que des résidents dénigrent le travail de certains soignants, ce qui peut miner le moral des personnes visées par les commentaires négatifs. Ces situations désagréables peuvent parfois s'étendre sur plusieurs années. Les soignants qui font face à de telles difficultés au travail sont fatigués et, chez certains d'entre eux, un épuisement plus important sur les plans physique et mental s'installe. Ils finissent par douter d'eux-mêmes et de leurs compétences, ce qui mène à un départ en congé de maladie ou carrément à une démission permanente débouchant parfois sur un changement de carrière. Les premières personnes touchées par ces situations difficiles sont les préposés aux bénéficiaires puisque ce sont ces travailleurs qui sont le plus souvent et le plus étroitement en contact avec la clientèle, car ils ont pour rôle d'assurer les soins et services de base au quotidien sur le terrain ; les infirmières, les infirmières auxiliaires et les gestionnaires peuvent être affectés eux aussi par ces situations, mais dans une moindre mesure. Plus particulièrement, les préposés aux bénéficiaires sont souvent

victimes d'actes de violence verbale ou physique<sup>2</sup> de la part des résidents. Ces comportements, bien qu'ils ne soient adoptés que par une minorité de clients (nous parlons ici de cas extrêmes), amènent une désorganisation de la vie quotidienne dans les unités de soins.

Au Québec, les événements marquants de maltraitance et de négligence qui ont fortement ébranlé le public depuis le début des années 2000 ont conduit de nombreuses personnes et plusieurs associations à se poser des questions sur le respect des droits des usagers dans les milieux d'hébergement<sup>3</sup>. La confiance de la population à l'endroit des institutions de soins et de santé s'est détériorée de façon importante. Même si le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis en place diverses structures de surveillance de la qualité des soins et des services et adopté différentes politiques favorisant une approche plus humaine en santé (approche Milieu de vie, démarches d'amélioration continue de la qualité, mise sur pied obligatoire de comités d'usagers ou de comités de résidents, etc.), les importantes restrictions budgétaires imposées au secteur de la santé se posent souvent en obstacles à ces démarches.

- 
2. Les soignants peuvent vivre une souffrance liée aux comportements violents de certains résidents. Dans leur étude comparative entre le Canada (menée au Manitoba, en Nouvelle-Écosse et en Ontario) et les pays nordiques (Danemark, Finlande, Norvège, Suède), Banerjee *et al.* (2008) font état de cette situation. Selon eux, plus de la moitié du personnel le plus exposé à des situations de confrontation avec les usagers lors des soins directs se trouve à subir de la violence.
  3. En 2000, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse a effectué une consultation publique sur l'exploitation des personnes âgées. Plusieurs situations inquiétantes ont été soulevées dans les établissements publics et privés : humiliation, intimidation, infantilisation, négligence, exploitation au sens de l'article 48 de la Charte des droits et libertés de la personne (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2001). Le rapport de la Vérificatrice générale du Québec va dans le même sens. On y apprend que la situation est fragile dans plusieurs CHSLD (2001-2002). En ce qui nous concerne, nous ne pouvons passer sous silence un des événements les plus marquants, survenu à Saint-Charles-Borromée (ou CHSLD Centre-Ville de Montréal), qui a fait couler beaucoup d'encre en 2003. Une famille avait enregistré le personnel à son insu dans la chambre d'une résidente qui était victime de maltraitance et de négligence. Cela a suscité de chauds débats sur la place publique. Plusieurs associations ont réagi à l'événement et exigé une intervention du gouvernement québécois. Une enquête a été menée dans ce CHSLD et, à la suite du dépôt du rapport (*Rapport concernant la situation à la résidence Saint-Charles-Borromée du CHSLD Centre-Ville de Montréal*; Chouinard-Desrosiers et Camera, 2003), l'établissement fut placé en tutelle. Cette histoire fortement médiatisée a touché tout le Québec.

L'individualisme et le clientélisme constituent aussi des phénomènes qui contribuent à teinter le climat dans les CHSLD et qui jouent un rôle déterminant dans l'ampleur des problèmes évoqués précédemment. Ces grandes tendances, qui peuvent être observées dans plusieurs milieux, notamment dans les institutions du monde de l'éducation ou dans le secteur privé des services (loisir, restauration, commerce de détail, etc.), pèsent sur la relation entre les fournisseurs de services et les personnes recevant ces services. On exige un service de première qualité pour soi quand on est soi-même bénéficiaire d'un service, pour son enfant à l'école ou pour son parent en CHSLD. Plus scolarisés et davantage conscients de leurs droits, les gens exigent des services personnalisés et de qualité, ce dont témoignent les comportements parfois extrêmes qu'ils adoptent envers le personnel soignant quand ils ne sont pas satisfaits des soins et des services qui leur sont dispensés. Anne-Marie Dujarier (2006, 2012) a étudié le phénomène en France en comparant les services aux personnes âgées en centre de services et les services de restauration rapide pour aînés, et elle a observé les mêmes types de comportements parmi la clientèle et les mêmes types de difficultés chez le personnel dans ces deux milieux, qui, à première vue, semblent pourtant bien différents.

Considérant ces éléments contextuels, nous explorerons l'univers des CHSLD. Plus particulièrement, nous nous pencherons sur l'expérience des préposés aux bénéficiaires et sur les conséquences pour eux des conflits avec la clientèle. Tout d'abord, nous allons exposer brièvement le contexte de l'étude. Ensuite, à travers des témoignages de divers personnels travaillant en CHSLD, nous illustrerons notamment les types de conflits, les types de clientèles impliquées dans ces conflits et la nature des relations entretenues par les préposés aux bénéficiaires avec la clientèle. Le vécu des membres du personnel fait également ressortir les diverses sources de souffrance pouvant apparaître dans l'exercice du métier de préposé aux bénéficiaires et les paradoxes produits par une organisation du travail dont les objectifs ne concordent pas toujours avec une éthique du soin.

## **1. BESOIN GRANDISSANT DE RESSOURCES PSYCHOSOCIALES EN CHSLD**

Ces situations complexes vécues en CHSLD sont éprouvantes, et ce, tant pour la clientèle que pour le personnel. Dans ces milieux, on sent une grande détresse chez les résidents et les membres du personnel. Ainsi, dans un

établissement donné, la direction a décidé de venir en aide à son personnel en mettant en place une équipe de soutien, comprenant des gens provenant de diverses disciplines (psychologie, travail social, soins infirmiers, gestion), mise à la disposition du personnel œuvrant auprès d'une clientèle conflictuelle ou travaillant dans des contextes où existent des risques de conflits avec la clientèle<sup>4</sup>. Ce dispositif a été évalué dans le cadre d'une recherche ultérieure. Les discours recueillis proviennent uniquement des membres du personnel puisque le mandat de cette recherche consistait à évaluer l'équipe de soutien en sondant les membres du personnel soignant, les gestionnaires et les membres de l'équipe de soutien. Le texte formant le présent chapitre provient d'entretiens menés dans le cadre de ce projet de recherche. Il est important de noter que les situations qui y ont été décrites sont exceptionnelles, en ce sens que ce ne sont pas tous les résidents et leurs familles qui adoptent de tels comportements dans les CHSLD. Bien sûr, tout n'est pas sombre dans ces milieux et, règle générale, les gens qui y travaillent font preuve d'un grand dévouement à l'égard des résidents. Le but de ce chapitre est d'explorer ces situations extrêmes de tension et de conflit et de voir ce qu'elles nous révèlent du contexte plus large de la société québécoise.

## **2. CONFLITS**

Les conflits sont au cœur de la vie en société; en fait, tout ou presque peut faire l'objet d'un conflit. De prime abord, les conflits peuvent apparaître comme un phénomène négatif n'ayant pas sa place dans la vie sociale. Or, bien qu'il ne soit pas plaisant d'en vivre, les conflits assurent une fonction sociale très importante, à savoir la régulation. Selon Simmel (1992), le conflit possède une fonction de régulation sociale, il représente un mouvement de protection «contre le dualisme qui sépare» (p. 20) et permet la production de nouvelles normes. Pour sa part, Thuderoz (2000) voit le

---

4. L'équipe de soutien avait pour mandat d'assister les équipes de travail en CHSLD dans la conduite à adopter avec la clientèle présentant des comportements dits difficiles (Gagnon, Clément et Raizenne, 2009). Dans cette recherche, 16 entretiens ont été réalisés (3 préposés aux bénéficiaires, 4 infirmières, 6 chefs d'unité, 3 membres de l'équipe de soutien). Un directeur à l'hébergement et un commissaire aux plaintes et à la qualité des services ont été rencontrés en groupe avec les membres de l'équipe de soutien. Les membres de cette équipe ont été rencontrés à plusieurs reprises. Ces entretiens recueillis lors de ces rencontres ont aussi fait l'objet d'une analyse plus approfondie dans le cadre de mon mémoire de maîtrise à l'Université Laval.

conflit comme « un phénomène social, banal, quotidien, non pathologique, au même titre que l'entente ; accords et désaccords appartiennent au même registre notionnel » (p. 48). Lorsqu'un désaccord survient et qu'un problème demeure non résolu et crée des tensions, le conflit constitue souvent un passage obligé pour trouver une solution ou parvenir à un compromis qui soit satisfaisant pour les parties adverses. Tant et aussi longtemps que le conflit n'a pas éclaté, un malaise subsiste et les personnes concernées restent dans un état d'insatisfaction face à la situation. Certes, le conflit dérange, ce qui est désagréable, mais il offre l'avantage de pousser à l'action. En définitive, même si le conflit constitue un phénomène lourd suscitant bien des appréhensions, il représente souvent une dernière étape à franchir avant d'envisager d'apporter des solutions ou de faire des compromis. La mise sur pied de l'équipe de soutien pour faire face aux situations empreintes de tensions et susceptibles de dégénérer en conflit, avec les solutions qu'elle a apportées aux membres du personnel, constitue un bel exemple d'une issue positive pouvant suivre une situation conflictuelle. Cela étant dit, il existe différents types de conflits auxquels peuvent participer les protagonistes.

## 2.1. TYPES DE CONFLITS

Mais, sur quoi portent les insatisfactions de la clientèle ? Et, comment ces insatisfactions peuvent-elles mener au conflit ? Selon l'état de santé, les habitudes, les goûts, les besoins et les aspirations du résident, les conflits peuvent être de diverses natures. À ce propos, le témoignage d'un membre de l'équipe de soutien se révèle fort éloquent

*La fille ou le fils contrôle le service alimentaire, contrôle les soins infirmiers, contrôle tout, parce qu'ils veulent que leur mère ou leur père vive de la même façon qu'il vivait avant, et ça, c'est impossible. Ce qu'on dit, des fois, aussi, au personnel, c'est que, quand les gens arrivent, ils ont plein de deuils à faire, mais ils doivent s'habituer à vivre en communauté, à se faire laver, ça peut être gênant. De ne plus manger la même nourriture qu'ils avaient dans le temps quand ils étaient en appartement, de ne plus avoir nécessairement son déjeuner à 7 heures et demie avec son café, on essaie dans la mesure du possible de respecter ces habitudes-là, c'est difficile quand les gens mangent souvent à des heures qui sont plus adaptées aux lieux. Vivre avec une autre personne, ça fait comme plein d'adaptations, ce qui fait que oui, ça peut faire des réactions, et peut-être que nous, on réagirait si on était à la place de ces gens-là aussi (membre de l'équipe de soutien).*

Comme on peut le voir, les insatisfactions peuvent porter sur à peu près tous les domaines de la vie quotidienne du résident, que ce soit les soins et les services, les habitudes de vie ou la vie en communauté. Les propos des intervenants sur les situations difficiles vécues avec les clientèles hébergées en CHSLD nous ont permis d'identifier quatre types de conflits susceptibles de survenir dans ces institutions, à savoir les conflits en rapport avec les soins et les services, les conflits en lien avec la sécurité ou l'hygiène, les conflits causés par la vie en communauté, et les conflits liés à l'aspect relationnel, aux normes et aux attentes de la relation intervenant-usager.

### 2.1.1. Conflits en rapport avec les soins et les services

Selon le personnel soignant, les insatisfactions en lien avec les soins et les services offerts ou avec la façon dont ceux-ci sont dispensés amènent des résidents ou leurs proches à exiger, ou refuser, plus de soins et de services. Souvent, ces insatisfactions sont liées aux horaires (moment du réveil, moment du coucher, moment du bain, moment des repas, etc.) jugés trop rigides et à la qualité de la nourriture (notamment le manque de variété des menus), qui ne concordent pas toujours avec les désirs des personnes hébergées. Les résidents se voient imposer des routines ou des soins et des services qui ne leur plaisent pas toujours. Par exemple, la personne se verra offrir un bain tel jour de la semaine et des toilettes partielles les autres jours, ce qui peut être insatisfaisant pour elle et causer un conflit entre le résident, ses proches ou sa famille d'une part et le personnel soignant d'autre part.

*Il y a beaucoup de conflits de valeurs quand on s'est occupé de notre parent. Puis là, on arrive, puis on apprend qu'il n'y a qu'un bain par semaine, ça fait réagir les enfants, ça fait réagir les conjoints. Puis, on peut aussi observer que les familles sont plus petites, mais les enfants sont plus instruits, connaissent plus les droits, ils sont capables de défendre. Des fois, ça peut être (membre de l'équipe de soutien).*

Le rejet par un résident d'un traitement prescrit pour contrôler un problème de santé peut provoquer des résistances ou de fortes réactions, par exemple des cris, des plaintes ou des pleurs, voire de la violence physique. Il s'agit bien d'une autre importante source de tensions. «*Dans le même sens, on va regarder aussi l'aspect du droit du résident ; même*

*si on vit des conflits de valeurs, le résident a aussi le droit de refuser le traitement, ce qui fait qu'on va aller travailler ça avec les équipes, on essaie de sensibiliser»* (membre de l'équipe de soutien).

Un résident peut vivre des échecs répétés dans le traitement d'une maladie comme le diabète en ne suivant pas ou en refusant les recommandations de l'équipe soignante ou les ordonnances du médecin. Par exemple, il peut faire appel à des services extérieurs au CHSLD (épicerie, restaurant, etc.), qui vont lui livrer à sa chambre des aliments ne convenant pas à son régime.

*Oui, ça peut entraîner des conflits de valeurs. Par exemple, les employés voudraient bien faire, voudraient soulager la personne, et la personne refuse les soins. Un exemple concret: la personne s'alimente mal alors qu'elle est diabétique, elle se fait venir de la nourriture d'ailleurs, alors ça entraîne de la frustration parce que là, le taux de sucre va monter; les employés tentent de contrôler le plus possible la glycémie, mais le résident, soit qu'il comprend mal ou qu'il refuse le traitement* (membre de l'équipe de soutien).

Les milieux de soins de longue durée sont marqués par une médicalisation du quotidien et le personnel soignant comprend bien en quoi cet aspect peut indisposer les résidents qui veulent continuer à vivre normalement et à faire tout ce qu'ils aiment en dépit de leur perte d'autonomie et leurs problèmes de santé. Le personnel, voulant bien faire, surveille et contrôle les habitudes de vie des résidents, qui ne concordent pas toujours avec les conditions imposées par le milieu d'hébergement.

### **2.1.2. Conflits en lien avec la sécurité ou l'hygiène**

D'autres conflits peuvent survenir quand les comportements en matière de sécurité et d'hygiène nuisent à d'autres résidents ou à l'ensemble du CHSLD. Ainsi, un résident gardant de la nourriture et des ustensiles de cuisine dans sa chambre risque de mettre le feu s'il décide de se confectonner lui-même ses repas ou de causer une situation d'insalubrité s'il conserve des aliments périmés dans son réfrigérateur. Un autre résident peut se montrer agressif en fonçant sur d'autres personnes avec son fauteuil roulant ou en frappant d'autres résidents ou des membres du personnel. Un autre néglige l'entretien de sa chambre et accumule ou laisse traîner des objets qui peuvent nuire à sa sécurité et à celle du personnel. Dans ces

situations, le personnel doit intervenir pour assurer la sécurité du patient et celle du milieu de vie. Ici encore, les besoins collectifs du milieu s'opposent aux désirs ou aux aspirations des individus qui l'habitent.

Dans certains cas, la direction de l'hébergement et le commissaire aux plaintes et à la qualité des services ont dû prendre certaines mesures et interdire les aliments et les articles de cuisine en raison du danger que ces items représentent pour les autres résidents ou forcer des résidents à se débarrasser d'un surplus d'objets personnels qui nuisent à la circulation du personnel soignant dans la chambre au moment de donner des soins et des services à l'usager. Bien entendu, ces interventions ne se déroulent pas toujours dans l'harmonie : le résident peut avoir une réaction hostile et refuser de collaborer, ne pas vouloir qu'on lui impose certaines règles sur ce qu'il peut ou ne peut pas faire. Enfin, certains résidents affichant des troubles de comportement qui les rendent dangereux pour les autres résidents ou pour les intervenants ont été exclus de certains endroits du CHSLD ou d'une participation à certaines activités de loisir.

### 2.1.3. Conflits causés par la vie en communauté

En CHSLD, certains résidents peuvent adopter des comportements dérangeants pour les autres résidents et pour les employés, par exemple en harcelant constamment les autres pour obtenir des cigarettes, en insultant continuellement leur voisin de chambre, en faisant publiquement des scènes lors de conflits avec des membres de leur famille, etc. La vie en communauté peut donner lieu à toutes sortes de tensions, d'autant plus que les personnes vivant en CHSLD ne choisissent pas leurs corésidents. Parfois, certaines personnes se montrent particulièrement difficiles à vivre et ne respectent pas les règles de civilité imposées par la proximité d'autrui.

*L'absence de règles aussi peut amener beaucoup des conflits. Moi, je dis que c'est comme dans une famille, tu sais, l'absence de règles fait en sorte que, regarde, chacun fait un peu n'importe quoi, et là, bien, ça ne peut pas fonctionner. [...] Il faut venir établir un certain encadrement parce que je pense qu'on a tombé beaucoup à cause du concept de milieu de vie et d'aller dire : « Eh bien ! Regarde, c'est chez eux, on les laisse faire ce qu'ils veulent. » [...] Chez moi, je ne fais pas ce que je veux, et les enfants non plus ; on établit des règles de fonctionnement, des règles de civilité, et je me dis que c'est la même chose en milieu d'hébergement (membre de l'équipe de soutien).*

Les conflits tendent à s'intensifier dans les CHSLD où il existe des chambres doubles, c'est-à-dire des chambres conçues pour accueillir deux résidents : « *On dit souvent, dans notre approche Milieu de vie : "Votre chambre devient votre maison, le corridor devient la rue, et le centre d'hébergement devient votre quartier." Mais la chambre, des fois, elle est à deux, mais ça, on tend à l'éliminer* » (membre de l'équipe de soutien). Souvent, les résidents qui doivent partager leur chambre sont très malheureux de cette situation et, dans bien des cas, ils vont manifester leur insatisfaction en se montrant agressifs envers le personnel soignant.

#### **2.1.4. Conflits liés à l'aspect relationnel, aux normes et aux attentes de la relation intervenant-usager**

Dans une institution comme le CHSLD, les relations que le personnel soignant entretient avec les résidents peuvent varier sensiblement en termes de proximité, de familiarité et de bonne entente ; la personnalité de chacun entre en ligne de compte. Les résidents ont des attentes différentes à l'égard du geste soignant. Ainsi, certains clients souffrant de problèmes de santé mentale peuvent parfois développer des comportements perturbateurs, entrer en conflit ouvert avec le personnel (cris, menaces, insultes, pleurs prolongés, demandes et plaintes incessantes) et créer de la division entre les membres du personnel, par exemple en disant à tel préposé qu'il est un bon employé tout en dénigrant d'autres membres du personnel soignant, ce qui peut se révéler néfaste pour l'esprit d'équipe. Ce type de conflit n'a pas seulement pour objet une insatisfaction par rapport aux soins et aux services ou à certains aspects de l'organisation concernant les règles à respecter ou la vie en collectivité, il porte aussi sur la personne qui soigne, de sorte que l'on parle ici de conflits personnels : le résident n'apprécie pas du tout l'attitude ou les façons de faire d'un intervenant et il s'attaque à sa personne. Or, de par leur travail de proximité avec les résidents, les préposés aux bénéficiaires sont les premières personnes ciblées par ces réactions agressives.

Certains soignants passent plusieurs caprices aux personnes hébergées afin d'acheter la paix et d'éviter les chicanes ou le conflit, mais d'autres soignants se montrent plus rigides et posent certaines limites aux demandes que peuvent exprimer les résidents. Certains préposés aux bénéficiaires, craignant les représailles, se sentent mal à l'aise de ne pas acquiescer aux demandes des résidents exigeants et leur accordent tout ce qu'ils veulent ; mais, quand leurs collègues qui n'acceptent pas ce genre

de comportement arrivent sur l'unité de soins, ils entrent en conflit avec les résidents qui les considèrent comme de mauvais intervenants. Certains résidents nourrissent des attentes élevées par rapport aux soins et aux services des CHSLD et font fi de la réalité des intervenants, qui doivent s'occuper de plusieurs résidents. Cela demande, de part et d'autre, de faire preuve d'une certaine patience et d'accepter des compromis. Par exemple, un résident qui exige d'être toujours la première personne levée et lavée chaque matin peut injurier et menacer les membres du personnel soignant qui disent non à sa demande. De même, le personnel soignant peut se faire insulter en entrant dans la chambre d'un résident qui juge que l'on n'a pas répondu assez rapidement à sa cloche d'appel. Dans ce type de conflit, l'on a affaire à un déséquilibre entre les attentes des deux partis. Il faut alors établir les limites entre ce que les résidents peuvent faire ou exiger et ce que les intervenants doivent faire ou attendre des résidents, ce qui représente un exercice souvent complexe.

*Comme le résident a un bout à faire, l'équipe a son bout à faire aussi, et, dans des situations conflictuelles, il y a des positions trop fortes, il n'y a pas de souplesse, ce qui fait que l'équipe reste [sur sa position]: « Non, il n'aura pas ça. » Et le résident dit: « Oui, je veux ça, bon. » Ce qui fait que là, oups, ça crée... Ou la famille veut ça. Ça crée une position à imposer (membre de l'équipe de soutien).*

En CHSLD, il n'y a pas que les résidents qui ont des attentes envers le personnel, celui-ci entretient lui aussi certaines attentes face à la clientèle. Parmi les personnes hébergées, il y a celles que le personnel juge être des « bons résidents » ou de « moins bons résidents » ou encore des « clients plus difficiles ». Aux yeux du personnel soignant, le manque de respect s'avère inacceptable: si le résident se montre irrespectueux à leur endroit, alors des conflits surgissent. Même si le personnel peut comprendre les insatisfactions que vit la clientèle, il n'accepte pas pour autant de se faire injurier ou frapper par un résident. Quelques intervenants nous ont confié que des membres du personnel en viennent à carrément refuser d'avoir soin d'un résident qui cause de tels problèmes. Il est même arrivé que des intervenants demandent à être changés d'unité de soins ou quittent leur emploi en raison de l'épuisement engendré par le contact avec une clientèle difficile, exprimant leur refus de continuer à travailler dans de telles conditions. Toutefois, ce n'est pas le cas de tous les intervenants.

Les questions d'éthique et de droit des personnes sont prégnantes dans le quotidien des préposés aux bénéficiaires. Si un préposé dit non à une demande du résident, il doit être certain qu'il est en droit d'agir ainsi

et que les droits de cette personne ne sont pas lésés. La décision n'est pas toujours facile à prendre, les membres du personnel craignant les poursuites en justice ou l'éclatement d'un conflit pouvant attirer l'attention des médias et être publicisé. Ces craintes peuvent être plus fortes face à certains types de résidents ou certains proches ou membres de la famille de ces résidents, comme nous allons le voir dans la section suivante.

## **2.2. TYPES D'USAGERS IMPLIQUÉS DANS LES CONFLITS**

Les répondants ont décrit en détail 16 cas conflictuels<sup>5</sup> différents dans lesquels l'équipe de soutien est intervenue. À ceux-là s'ajoutent quelques cas mentionnés ici et là en cours d'entrevue. Les entretiens ont permis d'identifier certaines clientèles avec lesquelles les intervenants peuvent vivre des conflits, clientèles que nous regroupons selon cinq idéaux-types : 1) la clientèle souffrant de problèmes de santé mentale ; 2) la clientèle présentant des troubles cognitifs ; 3) la clientèle aux prises avec des problèmes de perte d'autonomie physique ; 4) le client expert et 5) le client-roi. Il est important de rappeler que les individus adoptant ces comportements conflictuels ne posent pas toujours problème, en ce sens qu'ils n'entretiennent pas constamment des relations hostiles avec le personnel. La typologie présentée ci-dessus décrit les types de clients tels qu'ils se comportent quand ils vivent une situation de crise ou de conflit avec le personnel. Nous allons exposer ce que les intervenants en CHSLD considèrent comme étant des conduites problématiques et des clientèles problématiques. Certains cas peuvent appartenir à plus d'une catégorie, et ce, à des degrés divers.

### **2.2.1. Clientèle souffrant de problèmes de santé mentale**

Les résidents appartenant à cette catégorie ou leurs proches ont reçu divers diagnostics : troubles anxieux, troubles de la personnalité limite, personnalité narcissique, état dépressif, etc. Ce type de clientèle présente souvent des troubles de comportement qui perturbent le milieu de vie et le travail du personnel soignant (demandes répétitives, plaintes, cris, gestes agressifs

---

5. Notons que le fait que 16 entretiens aient été menés et que 16 cas conflictuels aient été décrits relève du hasard. Chaque répondant nous a décrit plusieurs situations conflictuelles. Il ne faut pas associer un cas par répondant, mais plutôt plusieurs cas par répondant. Nous avons eu accès à l'opinion de plusieurs intervenants qui travaillaient parfois avec les mêmes cas conflictuels que leurs collègues. Bref, pour chaque cas conflictuel, plusieurs témoignages ont été recueillis.

envers les autres résidents et les membres du personnel, etc.). Quand ils sont insatisfaits, ces résidents réagissent plus intensément que les autres et ils ont tendance à s'en prendre aux intervenants personnellement, en utilisant par exemple des informations sur la vie personnelle des soignants pour leur faire du tort par des commérages ou des remarques désobligeantes ou en louangeant tel soignant et en dénigrant d'autres, ce qui crée des clivages entre les soignants.

Ces clients vivent de la souffrance et manifestent une certaine détresse liée au problème de santé mentale dont ils sont atteints. Leurs crises sont souvent dirigées vers le personnel. Fait à noter, les problèmes de santé mentale et les comportements qui y sont associés ont été observés tant chez des résidents que chez des proches et des membres de leur famille. Ces problèmes sont parfois d'origine neurologique, parfois de nature psychosociale. Les intervenants ont soulevé des cas où plusieurs personnes d'une même famille souffraient de maladie mentale. Ils ont aussi constaté que certains individus ayant un vécu difficile et des problèmes psychosociaux importants peuvent connaître des problèmes de santé mentale et adopter de tels comportements. Par exemple, un résident et sa conjointe peuvent tous les deux être atteints d'un trouble de la personnalité limite, qui se manifestent par des conflits ouverts entre eux (disputes de couple fréquentes) ou entre eux et le personnel (crier au personnel qu'il est incompetent, qu'il ne fait pas bien son travail, etc.), ce qui peut causer des perturbations sur l'unité de soins. Beaucoup de ces résidents peuvent adopter des comportements que l'on retrouve chez le client-roi, dont nous présenterons une description dans une sous-section subséquente. Nous verrons plus loin que les comportements perturbateurs des résidents ayant des problèmes de santé mentale semblent plus difficiles à affronter que ceux des résidents présentant des troubles cognitifs.

### **2.2.2. Clientèle présentant des troubles cognitifs**

Un grand nombre de ces résidents peut souffrir d'une démence de type Alzheimer ou d'une affection connexe. Chez ces clients, les intervenants ont décrit des comportements ressemblant à ceux des résidents ayant des problèmes de santé mentale, par exemple des demandes incessantes, des cris ou de l'agressivité envers les autres résidents et les membres du personnel. Par ailleurs, plusieurs de ces résidents présentent des problèmes de mémoire, ce qui fait qu'ils contrôlent moins bien leur comportement que les clients souffrant de problèmes de santé mentale puisqu'ils oublient les consignes

et les règles à suivre et qu'ils ont moins d'inhibition. Les troubles de la mémoire et la perte de jugement causés par la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence peuvent amener le résident à poser des gestes qui mettent en péril la sécurité du milieu, et ils deviennent alors dangereux non seulement pour eux-mêmes, mais aussi pour les autres résidents et les membres du personnel. Ainsi, ces clients peuvent laisser de la nourriture avariée dans leur chambre et éventuellement la consommer, faire des fugues, mettre le feu en essayant de se faire à manger ou en allumant une cigarette, et ainsi de suite.

Lorsqu'on impose des restrictions ou des règles à suivre à ce type de résidents, ceux-ci les oublient ou ne les comprennent pas, de sorte qu'ils peuvent se fâcher et faire preuve d'agressivité lorsqu'ils sont insatisfaits. Cependant, il semble que les intervenants fassent preuve d'une plus grande patience avec ce type de résidents qu'avec ceux ayant des problèmes de santé mentale puisque la personne qui est atteinte sur le plan cognitif n'a que peu ou pas de contrôle sur ses comportements; les intervenants sont portés à excuser plus facilement ce type de clients: ils font la part des choses et se laissent moins atteindre par leurs réactions dérangeantes. Cette situation n'est sans doute pas étrangère au fait que les intervenants en CHSLD ont reçu une meilleure formation et ont plus de ressources (médecins gériatres, psychiatres, psychogériatres, psychologues, médication, etc.) à leur disposition pour intervenir auprès des personnes atteintes de démence qu'auprès d'une clientèle ayant des problèmes de santé mentale, qui est souvent mal médicamentée ou pas médicamentée ou pour laquelle il n'est pas aisé d'établir un diagnostic médical clair. Les troubles cognitifs liés à la maladie d'Alzheimer ou aux démences apparentées peuvent être mieux perçus que les problèmes de santé mentale, souvent peu connus, parce que la démence est une condition médicale plus évidente et plus objectivable. Il apparaît alors plus facile de prendre une certaine distance par rapport au comportement difficile d'un client que l'on voit comme souffrant d'une maladie neurodégénérative. À l'inverse, les intervenants s'attendent à ce que les gens présentant des problèmes de santé mentale contrôlent davantage leur comportement, étant donné la nature psychologique de leur problème. Chez bien des individus, les maladies mentales sont souvent encore perçues comme des maladies honteuses et sont la source de plusieurs préjugés (Paquet, 2001). En somme, on peut comprendre que certains intervenants se sentent mal à l'aise avec ces résidents et éprouvent plus de difficulté à intervenir auprès d'eux. Toutefois, étant donné que cette clientèle est de

plus en plus présente dans les CHSLD et que les instances compétentes manifestent la volonté d'améliorer la formation des intervenants, les attitudes risquent fort de changer à son sujet<sup>6</sup>.

### **2.2.3. Clientèle aux prises avec une perte d'autonomie physique importante**

Ces résidents peuvent eux aussi avoir des réactions agressives envers le personnel. Par exemple, les paroles prononcées par un résident atteint d'une maladie s'accompagnant de troubles d'élocution peuvent être difficiles à saisir. Si les demandes de ces résidents ne sont pas comprises, il peut se fâcher contre les soignants avec qui la communication est plus difficile, d'autant que le temps nécessaire pour essayer de comprendre ses paroles n'est pas toujours disponible.

Les résidents qui présentent un problème de perte d'autonomie physique, mais qui ne sont pas atteints de troubles cognitifs sont souvent beaucoup plus jeunes que les autres personnes hébergées, lesquelles sont souvent dans la quarantaine ou la cinquantaine. Ils peuvent se sentir malheureux de vivre dans un établissement où la plupart des gens sont plus âgés qu'eux et ils n'ont pas toujours fait le deuil de leur perte d'autonomie. Lucides et conscients de leur état, ils en souffrent chaque jour. Ces résidents dépendent entièrement du personnel pour toutes leurs activités quotidiennes, et cette situation s'avère difficile à accepter. Ainsi, lorsqu'ils ont envie d'aller prendre l'air, mais qu'aucun membre du personnel soignant n'est disponible pour les accompagner, ils réagissent en répétant leurs demandes et en manifestant leur insatisfaction de toutes sortes de manières, souvent en démontrant de la colère envers le personnel. Les préposés aux bénéficiaires, qui n'ont souvent pas le temps de sortir les résidents qui en ont le désir et qui voient leur déception, éprouvent beaucoup d'empathie

---

6. Nous avons pu constater que les membres du personnel commençaient à en savoir plus sur les divers problèmes de santé mentale et que l'équipe de soutien les avait beaucoup éclairés sur cette question, ce qui leur permettait de mieux réagir aux comportements perturbateurs des résidents souffrant de problèmes de santé mentale et de moins se laisser atteindre par leurs comportements difficiles. Dans le cas des interventions avec les clients atteints de troubles cognitifs, les intervenants ayant eu la chance de suivre les formations sur l'approche relationnelle offerte par l'équipe de soutien ou d'autres ressources de l'établissement ont dit que ces cours leur avaient été très utiles et qu'ils étaient depuis en mesure de mieux intervenir auprès de clients difficiles.

pour eux. En dépit des réactions parfois très violentes des résidents, ils comprennent ce que vivent ces personnes et se sentent impuissants de ne pas pouvoir répondre à leurs besoins et combler leurs attentes.

#### 2.2.4. Client-expert

Le personnel a constaté l'arrivée en CHSLD d'une génération de clients<sup>7</sup> qui sont de plus en plus scolarisés, qui sont bien au fait de leurs droits et qui se montrent de plus en plus revendicateurs. En matière de soins et de services, ces personnes exigent d'être consultées pour les décisions qui les concernent et n'acceptent plus automatiquement ce qu'on leur impose. Elles exigent que les professionnels de la santé les écoutent et que leurs opinions soient prises en considération. Le client expert n'hésite pas à aller jusqu'au bout des recours qui s'offrent à lui pour parvenir à ses fins : appels téléphoniques au médecin traitant, plainte officielle adressée au commissaire aux plaintes et à la qualité des services, interventions sur divers comités, menaces faites au personnel de faire une sortie dans les médias ou d'entreprendre une poursuite, etc. Ce client se considère comme un expert au même titre que les professionnels et croit posséder des connaissances tout aussi valables que celles de ces derniers pour s'impliquer dans les décisions concernant ses soins et ses services. De nos jours, les gens ont accès à diverses sources d'informations sur la santé, et chacun est libre d'en tirer ce qu'il lui convient, selon ses croyances et ses valeurs. Par exemple, certains clients sont des adeptes des médecines douces et des produits naturels, ce qui peut aller à l'encontre des recommandations des professionnels de la santé et des directives du personnel concernant leurs soins. Les clients experts sont constamment en désaccord avec les professionnels, contestant ou refusant les soins et les services qu'on leur offre ou les mesures qui sont prises par le personnel afin d'assurer leur sécurité et celle des autres, et ils expriment des doutes sur la compétence et le savoir-faire des professionnels de la santé. Parfois, le client expert n'hésite pas à remettre en question l'organisation du travail dans une unité de soins.

---

7. Le terme *client* est de plus en plus utilisé dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le mot *résident* semblait restrictif pour nos répondants. Nous aurions pu écrire « clientèle experte » ou « clientèle-reine » pour les deux derniers idéaux-types, mais, ce faisant, nous aurions créé une dissonance à l'égard des trois premiers idéaux-types. En outre, les expressions *client expert* et *client-roi* sont utilisées dans la littérature sur la relation soignant/soigné et la sociologie du travail (Clarke *et al.*, 2007 ; de Gaulejac, 2009 ; Dujarier, 2006, 2012).

Ces clients experts affirment posséder une double expertise : sur le plan des droits et sur le plan des soins et des services, ils dictent au personnel ce qu'ils sont en droit de recevoir. Ces comportements de client expert se manifestent surtout chez des proches ou des membres de la famille d'un résident. Dans les situations litigieuses impliquant les clients experts, ce sont souvent des gens ayant pris soin de leur proche longtemps avant qu'il ne soit hébergé qui posent problème. Ils tiennent à ce que leur volonté et leurs valeurs soient reconnues comme légitimes et respectées au même titre que celles du personnel. Or la façon dont les soins et les services sont assurés en établissement ne ressemble pas toujours à leur manière de faire quand ils prenaient soin de leur proche à domicile, de sorte que ces gens manifestent leur mécontentement quand le personnel ne répond pas à leurs attentes dans ce domaine. Ils considèrent qu'ils demeurent les experts en matière des soins et services requis pour leur proche et qu'ils savent ce qui est bon ou pas pour lui.

### 2.2.5. Client-roi

Ce client considère qu'il a droit à tout, et même à plus que les autres résidents. Il veut que l'on réponde sur-le-champ à ses demandes et ne tient aucunement compte des contraintes de charge de travail et de temps du personnel soignant, qui doit simultanément s'occuper de plusieurs résidents. Il exige des services « *dignes des hôtels cinq étoiles* », selon l'expression d'un membre de l'équipe de soutien. Pour le personnel soignant, le client-roi manque de considération pour les autres résidents, adopte des comportements qualifiés d'égoïstes et se conduit comme s'il était la seule personne sur l'unité : entrée à des heures tardives, fréquents états d'ébriété, cris réveillant les autres résidents en pleine nuit, etc. Ce type de client n'est pas étranger à l'avènement d'une culture de défense des droits dans les établissements de soins et de santé. En fait, ce qui pose problème pour le personnel, c'est que le client-roi croit qu'il a tous les droits et comprend mal l'offre de services disponible en CHSLD, ce qui pousse le personnel à bout de patience à force d'encaisser des critiques incessantes ou de recevoir des menaces de dénonciation dans les médias ou de poursuite en justice.

*C'est sûr que ce n'était pas toujours facile parce que cette dame faisait des crises, elle sonnait à répétition, elle voulait toujours se coucher, lève puis couche... Naturellement, il y avait beaucoup d'insultes, mais moi, elle ne m'a pas... moi, je n'ai pas eu de difficulté. C'est sûr que c'était toujours fatigant qu'elle sonne sans arrêt parce qu'on n'avait pas le choix d'y aller, parce qu'il n'y avait*

*pas de plan d'intervention en tant que tel qui était fait avec cette bénéficiaire-là. On y allait continuellement, on répondait à tous ses caprices, on était toujours obligé de faire des choses comme ça (préposé aux bénéficiaires).*

On retrouve le comportement typique du client-roi tant parmi des résidents que chez des proches ou des membres de sa famille. Tantôt, c'est un résident qui agit en client-roi lorsqu'on ne lui donne pas, ou même quand on lui donne, les soins et services. Tantôt, c'est un proche qui surveille avec un peu trop de zèle le travail du personnel et qui réagit en critiquant la façon dont sont assurés les soins et les services ou en se plaignant de ce qui n'a pas été fait et qui aurait dû l'être. Selon les intervenants que nous avons rencontrés en entrevue, la clientèle souffrant de problèmes de santé mentale adopte souvent des comportements associés au client-roi.

### **3. EXPÉRIENCE DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES : RISQUES, SOUFFRANCE ET DON DE SOI**

L'expérience des préposés aux bénéficiaires s'est exprimée à travers divers éléments marquants de leur métier, certains en rapport avec l'organisation du travail en CHSLD, d'autres en lien avec leur relation avec la clientèle. D'une part, pour ce qui est de l'organisation du travail, les intervenants ont parlé d'un manque d'information sur les diverses clientèles et les précautions à prendre avec celles-ci, notamment parce qu'ils n'ont pas accès à toutes les informations inscrites dans les dossiers des patients. De plus, quelques lacunes ont été identifiées par ce personnel concernant le contenu (aspects médicaux, dimension relationnelle) de la formation des préposés aux bénéficiaires. En outre, les préposés aux bénéficiaires et d'autres membres du personnel ont dénoncé le manque de communication et le peu d'espace réservé à la discussion. De même, les préposées ont exprimé vivre de la solitude dans le quotidien de leur métier, recevant peu ou pas de soutien de leurs supérieurs et de leurs pairs.

D'autre part, en ce qui a trait à la relation avec la clientèle, il nous apparaît essentiel de souligner d'entrée de jeu le fort attachement des préposés aux bénéficiaires envers la clientèle; ils ont tous exprimé une grande affection pour les résidents dont ils s'occupent, même pour la clientèle la plus difficile. Plus important encore, le souci pour le bien-être de la clientèle apparaît même plus prononcé chez les préposés aux bénéficiaires

que parmi les autres membres du personnel<sup>8</sup>. Les intervenants sont attachés aux résidents qu'ils côtoient dans leur travail. Parfois, ils les connaissent depuis plusieurs années. Il semble que ce soit plus particulièrement le cas avec des résidents en perte d'autonomie physique qui sont plus jeunes, qui demeurent en hébergement depuis longtemps et qui ont encore pour plusieurs années à vivre dans ce milieu.

*Oui, on s'attache, on n'est pas fait en bois! À un moment donné, on a beaucoup de bénéficiaires, et, même s'il y en avait qui étaient agressifs, ces choses-là, on a toujours un petit côté sentimental là-dedans. C'est la communication, c'est quelque chose, c'est un beau public, parce que moi, j'aime ça travailler avec des personnes âgées, ça fait une trentaine d'années; si je n'avais pas aimé ça, ça ferait longtemps que je serais parti! (préposé aux bénéficiaires).*

Les soignants vivent constamment un sentiment d'ambivalence dans leur relation avec les usagers, ce qui se traduit d'une façon bien particulière dans leurs propos : les intervenants disent devoir prendre leur distance vis-à-vis des résidents et de ce qu'ils vivent, mais ils affirment aussi entretenir une relation très intime et affective avec eux. En dépit des jours où la relation soignant/soigné est plus difficile ou plus complexe, ils affirment représenter une deuxième famille pour les gens dont ils prennent soin quotidiennement et être très attachés à eux. Les soignants doivent construire une belle relation avec leurs patients tout en prenant conscience des limites à respecter dans l'engagement affectif. L'empathie et le don de soi sont très présents dans ce métier. À ce propos, un chef d'unité affirme : «*Le personnel a le cœur sur la main, comme on dit.*» Cela fait en sorte que les préposés éprouvent souvent de la difficulté à dire non aux demandes des résidents, et que, quand ils trouvent la force de refuser, ils ressentent une certaine culpabilité. Le désir de répondre à toutes les demandes des clients est encore fortement ancré dans la culture du soin ; comme le dit un membre de l'équipe de soutien : «*Ils veulent compenser pour la souffrance du malade.*»

---

8. Les autres membres du personnel ont davantage de tâches administratives et passent moins de temps auprès des résidents, de sorte qu'il est normal qu'ils aient moins abordé l'aspect relationnel.

#### 4. PRIORITÉS ET PARADIGMES À REPENSER

Le monde des CHSLD constitue un milieu complexe, et il n'est pas simple pour le personnel soignant et les préposés aux bénéficiaires de s'y retrouver dans la multitude de règles liées au milieu – milieu de vie, milieu de soins, milieu de travail – où ils travaillent. Souvent, les soignants font face à des injonctions contradictoires et ils ont besoin de soutien pour affronter la souffrance que peuvent engendrer ces situations. Le conflit identitaire vécu par les préposés aux bénéficiaires dans une institution de soins de longue durée se caractérise par l'ambivalence : ce n'est pas tout à fait un milieu de soins comme peut l'être un centre hospitalier ou un milieu de vie comme peut l'être une résidence privée ou un logement, mais un endroit où se retrouvent des gens ayant besoin de soins sur une base permanente, mais ne pouvant rester ni à l'hôpital, ni à la maison, ni dans leur famille : « *The nursing home “problem” therefore arose from efforts to solve hospitals' problems, or families' problems, or the problems of administrators of state mental health facilities* » (Vladeck, 2003, p. 4). Malgré toutes ces difficultés, il semble toujours y avoir de l'espoir pour l'avènement d'un véritable changement dans la culture organisationnelle des milieux d'hébergement et de soins de longue durée (Vladeck, 2003). Le personnel soignant et les préposés aux bénéficiaires expriment un grand besoin de ressources psychosociales, et ce, tant pour les résidents que pour eux-mêmes. Tous les membres du personnel rencontrés ont mentionné la nécessité du soutien psychosocial, non seulement pour les résidents impliqués dans les conflits, mais aussi pour l'ensemble de la clientèle en hébergement :

*Parce qu'on juge que, une fois âgé, plus besoin de grand-chose, plus besoin de travailleurs sociaux, pas besoin de psychiatre, pas besoin de psychologue, pas besoin de rien. Par contre, quand je regarde la réalité, un résident sur trois a des troubles de comportement [...] Mais, si je n'ai pas ça [l'équipe de soutien], j'ai quoi pour m'aider ?* (chef d'unité).

Cela apparaît d'autant plus important que le nombre de résidents présentant des problèmes de santé mentale ira en augmentant dans les CHSLD, surtout depuis que les établissements psychiatriques ont changé de mission et qu'ils ne font plus d'hébergement de longue durée.

La dimension relationnelle se situant au cœur du travail des préposés aux bénéficiaires, un investissement plus grand en termes de ressources humaines pouvant aider à rendre justice au côté humain du métier de soignant serait de mise. À ce propos, un membre de l'équipe de soutien

a émis la proposition suivante : « *Et si on ouvrait la porte à tout l'univers du psychosocial, qui était moins abordé avant ?* » Toutefois, les ressources comme l'équipe de soutien ne règlent pas tout ; un grand nombre de contraintes d'ordre organisationnel existent toujours dans ces milieux, et les préposés aux bénéficiaires se retrouvent confrontés à une grande souffrance morale, car ils se voient obligés de faire subir les effets de ces contraintes à la clientèle. À ce sujet, un préposé aux bénéficiaires affirme : « *C'est toujours la vitesse, on les tasse dans un coin et elles [personnes âgées] sont oubliées. [...] Ils nous donnent une surcharge et, quand tu as des surcharges d'ouvrage, qui écope au bout de la ligne ? C'est la personne âgée !* »

## CONCLUSION

Malgré le passage de l'équipe de soutien, une grande souffrance morale demeure présente parmi les préposés aux bénéficiaires. Dans ce contexte, des changements de paradigmes importants, sur lesquels l'équipe de soutien n'a pas de prise, s'imposent. Les solutions aux problèmes relationnels dans les CHSLD ne sont pas aisées à apporter ; ces milieux de vie collectifs sont complexes, car ils rassemblent des clientèles montrant des profils de santé très diversifiés et des travailleurs se trouvant dans l'obligation de suivre certaines règles qui vont parfois à l'encontre des droits ou des attentes des résidents. La transformation des institutions et la fragilité du lien de confiance entre les citoyens et ces institutions de soins et de services, attribuables pour une bonne part à quelques événements fâcheux survenus au cours des dernières années, ont certes un rôle à jouer dans les réactions de certains clients envers quelques membres du personnel. De même, l'individualisme qui se manifeste dans ces organisations transforme profondément les relations entre la clientèle et le personnel soignant. Les personnes qui choisissent de demeurer et de persévérer dans le métier de préposé aux bénéficiaires se disent que, d'ici là, il faut bien que quelqu'un s'occupe des résidents, même si ce n'est pas toujours une tâche facile. Du reste, elles savent qu'un jour, leur tour viendra peut-être d'être hébergées en CHSLD.



## LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES FACE AUX PROBLÉMATIQUES DE MALTRAITANCE DANS LES ORGANISATIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

*Louise BELZILE*

*Caroline PELLETIER*

*Marie BEAULIEU*

Avec l'avancée en âge apparaissent de manière graduelle chez les personnes âgées de multiples changements physiologiques, physiques, psychologiques et sociaux qui peuvent se manifester par l'apparition de maladies chroniques, d'incapacités fonctionnelles et de diverses formes de fragilisation sociale. Bien que vivre dans leur domicile demeure le premier choix pour la majorité de ces personnes (Gagnon et Savoie, 2008), certaines d'entre elles doivent se résoudre à quitter leur milieu de vie pour en adopter un autre qui a souvent très peu à voir avec le chez-soi habituel et intime. Cette situation est rendue nécessaire en raison de la détérioration de leur condition générale et de l'inadéquation ou du manque de ressources pour répondre

à leurs besoins. Rappelons qu'au Québec, en 2008, seulement 3,1 % des personnes âgées de 65 ans ou plus vivaient dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) (ministère de la Famille et des Aînés, 2010). En outre, le ministère de la Santé et des Services sociaux prévoit réduire cette proportion au cours des prochaines années en procédant à des réformes majeures dans l'organisation des services à domicile. Du point de vue des CHSLD, le passage d'une approche hospitalo-centrée à une approche domicilo-centrée s'est traduit concrètement par un resserrement des critères d'admission pour les résidents, ce qui fait en sorte que la population hébergée présente un état de santé physique de plus en plus détérioré et des troubles cognitifs de plus en plus importants (Choinière, 2010). Le vieillissement en institution s'accompagne de défis majeurs, et ce, tant pour l'organisation et le personnel soignant que pour les personnes hébergées.

Si le CHSLD n'est pas le milieu de vie rêvé ou souhaité par les personnes concernées, l'image qui en est faite, notamment dans les médias, y contribue sans doute pour beaucoup. Au cours des dernières années, les quelques cas de maltraitance qui ont été rendus publics contribuent à dévaloriser cette option d'hébergement et les gens qui y travaillent. Ainsi, un quotidien montréalais, le journal *La Presse*, publiait dans son édition du 25 avril 2013 un article ayant pour titre « Maltraitance et congédiement dans un CHSLD de Montréal » (Chouinard, 2013). Le traitement de la nouvelle nous est apparu caractéristique de l'attitude médiatique face à ces établissements et fort intéressant à analyser, et ce, pour deux raisons. Dans un premier temps, il aide à illustrer comment la maltraitance en CHSLD est perçue et présentée dans les médias. En second lieu, il nous permet de mettre à l'épreuve la contribution théorique du sociologue français Nicolas Dodier sur la responsabilité et l'imputabilité des incidents survenant en milieu organisationnel.

Voici comment la situation est mise en contexte dans l'article en question. Les personnes concernées par l'incident sont des personnes « lourdement handicapées<sup>1</sup> » qui ont été « victimes de négligence et de mauvais traitements » dans un CHSLD. La phrase suivante est celle qui a le plus retenu notre attention : « La situation était à ce point grave que l'institution a congédié un préposé aux bénéficiaires, un geste rare. » Selon nous, la formulation de cette phrase apparaît pour le moins ambiguë. Qu'est-ce qui est rare ? Le congédiement ? La situation de maltraitance ? Le fait que

---

1. On ne précise pas ici s'il s'agit ou non de personnes âgées, mais les y inclure ou non ne fait pas une différence notable dans le traitement du sujet.

l'auteur de cette maltraitance soit un préposé aux bénéficiaires ? À ce propos, deux questions nous préoccupent plus particulièrement. Comment ce préposé aux bénéficiaires devient-il le vecteur tout désigné de la maltraitance observée ? Comment le collectif des préposés aux bénéficiaires peut-il porter seul, face au public, le poids de la responsabilité organisationnelle de la maltraitance ?

Pour tenter de répondre à ce double questionnement, nous aborderons quelques éléments définitoires de la maltraitance dans les organisations de soins de longue durée (OSLD<sup>2</sup>) et nous nous pencherons sur les situations de maltraitance impliquant ou interpellant les préposés aux bénéficiaires œuvrant dans ces institutions. En nous appuyant sur les travaux de Dodier sur les organisations (1995) et à l'aide de courts extraits de l'article de presse cité précédemment, nous poserons quelques jalons qui permettront de mieux comprendre la notion de responsabilité selon différents types d'organisations afin de procéder à un début de reproblématisation de la maltraitance organisationnelle.

## **1. MALTRAITANCE EN ORGANISATION DE SOINS DE LONGUE DURÉE OU MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE ?**

La maltraitance envers les personnes âgées est de plus en plus considérée comme un problème sociosanitaire important, même si sa prévalence et son incidence demeurent encore difficiles à préciser en raison notamment de son caractère caché (Cohen *et al.*, 2010). La maltraitance constitue une problématique complexe, comportant différents aspects (sémantique, catégoriel, etc.) et s'abordant différemment selon le cadre normatif convoqué (juridique, professionnel, organisationnel, etc.) et selon la nature et l'ampleur de ses conséquences. Les protagonistes sont habituellement au nombre de deux, soit l'auteur et la cible de cette maltraitance. Mais, quand on a affaire à de la maltraitance organisationnelle, il serait peut-être plus juste de tenir compte d'un troisième acteur, en l'occurrence l'organisation elle-même. D'entrée de jeu, il nous apparaît nécessaire de distinguer la maltraitance qui peut se vivre dans les organisations et la maltraitance organisationnelle.

---

2. Ce qui inclut non seulement les CHSLD, mais aussi les autres formes d'hébergement de longue durée.

La maltraitance qui peut se vivre dans les organisations fait référence au lieu où elle se produit. Toutes les formes de maltraitance se retrouvent dans les OSLD. À quelques variantes près, la maltraitance est généralement catégorisée sous six formes<sup>3</sup> : physique, psychologique ou émotionnelle, sexuelle, financière ou matérielle, violation des droits de la personne (aussi appelée « violence civique » par l'American Medical Association) et négligence. À ces formes s'ajoutent parfois la violence conjugale, les violences médicales ou médicamenteuses (American Medical Association, 1987) et la maltraitance d'ordre organisationnel (Ontario Network Prevention of Elder Abuse, 2007).

La maltraitance organisationnelle est l'effet délétère sur les individus de la mise en forme de cette organisation : division du travail, attribution des ressources, contraintes sur les individus, etc. Les politiques et les pratiques organisationnelles peuvent causer certains torts ou préjudices aux personnes âgées résidant dans les OSLD, notamment en matière de souffrance et d'entrave à leur bien-être, à leur intégrité ou à leurs droits fondamentaux (Beaulieu, 2007 ; Créoff, 2000). Ce type de maltraitance est causé par une prédominance des intérêts de l'organisation sur ceux de la personne hébergée. Comme toutes les formes de maltraitance, la maltraitance organisationnelle vise aussi bien « les violences “en creux”, les discontinuités et les mini-ruptures de la vie quotidienne que les brutalités avérées » (Créoff, 2000, p. 52). Mais, à ce propos, il faut se garder de faire trop rapidement de fausses associations. En effet, si la maltraitance existe dans les OSLD et si des préposés aux bénéficiaires peuvent poser des gestes de violence ou de négligence, toute OSLD n'est pas que maltraitante et tout préposé aux bénéficiaires n'est pas un maltraitant en puissance. Écrit autrement, l'acteur organisationnel peut être une condition génératrice de conduite maltraitante, selon les contextes.

Selon Payne et Appel (2007), l'on retrouve dans les OSLD une structure et des facteurs situationnels qui créent un milieu de travail propice aux conflits et à la violence et, par voie de conséquence, à la maltraitance. Trois groupes de caractéristiques pouvant expliquer cet état de fait sont identifiés, soit l'organisation en tant que telle (taille, statut juridico-administratif), le personnel (insatisfaction au travail, faible rémunération,

---

3. Catégorisation du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015* (ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Toutefois, précisons que, dans ce document, la maltraitance organisationnelle n'a pas été retenue comme cible d'action par le gouvernement.

faible compétence professionnelle, attitude envers les personnes âgées) et la situation (qualité des interactions entre les résidents et le personnel, stress, conflits entre résidents, agressions des résidents envers des membres du personnel, etc.). Comme on peut le voir, plusieurs de ces explications concernent les préposés aux bénéficiaires et leurs conditions de travail. Par conséquent, il existe une condition organisationnelle sous-jacente aux conduites maltraitantes parfois observées.

### **1.1. NATURE DU TRAVAIL DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES DANS LES OSLD**

Dans les OSLD, les préposés aux bénéficiaires exercent des activités d'accompagnement et de soutien qui se déclinent en une multitude de tâches rythmant la vie quotidienne. Essentiellement, il s'agit d'activités dites du *care*, c'est-à-dire à « des activités reconnues comme domestiques et réalisées dans un environnement professionnel » (Aubry et Couturier, 2012, p. 6). Par leur finalité (soins d'hygiène, aide et assistance à l'alimentation ou à la mobilité, etc.), leur fréquence (au quotidien, plusieurs fois par jour), leur mode et leur lieu de réalisation (dans un espace proximal et intime avec le résident), ces activités placent fréquemment les préposés aux bénéficiaires dans des situations où peut se manifester la maltraitance. Si les activités des préposés comportent une part physique, technique ou gestuelle pouvant faire l'objet d'une codification évaluable quantitativement (nombre de soins, temps passé à exécuter une tâche, etc.), il est indéniable qu'elles dépassent cette seule technicité (Rivault, 2004). De fait, elles comportent une importante dimension relationnelle. Plus particulièrement, les activités des préposés aux bénéficiaires peuvent être qualifiées de servicielles (Pastré, 2011), ce qui les distingue des activités industrielles ou de production de biens. Par conséquent, elles se déploient dans des situations marquées par la complexité et l'incertitude des cas (Soulet, 2003) et des organisations (Aubry et Couturier, 2012). Ces activités requièrent des habiletés et des compétences d'ajustement, voire des compétences d'invention, plutôt qu'une compétence d'exécution, selon les mots de Pastré (2011). Ainsi, les préposés aux bénéficiaires doivent mettre en œuvre des compétences précises afin que les besoins réels des résidents soient respectés dans un contexte organisationnel donné. Nous pourrions également affirmer que l'efficacité des préposés aux bénéficiaires est constituée d'une importante composante que nous qualifions, à la suite de Soulet (2003), de mi-relationnelle et mi-communicationnelle. Ainsi, plusieurs des activités

effectuées par les préposés aux bénéficiaires restent dans l'ombre, car elles sont difficilement descriptibles, par conséquent peu conceptualisées, et donc difficiles à traduire en compétences transmissibles dans et par des activités de formation.

Comme bien d'autres métiers de service, celui de préposé aux bénéficiaires s'appuie sur une relation de confiance qui se construit dans une interrelation entre le résident et le préposé, mais où rien n'est gagné d'avance et, partant, où tout est imprégné de risques (Rivault, 2004). Pourtant, ce lien de confiance s'inscrit profondément dans les préceptes de l'action professionnelle comme principe tenu pour vrai (Vinatier, 2009). Ainsi, la confiance devient l'assise incontournable de toute relation d'aide, qu'il s'agisse d'une aide physique, matérielle ou émotionnelle.

Il importe de souligner ici que c'est en raison même de la part relationnelle du travail des préposés aux bénéficiaires que ceux-ci risquent de se retrouver sur un chemin qui mène potentiellement aux comportements maltraitants, ces comportements étant précisément définis par la solidité du lien de confiance dans un cadre relationnel. Cette référence à la confiance constitue le concept organisateur de la définition de la maltraitance qui est promue par l'Organisation mondiale de la santé, dans laquelle le bris de la relation de confiance constitue un critère majeur de la maltraitance. « Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où devrait exister la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse à une personne aînée » (Organisation mondiale de la santé, 2002a; traduction libre).

Regardons maintenant quelques exemples de maltraitance, souvent subtils, associant les préposés aux bénéficiaires aux actes violents ou négligents survenant dans les OSLD.

## **1.2. SITUATIONS DE MALTRAITANCE IMPLIQUANT OU INTERPELLANT LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES**

Plusieurs pratiques, comportements ou attitudes des préposés aux bénéficiaires peuvent être assimilés à la maltraitance organisationnelle. Sans évacuer la part individuelle, qui est souvent la plus évidente puisqu'elle est la plus proche du sens commun et donc la plus facile à évoquer, il faut reconnaître que les raisons rendant les rapports de confiance difficiles, voire impossibles, entre soignants et soignés ne se situent pas toujours sur

le plan individuel et peuvent s'expliquer par certains dysfonctionnements dans l'organisation du travail. On pense ici à la faible qualification des travailleurs, que ce soit par formation initiale ou formation continue, ou à l'absence d'encadrement du personnel (Lachance et Beaulieu, 2010). De plus, l'organisation du travail proprement dite peut conduire à des situations de maltraitance, par exemple lorsque le temps alloué pour prendre soin des résidents est insuffisant pour bien faire le travail et créer un lien de confiance ou quand il n'y a aucun mécanisme de transmission des informations entre les quarts de travail. Le manque de clarté des consignes ou des procédures à suivre dans certaines situations, comme l'obtention du consentement de la personne avant de lui prodiguer un soin (Ko *et al.*, 2012), la participation du résident incapable d'exprimer son opinion ou de faire valoir ses besoins concernant la routine ou l'horaire quotidien, le besoin d'intimité, le respect de la confidentialité et la gestion des finances personnelles (Covelet, 2003 ; McDonald *et al.*, 2008) représentent aussi des conditions organisationnelles menant potentiellement au développement de conduites maltraitantes. Il en va de même pour les conditions matérielles de même que le mode de gestion des conflits (Grelet, 2005). Enfin, certains auteurs mentionnent les demandes inadéquates adressées par les résidents aux préposés aux bénéficiaires, qui placent ces derniers devant des situations auxquelles ils n'ont pas été préparés ou qui dépassent leurs compétences. En outre, comme le dit Rivault (2004) : « On leur demande un engagement supérieur aux autres métiers. C'est un métier impossible, car la dimension relationnelle est au-delà de la technique » (p. 45). Les préposés aux bénéficiaires doivent jongler avec des injonctions contradictoires (Aubry et Couturier, 2012 ; Rimbart, 2005) dans lesquelles la qualité des services s'oppose à la quantité de services, injonctions souvent formulées autour de problèmes liés à la gestion du temps imparti à la réalisation de la tâche. Ces facteurs d'ordre organisationnel exposent les résidents et le personnel à plusieurs formes de maltraitance organisationnelle qui sont involontaires du point de vue des individus, mais qui relèvent, à première vue, de leur libre arbitre.

Par ailleurs, on ne saurait parler de maltraitance dans les OSLD sans mentionner les comportements violents de certains résidents dont sont victimes résidents et membres du personnel (Ko *et al.*, 2012 ; McDonald *et al.*, 2012 ; Payne et Appel, 2007). Les comportements perturbateurs (errance, fugue, agitation, manies, etc.) et agressifs (violence physique ou psychologique) sont fortement corrélés au processus démentiel (Ko *et al.*, 2012 ; McDonald *et al.*, 2012) ou aux épisodes de delirium (McDonald *et al.*, 2012) chez les personnes âgées. Ces troubles de comportement

provoquent des réactions de la part des autres résidents et des membres du personnel, qui tentent de se protéger ou d'intervenir. Selon Ancessi (2010), les réactions des préposés aux bénéficiaires dans ces situations difficiles peuvent prendre différentes formes (riposte et agression sur le résident, mesures d'isolement ou de punition, ignorance des besoins ou des demandes d'aide du résident, etc.) ou encore envers eux-mêmes (acceptation des gestes agressifs commis à leur endroit, lésions professionnelles, absentéisme, épuisement professionnel, etc.), ce qui les conduira ultimement à prendre une posture agentique, c'est-à-dire à quitter la position de l'acteur bienveillant pour celle d'un agent exécutant la tâche demandée sans égard à la dimension relationnelle de la situation clinique. En fait, une mécompréhension des maladies et des incapacités sous-jacentes au comportement du résident (atteinte frontale, aphasia, etc.) en ce qui concerne les véritables intentions qui motivent sa conduite dans un contexte relationnel particulier serait à la source de plusieurs situations de violence réactive commise par les membres du personnel. Ceux-ci seraient souvent incapables d'interpréter les comportements agressifs des résidents comme les manifestations d'une condition clinique (problème psychiatrique, trouble cognitif, etc.) ou comme de simples réactions face aux diverses pertes ou frustrations qu'il subit pendant ce temps difficile de la vie. À défaut de posséder cette compétence clinique, les comportements sont parfois interprétés par le personnel comme des attaques ou des gestes intentionnels, conscients et délibérés, posés à leur endroit. En somme, le mauvais décodage de la situation entraîne une succession de réactions malheureuses qui altèrent la relation de confiance entre les résidents et les préposés aux bénéficiaires.

Lorsqu'un soignant se voit attribuer une étiquette de maltraitance, il peut réagir de différentes façons : manifester de la peur ou de l'antipathie face au résident agressif, avoir une impression d'impuissance, d'incompétence ou d'inefficacité, éprouver le sentiment que son travail est incompris par les tiers jugeant la situation. Souvent, ces tiers évacuent les déterminants de cette conduite maltraitante au profit d'une attribution causale simpliste, à savoir celle du sujet méchant et mal intentionné. Dans ces conditions, la dissonance cognitive et la souffrance éthique (Dejours, 1998 ; Molinier, 2012), c'est-à-dire la tension qui se vit entre « une vision idéale du soin, de la vieillesse et de l'action institutionnelle » (Dujarier, 2002, p. 112) et la réalité d'un « sale boulot » insatisfaisant, peuvent affecter les préposés aux bénéficiaires jusque dans leur santé physique et mentale (Molinier et Flottes, 2012 ; Payne et Appel, 2007 ; Rivault, 2004). Cela force les préposés aux bénéficiaires qui se maintiennent en emploi à trouver des

moyens de rétrécir cet écart, de gérer cette contradiction. Ils bricolent alors des solutions pour « continuer à agir malgré tout » (Dujarier, 2002, p. 115), pour répondre dans l'immédiat à ces exigences en sachant qu'ils sont empêchés de faire leur travail aussi bien qu'ils le voudraient. Toutefois, ces adaptations pourraient engendrer des actes jugés socialement inacceptables et répréhensibles (Dujarier, 2002). En effet, la maltraitance, en étant indiscutablement jugée inacceptable, entraîne des jugements sans appel invitant les préposés aux bénéficiaires à développer des stratégies d'action cachées. Ce faisant, la maltraitance est entretenue (Dujarier, 2002) tout en étant gardée hors de vue.

Ainsi, la responsabilité est souvent attribuée exclusivement à l'individu, constituant par le fait même une condition défavorable à une action positive sur les conditions d'ordre organisationnel sous-jacentes au problème de la maltraitance. Revenons à l'extrait de l'article de presse :

Des résidents [...] se sont plaints du comportement d'un préposé aux bénéficiaires [...] plusieurs cas de maltraitance de résidents, au nombre de trois ou quatre, spécifiquement auprès de ceux qui ont de la difficulté à s'exprimer. Il s'agit de cas de brutalité intentionnelle à répétition en cours de manœuvres, ce qui nous apparaît assez grave, le préposé ne donnait pas les soins auxquels les résidents ont droit.

Il est intéressant de considérer les critères évoqués par le journaliste pour démontrer la gravité du geste d'un individu et légitimer le caractère exceptionnel de la punition : le nombre de cas, l'intentionnalité, la répétition du geste et l'atteinte aux droits. Or, si l'on se réfère à la définition de la maltraitance donnée par l'Organisation mondiale de la santé, les trois premiers critères ne définissent pas la maltraitance, car « un geste singulier ou répétitif » suffit. De plus, la notion d'intentionnalité n'apparaît pas dans toutes les définitions, de sorte qu'elle ne saurait être considérée comme un critère universel permettant de juger du caractère maltraitant d'un geste.

Plus loin dans l'article sont exemplifiés ces gestes de maltraitance. « Les gens étaient laissés dans leurs selles trop longtemps. » Le préposé aux bénéficiaires « faisait des gestes brusques et ses paroles l'étaient tout autant ». Il « manquait d'empathie », « ne répondait pas aux résidents qui actionnaient leur cloche d'appel » et « parlait au téléphone cellulaire en donnant les soins ». Ici, c'est bien l'individu qui est incriminé, le sujet seul, sans égard aux conditions du travail pouvant expliquer sa conduite.

## **2. RECHERCHE DES COUPABLES OU RÉOLUTION DES PROBLÈMES**

Nous posons ici un regard qui pourrait éclairer la question de la surreprésentation des préposés aux bénéficiaires au banc médiatique des accusés dans les situations de maltraitance se déroulant dans les OSLD. Nous faisons appel aux travaux du sociologue Nicolas Dodier (1995), qui s'est intéressé à la question de la responsabilité dans des incidents portant atteinte à des êtres humains selon que les organisations où se produisent ces incidents recherchent des coupables (attitude accusatoire) ou des solutions (attitude fonctionnelle). Ainsi se pose la question de savoir si les préposés aux bénéficiaires paient, à titre individuel et collectif, le tribut d'un mode d'organisation et de reconnaissance du travail faisant que les établissements de soins et de santé où ils exercent leur métier se déculpabilisent et se déresponsabilisent parce qu'ils ont identifié un coupable. Nicolas Dodier décrit deux types d'organisations fortement contrastées par leur logique de fonctionnement et leur manière de régler les problèmes, dont ceux impliquant des êtres humains, comme c'est le cas pour la maltraitance survenant dans les OSLD: il s'agit des organisations planifiées et des organisations distribuées.

### **2.1. ORGANISATIONS PLANIFIÉES**

Les organisations planifiées se caractérisent principalement par une forte hiérarchisation de la gestion, un séquençage et une séparation étanche des actions de chaque groupe d'acteurs (les concepteurs ou producteurs de règles, le personnel d'encadrement chargé de l'exécution des scénarios selon les règles définies, les travailleurs-exécutants ayant la tâche de suivre les scénarios), un enlignement des conduites sur les prescriptions de l'action, une régulation des écarts par le remplacement des objets ou des travailleurs défaillants – ce qui révèle une conception du système en « pièces détachées » dont les modèles tayloriste et fordiste constituent des exemples archétypaux – et un rapport à la règle traduisant plus fondamentalement un rapport au savoir: « Les individus dépositaires d'un savoir scientifique ont une capacité normative supérieure et légitime » (Dodier, 1995, p. 113).

Suivant cette description, nous pouvons établir un parallèle entre les opérateurs en industrie et les préposés aux bénéficiaires travaillant dans les OSLD. Dans la hiérarchie des travailleurs de ces organisations, les préposés aux bénéficiaires forment un collectif peu reconnu dans le champ

académique, ce qui a pour effet de les éloigner du prestige (autonomie professionnelle, jugement clinique, postulat de bienveillance, etc.) découlant de l'usage de savoirs scientifiques et de les rendre interchangeables. Ils sont confinés à des fonctions d'exécution technique, ce qui les écarte de toute aspiration ou prétention à la professionnalisation. Ainsi, ils se retrouvent au bas de l'échelle organisationnelle, une position définie par ceux qui, du fait qu'ils sont détenteurs du savoir, possèdent la légitimité d'ordonner le travail d'autrui. De plus, l'écart entre la noblesse du métier tellement vantée lors de la formation initiale et la réalité du « sale boulot » et du « boulot sale » (Molinier, Gaignard et Dujarier, 2010) entraîne une souffrance éthique chez les préposés aux bénéficiaires, qui se voient contraints de poser dans leur pratique certaines actions allant à l'encontre de ce qu'ils conçoivent comme faisant la valeur réelle de leur métier. Dans ce type d'organisation, les écarts par rapport aux plans sont vus comme des défaillances de pièces du système qui exigent d'être rappelées à l'ordre ou placées hors d'état de nuire. Or c'est exactement la résultante de la situation de maltraitance qui est rapportée dans la presse.

Dans ce contexte fortement soumis aux pressions provenant de toutes parts, dont celle des médias, les travailleurs et le personnel d'encadrement vont établir les règles d'un jeu plus ou moins clandestin en développant en parallèle des processus que Dejours (1996) appelle la tricherie. Ainsi, les uns et les autres vont adapter ou contourner des procédures officielles dans un but très pragmatique d'efficacité de l'activité. À ce sujet, Aubry et Couturier (2012) ont révélé l'existence de ces pratiques clandestines chez les préposés aux bénéficiaires, qui doivent inventer des solutions pour faire face aux prescriptions contradictoires qui leur sont faites en lien avec la conjugaison, souvent impossible, du vite et du bien. Ces stratégies peuvent facilement être interprétées comme des cas de maltraitance, comme le laisse voir l'exemple suivant : « Durant le temps des repas, et afin d'accélérer la pratique [...], les préposés peuvent utiliser une autre stratégie consistant à alimenter deux résidents à la fois » (Aubry et Couturier, 2012, p. 11). De son côté, le personnel d'encadrement va « fermer les yeux sur les écarts aux procédures [et] ne sanctionnera les infractions que lorsque l'ampleur de l'incident oblige à traiter celui-ci face à une hiérarchie plus élevée, ou face aux tribunaux » (Dodier, 1995, p. 117), parmi lesquels on retrouve le tribunal médiatique.

La posture accusatoire, qui caractérise les organisations planifiées, se déploie en réaction à un événement subit, empreint de violence, examiné sous l'angle d'un dommage et éclatant au grand jour. Il s'agit d'une infraction

à la règle, d'une atteinte à l'intégrité des êtres humains, qui devient visible au grand jour. L'accusation représente un moyen de « rendre moralement acceptable l'irruption brutale de la violence ». Comme le crime ne peut être anéanti, les personnes vont partir en quête d'un responsable à sanctionner, « qui tient alors la place [...] de "substitut" à l'événement » (Dodier, 1995, p. 140). En fait, seules l'identification d'un responsable et l'imposition d'une sanction mettront fin à la crise morale puisque l'impunité ajoute souvent au caractère intolérable de la souffrance. C'est la raison pour laquelle la désignation d'un coupable coupe souvent court un rigoureux processus d'analyse des causes. Si un coupable est identifié, alors l'épisode de crise trouve son terme et les personnes seront rapidement soulagées, car l'incident ne sera pas demeuré impuni. Ce processus conjugue le temps au passé : sitôt la sanction prononcée, l'affaire passe dans l'ordre du révolu et l'incident est clos. Dodier (1995) remarque que cette attente de punition n'est pas uniquement le fait des organisations : « L'attitude accusatoire relève du sens commun » (p. 159). Elle représente une expectative qui se justifie socialement parce qu'elle crée un sentiment de justice. Par sa focalisation sur une cause unique, souvent simpliste, la sanction est cognitivement économe en raison du raccourci qu'elle prend dans la chaîne des imputations : « une attente est comblée [...] on en reste à la mise en cause et à la satisfaction qu'elle procure » (Dodier, 1995, p. 148). La conjonction des causes n'est pas prise en compte et toutes les causes se valent, pourvu qu'on en trouve une qui soit satisfaisante, ne serait-ce que sur le plan symbolique. « L'erreur humaine est l'explication morale la plus simple de l'accident » (Dodier, 1995, p. 164). Cela explique pourquoi l'accusation possède le plus souvent une tonalité morale, centrée sur un individu, toujours vu comme déviant. Dans l'article de presse, la porte-parole de l'OSLD impliquée dans la situation de maltraitance a commenté l'incident en ces termes : « Il y avait des écarts en lien avec des procédures et le respect du plan de travail. Ces écarts étaient inadmissibles. » Bien que le point de vue exprimé ici soit construit autour de la notion d'écart entre la règle et l'effectif, il serait intéressant de faire l'analyse de cette prescription du travail des préposés aux bénéficiaires. Nous anticipons que cette prescription sera moins normée que ne le laisse sous-entendre l'argumentation. De plus, il n'est jamais fait mention d'une faute qui serait partagée, pas plus que des causes systémiques (p. ex., le manque de soutien ou de supervision clinique de la part de l'organisation).

## **2.2. ORGANISATIONS DISTRIBUÉES**

Les organisations distribuées se distinguent des organisations planifiées par le fait que «la capacité normative de chaque entité n'est pas fixée par un script auquel on essaie de se tenir» (Dodier, 1995, p. 119). Dans ce type d'organisation, les rapports horizontaux sont privilégiés, ce qui se concrétise notamment par la mise en œuvre de canaux de communication efficaces favorisant les prises de parole et les échanges d'information entre les travailleurs et par l'atteinte d'une compétence relationnelle chez les travailleurs et chez les dirigeants. De notre point de vue, un établissement de soins et de santé dont la mission consiste à prodiguer des soins complexes devrait être une organisation distribuée.

La prise en considération de l'opinion du consommateur (ici le résident) ajoute aussi à l'organisation distribuée son caractère de flexibilité, appliqué au fonctionnement et à l'organisation du travail. Pourtant, nous avons peine à inscrire les préposés aux bénéficiaires sur un axe horizontal de collaboration interprofessionnelle puisque ces derniers ne sont pas considérés comme des soignants ou des professionnels ni par leurs collègues infirmières ou par leurs employeurs, ni par le Code des professions. Ainsi, les préposés aux bénéficiaires ne se voient pas donner accès au dossier clinique des clients (pour la consultation ou la rédaction de notes), qu'ils connaissent pourtant de manière privilégiée. Dans les organisations distribuées, les problèmes sont abordés non pas de façon découpée ou parcellaire, mais dans la dynamique continue de multiples défaillances qui, prises isolément, n'expliquent pas les problèmes. Ici, le processus explicatif n'est pas unicausal. De plus, il débute par une problématisation construite collectivement, ce qui permet d'entendre une pluralité de voix se prononcer sur la question.

Dans les cas de maltraitance survenant dans les OSLD, force est de constater que les médias participent à la problématisation, bien que ce soit avec une approche qui nous semble quelque peu simplificatrice et réductrice. Dans une recherche des causes, l'appréhension des problèmes devrait tenir compte de la part d'improvisation que doivent mettre en œuvre les travailleurs et au premier chef les préposés aux bénéficiaires pour prendre des décisions dans des situations qui sont par nature incertaines et imprévisibles. Ainsi, il y aurait reconnaissance de l'«hétérogénéité des savoirs» que requiert toute activité de soin. Cette manière de penser érode la hiérarchisation des savoirs et redonne du pouvoir et du crédit

au travailleur, réhabilité «comme agent doué d'habiletés techniques, et notamment d'une capacité de régulation» (Dodier, 1995, p. 120). Ce faisant, chaque cause va devenir une cible de l'action organisationnelle.

### 2.3. INDUCTION D'UNE POSTURE DISTRIBUÉE DANS LES OSLD

S'il est facile d'affirmer que les OSLD se situent traditionnellement dans une perspective planifiée, nous voulons souligner qu'elles cherchent à évoluer vers une posture qui serait davantage distribuée. Par exemple, la mise en place d'instances pour le traitement des plaintes des résidents, dont les comités d'usagers ou de résidents, compte parmi les dispositifs de communication que l'on retrouve dans des organisations distribuées. Ainsi, l'implantation dans les OSLD de diverses approches de soins de type *home-like*, selon l'expression anglaise (philosophie de l'humanité, approche relationnelle de soins, approche Milieu de vie, etc.) vise à instaurer dans ces organisations des mécanismes qui permettent en principe de regarder les situations problématiques dans une perspective plus large.

Plus fondamentalement, la distinction entre la notion de faute individuelle et le concept de dysfonctionnement systémique appartient au registre du changement langagier, et donc symbolique, nécessaire pour désamorcer le sentiment d'injustice qui peut prévaloir chez les préposés aux bénéficiaires et qui est lui-même le moteur du développement de conduites négatives (p. ex., le refus d'un soignant d'inscrire son activité dans un processus de développement continu de la qualité). Ce revirement conceptuel n'est pas qu'un jeu de mots puisqu'il renverse la perspective en remplaçant les démarches à entreprendre dans une temporalité tendue vers le futur, c'est-à-dire vers des pratiques préventives, au lieu de mettre un terme à l'incident par une punition. Au demeurant, c'est sur cette dynamique d'ouverture que se termine l'article de *La Presse*. Le président du comité des résidents s'est dit satisfait de la réponse de la direction. «Le mot d'ordre, c'est d'être extrêmement vigilant [...] La directrice de l'établissement a assuré que tout est fait pour garantir des services de qualité aux résidents [...] Il y a des mesures qui ont été mises en place pour assurer une qualité de vie.» Ici, on sent bien une volonté de ne pas s'en tenir à la clôture de l'incident par la sanction (le congédiement), mais il n'est aucunement question de la mise en place de dispositifs de veille ou de correction. S'agit-il d'un simple effet rhétorique ? Peut-être... Mais, ce qui est bien certain, c'est que le congédiement, lui, est sans équivoque.

## **CONCLUSION**

Dans les OSLD, le ciblage des préposés aux bénéficiaires pour porter la responsabilité des fautes commises dans l'institution peut s'expliquer de différentes manières. De notre point de vue, sans nier la part attribuable à l'individu, nous voulons mettre en évidence le fait que la maltraitance organisationnelle dépasse les cas isolés. Ainsi, nous nous sommes appliquées à mettre en évidence certaines dimensions de nature systémique ayant pour effet d'enfermer les préposés aux bénéficiaires dans une posture représentationnelle de la maltraitance. La basse position occupée par le métier de préposé aux bénéficiaires dans la hiérarchie organisationnelle conjuguée à l'intériorisation d'une prescription du travail idéal déphasé du travail réel et à la faible professionnalité du métier comptent parmi ces considérations. De manière plus pointue, la non-reconnaissance de la part de l'activité relationnelle et de l'ajustement incessant requis dans l'exercice des activités réalisées par les préposés aux bénéficiaires et le fait que, jusqu'à maintenant, ces activités ont rarement fait l'objet de conceptualisations et de formalisations relèguent dans la sphère personnelle des habiletés relevant en réalité des compétences professionnelles. De plus, c'est en raison même de la nature relationnelle et communicationnelle de leur travail, davantage que de la composante technique des leurs actes, que les préposés aux bénéficiaires s'exposent à des accusations de maltraitance.

Nous avons aussi montré en quoi les différentes conceptions de la responsabilité peuvent conduire à l'identification trop rapide des préposés aux bénéficiaires en tant qu'auteurs de la maltraitance dans les OSLD. Malheureusement, la conception diluée, particularisée, et ici personnalisée de la responsabilité dans l'attitude organisationnelle et médiatique accusatoire prévaut sur la conception distribuée de la responsabilité, et ce, non seulement au sein des organisations, mais aussi dans la société en général.

Jusqu'à maintenant, les recherches sur la maltraitance envers les personnes âgées ont très peu tenu compte des facteurs organisationnels et des limites systémiques sous-tendant les pratiques jugées maltraitantes, ou, à tout le moins, elles ont peu exploré l'idée que les préposés aux bénéficiaires puissent être désignés comme les boucs émissaires des OSLD. L'analyse des activités des préposés aux bénéficiaires et des conditions dans lesquelles ces derniers exercent leur capacité d'agir apparaît comme une voie prometteuse pour reproblématiser la maltraitance dans les OSLD.



## LE SOIN RELATIONNEL EN CHSLD

### De la formation à l'approche relationnelle de soins à la réalité du travail des préposés aux bénéficiaires

*Isabelle FEILLOU*

*Marie BELLEMARE*

*Annabelle VIAU-GUAY*

*Louis TRUDEL*

*Johanne DESROSIERS*

*Marie-Josée ROBITAILLE*

Au cours des dernières années, notre équipe<sup>1</sup> de recherche<sup>2</sup> s'est intéressée à l'approche relationnelle de soins, laquelle est proposée et enseignée depuis 2002 par l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS). Cette approche s'inspire de la méthodologie de soins Gineste-Marescotti<sup>3</sup>, laquelle s'appuie sur la philosophie de soins de l'humanité (Gineste et Pélissier, 2007) et s'insère dans le courant des approches de soins axées sur la personne (ASAP) (Cohen-Mansfield et Mintzer, 2005 ; Kitwood, 2008). La formation préconisée par l'ASSTSAS se distingue par sa dimension expérientielle forte et par le fait qu'elle s'insère dans un projet d'établissement plus large piloté par un chargé de projet interne. Ainsi, l'ASSTSAS propose aux établissements d'hébergement et de soins de longue durée d'adopter l'approche relationnelle de soins et d'en faire un véritable projet d'organisation en formant certains membres de leur personnel, qui, à leur tour, dispenseront la formation à l'ensemble de leurs collègues. L'approche relationnelle de soins s'inscrit dans les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux visant la transformation des milieux de soins prolongés en milieux de vie (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003).

Dans ce chapitre, nous exposons d'abord brièvement en quoi consiste la formation à l'approche relationnelle de soins (ARS dans les tableaux) et comment cette formation est perçue par les personnes formées, qui sont en majorité des préposés aux bénéficiaires (PAB dans les tableaux). Ensuite, en nous appuyant sur l'analyse ergonomique du travail, nous examinons comment les soignants formés à cette approche arrivent ou non à mettre en application, dans des situations réelles de travail, les principes enseignés, en particulier celui de l'adaptabilité du soin. Enfin, nous discutons les conditions qu'il nous semble nécessaire de mettre en place pour que les préposés aux bénéficiaires puissent réaliser des soins relationnels.

- 
1. Nous remercions les personnes suivantes, qui ont aussi participé à cette recherche : Anne-Céline Guyon, Marie-Josée Godi et Amélie Lenelle.
  2. Cette recherche a bénéficié d'une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada et de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
  3. Site des Instituts Gineste-Marescotti, <<http://www.igm-formation.net/index.php>>.

# 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'APPROCHE RELATIONNELLE DE SOINS

## 1.1. VISÉES ET PROCESSUS D'IMPLANTATION

L'approche relationnelle de soins vise essentiellement à améliorer la qualité des soins dispensés aux résidents et à favoriser une plus grande satisfaction au travail et l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail des soignants, par l'intermédiaire notamment de la diminution des comportements perturbateurs chez les résidents (Poulin, Bleau et Gineste, 2004, 2005). Pour ce faire, elle propose un ensemble de pratiques de soins permettant de maintenir le plus longtemps possible l'autonomie des résidents lors des activités de la vie quotidienne et d'assurer une relation respectueuse entre le personnel soignant et les résidents (Poulin, Bleau et Gineste, 2005). Le processus global d'implantation de l'approche relationnelle de soins est présenté et synthétisé au tableau 3.1.

Tableau 3.1.

### Processus d'implantation de l'ARS

Déroulement	Étapes
Démarrage	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Obtention de l'appui des syndicats locaux et nomination d'un chargé de projet.</li> <li>– Rencontres du conseiller de l'ASSTSAS avec les responsables du projet et le personnel soignant.</li> <li>– Élaboration du calendrier pour la libération et le remplacement du personnel.</li> </ul>
Formation de base (2 jours)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Composition d'un groupe de participants volontaires (en moyenne 10 participants, incluant 5 futurs formateurs et le chargé de projet).</li> <li>– Contenu théorique et pratique donné par le maître formateur (un conseiller de l'ASSTSAS).</li> </ul>
Compagnonnage (0,5 jour)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Chaque participant réalise deux soins sous la supervision du maître formateur. Par la suite, les personnes formées mettent l'approche en pratique dans leur travail quotidien en vue de l'étape de consolidation.</li> </ul>
Consolidation (0,5 jour)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Un mois après la formation, rencontre regroupant les participants et des cadres de l'établissement; évaluation de la formation reçue.</li> <li>– Bilan des acquis et perspectives pour l'ARS dans l'établissement.</li> </ul>
Formation des formateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Volet donné en classe (enseignement magistral, démonstrations, jeux de rôles) (3 jours).</li> <li>– Volet d'expérimentation de la formation supervisé par le chargé de projet.</li> <li>– Un mois après l'expérimentation, consolidation et accréditation (1 jour).</li> </ul>
Diffusion dans le milieu	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Déploiement de la formation de base par les pairs formateurs accrédités.</li> <li>– Suivi auprès des pairs (coaching) par les formateurs.</li> </ul>

Source : ASSTSAS (2014).

## 1.2. CONTENU DE LA FORMATION DE BASE

Dans l'approche relationnelle de soins, la formation de base comprend diverses activités d'enseignement-apprentissage : visionnement de vidéos, présentations interactives, partage d'expériences, démonstrations effectuées auprès de résidents dans les unités de soins, etc. Comme on peut le voir dans le tableau 3.2, ces activités poursuivent trois visées principales. La première, d'ordre affectif, consiste à faire adopter aux personnes formées une posture relationnelle. Les deuxième et troisième visées, de nature pratique, ont pour but d'outiller les soignants afin qu'ils puissent réaliser un soin relationnel et de sélectionner et mettre en œuvre, individuellement et avec l'équipe de soins, des pratiques de soins favorisant l'autonomie du résident. Pour ce faire, la formation comporte des contenus théoriques (connaissances déclaratives) et des activités d'apprentissage visant le développement d'habiletés pratiques pouvant être mises en œuvre en situation de soin.

Tableau 3.2.

### Contenu de la formation à l'ARS

Visée de formation	Principaux contenus
Adopter une posture relationnelle	Connaissances déclaratives <ul style="list-style-type: none"> <li>– Principe de l'humanité, c'est-à-dire préserver dans le soin ce qui est propre à la nature humaine, incluant la posture debout.</li> <li>– Valeurs dans le soin : tendresse, dignité, autonomie, respect des besoins et des préférences du résident.</li> </ul>
Réaliser un soin relationnel	Connaissances déclaratives <ul style="list-style-type: none"> <li>– Processus de traitement de l'information chez le résident (traitement des informations tactiles, mémoire, etc.).</li> <li>– Principes et effets de la communication.</li> <li>– Effet Pygmalion (influence des attentes d'une personne sur le comportement d'une autre personne).</li> </ul> Habiletés pratiques <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mettre en œuvre l'approche initiale, c'est-à-dire entrer en relation dès le début du soin (se présenter, toucher, regarder la personne dans les yeux).</li> <li>– Stratégies verbales (annoncer ses gestes et les décrire au fur et à mesure; donner des consignes claires et positives; offrir des choix réalistes; éviter la communication paradoxale; faire du renforcement verbal).</li> <li>– Stratégies tactiles (toucher doux; abandon des prises en pince; techniques de massage pour les rétractions musculaires).</li> <li>– Stratégies permettant de demeurer centré sur le résident lors du travail en équipe.</li> </ul>

(suite)

Tableau 3.2. (suite)

Favoriser l'autonomie du résident	Connaissances déclaratives <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bienfaits du maintien de la capacité à se tenir debout, même quelques minutes par jour.</li> <li>- Principe d'adaptabilité, c'est-à-dire s'adapter aux capacités, aux besoins et aux préférences du résident.</li> </ul>
	Habiletés pratiques <ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir, en équipe, la manière de prodiguer les soins en fonction des capacités et des besoins du résident.</li> <li>- Tenir compte des rétroactions du résident lors des soins.</li> <li>- Encourager le résident à participer à ses soins, dans la mesure de ses capacités.</li> </ul>

Source : ASSTSAS (2014).

## 2. PERCEPTION DE L'APPROCHE RELATIONNELLE DE SOINS PAR LES SOIGNANTS FORMÉS

Selon les données des questions d'évaluation<sup>4</sup> effectuées un mois après la formation à l'approche relationnelle de soins dispensée par les maîtres formateurs, les participants ont une perception très positive de l'approche. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'évaluer le contenu de la formation, les soignants disent être d'accord ou fortement d'accord à plus de 91 % avec les énoncés portant sur ses impacts positifs de la formation sur leur travail au quotidien. Ainsi, 99 % des soignants affirment que la formation permet de rendre plus harmonieuse la relation avec le client et 98 % d'entre eux mentionnent que l'amélioration de la communication avec le client permet d'accroître leur satisfaction au travail.

4. Le questionnaire d'évaluation conçu par l'ASSTSAS est autoadministré lors de l'étape de consolidation. Il comporte des questions fermées et des questions ouvertes. Les réponses aux questions ouvertes tirées de 392 questionnaires remplis dans 43 CHSLD entre 2004 et 2008 ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Les énoncés ont été codés en unités de sens et la pondération des différentes unités a été calculée. Pour plus de précisions sur la méthodologie de cette recherche et sur les résultats, consulter Viau-Guay *et al.* (2013).

## 2.1. ÉLÉMENTS DE LA FORMATION JUGÉS LES PLUS UTILES ET LES PLUS FACILES À INTÉGRER DANS LE TRAVAIL ET JUSTIFICATIONS DES SOIGNANTS

Comme on peut le constater au tableau 3.3, l'analyse du discours des répondants dans les réponses qu'ils ont données à deux questions (« Selon vous, quel est le contenu de la formation le plus utile pour votre travail ? » et « Selon vous, qu'est-ce qui est le plus facile à intégrer dans votre travail ? ») montre que ce sont les éléments de l'approche relationnelle de soins en lien avec la réalisation d'un soin relationnel (approche initiale, toucher doux, communication verbale, etc.) qui ressortent comme étant particulièrement utiles (56,4 % des unités) et particulièrement faciles à intégrer (64,5 % des unités), en comparaison avec la visée de développement de l'autonomie du résident (environ 22 % des unités).

Tableau 3.3.

### Catégorisation et pondération des unités de sens relatives aux éléments de l'ARS jugés les plus utiles et les plus faciles à intégrer dans le travail

Catégories	Pondération des unités (%) Le plus utile	Pondération des unités (%) Le plus facile à intégrer
Réaliser un soin relationnel	56,4	64,5
Développer l'autonomie du résident	21,5	21,8
Autres	22,0	13,7
<b>Total</b>	<b>99,9</b>	<b>100,0</b>

Les soignants justifient l'utilité de l'approche relationnelle de soins par les résultats positifs obtenus à la suite de sa mise en œuvre, et ce, tant pour le résident (bien-être, qualité de la relation, etc.) que pour eux-mêmes (santé et sécurité au travail, satisfaction au travail, etc.), ce dont témoignent les quelques commentaires suivants :

*En utilisant les bonnes techniques, on force beaucoup moins (groupe 5).*

*Prendre contact avec le client, l'impliquer dans la manœuvre, le faire participer est bénéfique pour le client et pour nous (groupe 11).*

*La prise de contact avec le patient aide aux soins, car, lorsque nous avons capté son attention, le patient est plus à l'écoute des consignes, ce qui nous donne plus de temps (groupe 9).*

*Je n'impose plus, j'accompagne. J'ai aussi réalisé quelles étaient mes forces. Je suis plus relax [sic], les résidents viennent à moi sans retenue (groupe 9).*

S'agissant des justifications évoquées par les soignants pour expliquer leur facilité à intégrer les différents éléments de la formation dans leur travail, l'analyse de leur discours montre que leur perception positive des effets de l'approche et la correspondance forte entre l'approche relationnelle de soins et leur perception d'eux-mêmes (pratiques actuelles, valeurs, identité professionnelle, etc.) sont les principaux facteurs facilitant l'intégration de l'approche relationnelle de soins dans leur quotidien.

*J'ai déjà tendance à le faire naturellement (groupe 24).*

*L'approche relationnelle de soins [...] ce sont des principes ou valeurs fondamentales [sic] pour moi (groupe 27).*

*[...] car j'aime la personne âgée, le beau contact qu'elle me procure (groupe 10).*

*[...] car je travaille en réadaptation (groupe 21).*

## **2.2. ÉLÉMENTS DE LA FORMATION JUGÉS LES PLUS DIFFICILES À INTÉGRER DANS LE TRAVAIL ET JUSTIFICATIONS DES SOIGNANTS**

Comme on peut l'observer dans le tableau 3.4, la recherche de l'autonomie du résident et les moyens pour atteindre cet objectif, notamment la verticalisation et l'attribution du soin, c'est-à-dire la définition par l'équipe, à partir d'une évaluation des capacités du résident, des soins à prodiguer en fonction des capacités et des besoins de ce résident, se distinguent comme étant le contenu considéré le plus difficile à intégrer par les soignants ayant répondu au questionnaire (61,9 % des unités). Certaines habiletés pratiques en lien avec la réalisation d'un soin relationnel (28,2 %) sont également vues comme n'étant pas faciles à intégrer (la communication, le toucher, le travail d'équipe, l'approche relationnelle de soins dans son ensemble). Les autres éléments (12,6 %) portent sur le travail en équipe lors de la dispensation des soins.

Tableau 3.4.

**Catégorisation et pondération des unités de sens relatives aux dimensions de l'ARS jugées les plus difficiles à intégrer dans le travail**

Catégories	Pondération des unités (%)
Maintenir et développer l'autonomie du résident	61,9
Réaliser un soin relationnel	25,5
Autres	12,6
<b>Total</b>	<b>100,0</b>

Les conditions organisationnelles constituent, du point de vue des soignants, un facteur majeur pouvant limiter les possibilités d'intégration de l'ARS dans leurs pratiques. Ainsi, les soignants évoquent l'incompatibilité de l'approche relationnelle de soins et de la situation de travail, et plus particulièrement le manque de temps, comme motifs rendant difficile l'intégration de l'approche relationnelle de soins dans le travail.

*Quand nous sommes débordés de travail, c'est plus difficile (groupe 5).*

*Parce que nous désirons et devons aller très vite (groupe 20).*

*J'aurais de la difficulté à laisser faire au client tout ce qu'il est capable de faire, faute de temps (groupe 10).*

Certaines difficultés en rapport avec le collectif de travail sont aussi mentionnées par les répondants, par exemple les pairs qui ne sont pas formés à l'approche ou qui n'y croient pas, la nécessité d'obtenir un consensus au sein de l'équipe de travail pour pouvoir implanter l'approche relationnelle de soins, et la peur du jugement des pairs.

*Au niveau du personnel de nursing, la fausse croyance que marcher amène des comportements agressifs, les chutes et la mort est nettement implantée (groupe 23).*

*[...] pour éviter d'en laisser à l'autre quart de travail et de se faire reprocher de ne pas l'avoir fait (groupe 24).*

Des facteurs personnels liés aux soignants eux-mêmes peuvent expliquer les difficultés entourant la mise en œuvre de l'approche relationnelle de soins. Certains répondants soulèvent le fait que cette approche exige la déconstruction de certains automatismes, notamment les prescriptions liées à la communication (décrire ce que l'on fait au fur et à mesure, ne pas offrir de faux choix, etc.). D'autres répondants disent que l'approche

peut entrer en contradiction avec des stratégies de préservation de leur santé (p. ex., ne pas répéter constamment les mêmes choses, se centrer sur ses propres besoins) ou avec leur conception du travail bien fait (p. ex., un respect de l'autonomie des résidents pouvant se traduire dans des soins d'hygiène moins bien faits).

*Dire avant et décrire pendant les gestes de soins : j'ai l'impression de dire des choses inutiles, de me répéter constamment (groupe 22).*

*Parce que, parfois, dans notre temps restreint, on ne veut pas avoir à revenir. À ce moment, on est centré sur notre besoin comme intervenant plutôt que sur celui du résident (groupe 11).*

*On a besoin que ce soit bien fait. Je me connais : si la barbe, par exemple, n'est pas bien faite [...] je vais la reprendre, à moins que le client ne coopère pas (groupe 10).*

Enfin, certaines justifications des répondants renvoient aux caractéristiques des résidents (troubles cognitifs, fatigue, etc.) ou aux problèmes causés par l'intervention de membres de la famille des résidents ou par la présence de visiteurs.

*La verticalisation, car, le soir, les résidents sont plus fatigués, donc ont moins de résistance pour se tenir debout (groupe 27).*

*Certains visiteurs se mêlent de nos clients et nous disent parfois quoi faire ; ça me dérange (groupe 3).*

Donc, il ressort de ces résultats que, de manière générale, un mois après la formation, les soignants formés à l'approche relationnelle de soins perçoivent cette approche comme étant utile et manifestent l'intention de l'intégrer dans leurs activités de soins. Cependant, si on les questionne plus en profondeur, certaines nuances apparaissent dans leur discours, mettant en évidence certains facteurs susceptibles de faciliter ou d'entraver l'implantation de l'approche relationnelle de soins.

### 3. MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE RELATIONNELLE DE SOINS LORS DES SOINS D'HYGIÈNE<sup>5</sup>

Au-delà du discours des soignants au terme de la formation à l'approche relationnelle de soins, notre recherche s'est aussi intéressée à leurs pratiques quotidiennes de travail. Plus particulièrement, nous avons cherché à savoir dans quelle mesure il était possible pour ces derniers d'appliquer le principe de l'adaptabilité du soin comme le propose l'approche relationnelle de soins.

Notre collecte de données a été effectuée par trois ergonomes dans trois établissements de soins de longue durée de grande taille (plus de 150 résidents) auprès de 11 participants ayant donné leur accord libre et éclairé pour être observés<sup>6</sup>. Nous avons combiné des observations sur le terrain (106 heures de temps d'observation du travail réparties sur 30 quarts de travail, principalement le jour), des entrevues postsoins et des entretiens d'autoconfrontation<sup>7</sup> (Theureau, 2006). Au total, nous avons documenté 95 soins d'hygiène pour une durée de 28,5 heures. Notre analyse de données s'appuie sur le modèle de la situation de travail (Guérin *et al.*, 2006; St-Vincent *et al.*, 2011). Le modèle met en relation les caractéristiques du signal concerné avec les caractéristiques de sa situation de travail (environnement physique, technique, organisationnel, social) pouvant être tantôt des ressources, tantôt des contraintes pour la réalisation de son activité, en réponse à un certain nombre de tâches attendues. L'analyse des données recueillies a permis d'identifier différentes adaptations qui sont mises en œuvre par les soignants en vue de prodiguer des soins adaptés aux résidents. Ces adaptations se déploient à deux niveaux, à savoir dans le déroulement du soin lui-même, comme le laissait supposer la formation, et dans l'organisation des soins, c'est-à-dire sur le quart de travail entier.

---

5. Cette section est adaptée de Feillou *et al.* (2013).

6. Les participants se répartissent ainsi : 9 préposés aux bénéficiaires (8 femmes et un homme) et 2 infirmiers auxiliaires (une femme et un homme).

7. Les participants commentent les traces de leur activité et documentent la dimension non visible de l'activité (émotions ressenties, interprétations, prises de décision, savoirs mobilisés dans l'action, etc.). Jumelées aux données d'observation, ces verbalisations peuvent contribuer à constituer une description valide de l'action vécue du point de vue de l'acteur (Theureau, 2006).

### 3.1. ADAPTATIONS OBSERVÉES DURANT LE DÉROULEMENT DU SOIN

Après avoir procédé à l'analyse de nos données, nous avons relevé quatre types d'adaptations du déroulement du soin aux caractéristiques du résident : l'adaptation à son état fonctionnel, l'adaptation à ses autres caractéristiques (sensibilité corporelle particulière, pathologies, etc.), l'adaptation à ses préférences et l'adaptation à son état momentané (humeur, fatigue, confusion, etc.).

Ainsi que l'explique le tableau 3.5, ces adaptations se manifestent notamment par le choix du type de toilette (au lit, en position assise/debout), la sélection des équipements utilisés (civière-douche, lève-personne, etc.), la demande de participation formulée au résident lors du soin, la modulation des modes opératoires au cours d'un même type de soin et le développement de modes de communication particuliers (emploi de la langue parlée par le résident, communication gestuelle, échanges basés sur l'histoire de vie du résident, etc.). Ces adaptations sont rendues plus faciles par la connaissance du résident et le déploiement de stratégies d'observation de l'état momentané de ce résident. Elles nécessitent parfois de la part des soignants d'aller à l'encontre d'une culture de soins ancrée dans les pratiques qu'il faut alors déconstruire (p. ex., la systématisation du lavage du haut vers le bas des parties du corps, quel que soit le résident). De même, l'utilisation du tutoiement après une demande en ce sens faite par le résident contredit les règles explicites édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux exigeant l'emploi systématique du vouvoiement dans les CHSLD (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003).

Tableau 3.5.

#### Catégories d'adaptation effectuées durant les soins d'hygiène, stratégies et exemples

Catégories d'adaptation	Stratégies	Exemples
État fonctionnel du résident	Modulation du déroulement du soin et des choix d'équipement en fonction du niveau d'assistance.	Offrir une aide partielle et proposer une alternance entre la posture assise et la posture debout.
	Modulation du choix des sous-vêtements en fonction de pathologies particulières.	Utiliser un sous-vêtement intégral pour un résident se déshabillant en public.

(suite)

Tableau 3.5.

**Catégories d'adaptation effectuées durant les soins d'hygiène,  
stratégies et exemples (suite)**

Catégories d'adaptation	Stratégies	Exemples
Autres caractéristiques du résident	Prise en compte des sensibilités corporelles des résidents.	Réaliser le soin du haut vers le bas en fonction de la partie la moins sensible du résident (moins sensible au début).
	Prise en compte des pathologies particulières.	Pour un résident atteint du syndrome de Korsakoff <sup>a</sup> , réduire le toucher et la parole.
Préférences du résident	Respect des préférences liées à l'apparence.	Laisser un résident choisir ses vêtements.
	Adaptation du langage.	Utiliser le tutoiement tel que demandé par un résident.
	Adaptation des modes opératoires.	Protéger le visage d'un résident qui n'aime pas recevoir de l'eau au visage, ou diriger le jet d'eau dans le visage d'un résident qui le réclame.
État momentané du résident	Choix du type de toilette.	Faire une toilette au lit plutôt qu'en position assise-debout (en conformité avec l'évaluation fonctionnelle) au résident qui semble agité.
	Sollicitation de l'aide du résident.	Peu solliciter un résident qui semble agité.

<sup>a</sup> Cette pathologie se caractérise par une grande sensibilité à la parole et au toucher.

### 3.2. ADAPTATIONS OBSERVÉES DANS L'ORGANISATION DES SOINS

Comme on peut le voir au tableau 3.6, les adaptations faites par les soignants lors des soins d'hygiène s'illustrent principalement par l'emploi de deux stratégies, soit l'anticipation du matériel nécessaire pour les soins et l'ordonnancement des soins d'hygiène par rapport aux autres soins.

Concernant l'anticipation des besoins en matériel, la connaissance du résident permet au personnel soignant de moduler la lingerie à préparer, ce qui évite d'interrompre le soin. En fait, cette manière de faire comporte un double bénéfice. D'une part, elle permet aux soignants de garder le lien avec le résident. D'autre part, elle aide le personnel à éviter les pertes de temps.

Tableau 3.6.

**Catégories de stratégies d'adaptation de l'organisation des soins,  
sous-catégories et exemples**

Catégories d'adaptation	Stratégies	Exemples
Habitudes physiologiques du résident	Anticiper les besoins de matériel.	Préparer davantage de débarbouillettes <sup>a</sup> et du linge de rechange pour un résident qui fait des selles importantes durant la nuit.
Préférences du résident		Prévoir un piqué supplémentaire pour un résident qui le demande.
Sensibilités particulières du résident		Prévoir une serviette supplémentaire pour un résident qui a froid durant les soins d'hygiène.
Degré d'autonomie du résident		Prévoir des débarbouillettes supplémentaires pour un résident capable de se laver seul en partie.
Préférences du résident	Adapter l'ordonnancement des soins.	Réaliser la toilette du matin après le déjeuner pour un résident qui préfère manger à son lever.
Pathologies du résident		Offrir à manger dès le lever à un résident atteint de diabète.
État momentané du résident		Changer un résident avant le repas lorsqu'il est agité (inconfort).  Reporter un soin en cas de non-collaboration d'un résident.
Aux habitudes physiologiques		Attendre un signe de la part d'un résident (p. ex., un baiser ou une accolade) avant de commencer un soin d'hygiène.  Changer un résident après le repas parce qu'il a l'habitude d'aller à la selle après avoir mangé.

<sup>a</sup> Gants de toilettes.

S'agissant de l'ordonnancement des soins, les stratégies d'adaptation se traduisent par une réorganisation dans l'ordre des soins d'hygiène et des déjeuners ou par des soins d'élimination accompagnés de soins d'hygiène partielle au cours de la journée, surtout avant ou après les repas principaux. Ces ajustements ont pour effet d'améliorer la qualité de la relation soignant-résident, d'augmenter le confort du résident et d'accroître l'efficacité des soins. Dans le cas des toilettes partielles accompagnant l'élimination, une non-répétition des soins limite les pertes de temps et les manipulations éventuelles du résident. Par ailleurs, l'on adopte ces stratégies d'adaptation

non seulement en fonction du résident (habitudes, niveau d'autonomie, état momentané, etc.), mais aussi dans une perspective de gestion collective de l'unité de soins et dans un souci de juste distribution du travail entre les quarts de travail. Ainsi, l'ordre des soins prévu peut être modifié pour répondre à un événement inattendu, par exemple une agitation extrême chez un résident. Cette adaptation s'observe également lors de la mise au lit de certains résidents en après-midi, en particulier ceux qui déambulent beaucoup et qui se fatiguent. D'autres résidents ne font jamais de sieste. Pour ces derniers, il peut s'agir de la part du personnel soignant d'une anticipation du comportement durant la soirée ou pendant la nuit, une sieste pouvant augmenter chez eux les comportements d'agitation en soirée.

En somme, l'équilibre est sans cesse à trouver chaque jour entre la conciliation des préférences et des caractéristiques individuelles, la gestion collective des résidents et le collectif de travail. Par ailleurs, la planification temporelle des soins est rendue plus aisée par la connaissance des résidents.

#### **4. AU-DELÀ DE LA FORMATION, LES CONDITIONS POUR DES SOINS RELATIONNELS**

Nous nous intéressons maintenant à ce que nous apprennent l'analyse des questionnaires d'évaluation postformation et l'analyse ergonomique des soins d'hygiène à propos des conditions requises pour réaliser des soins relationnels adaptés aux besoins des résidents. En nous inspirant du modèle conceptualisé par Cloutier *et al.* (2006)<sup>8</sup>, nous allons décrire ces conditions en les mettant en rapport, d'une part, avec le soignant lui-même et, d'autre part, avec quatre pôles interreliés qui influencent l'activité du soignant : le résident et sa famille, l'environnement physique et matériel du travail, le collectif de travail et l'organisation du travail.

##### **4.1. CONDITIONS LIÉES AU SOIGNANT**

Les constats faits après la formation sont à l'effet que l'approche relationnelle de soins suscite une adhésion forte chez plusieurs participants, notamment parce qu'elle s'appuie sur des valeurs de dignité et de maintien

---

8. Ce modèle montre que les facteurs influençant l'activité de travail des soignants peuvent s'envisager selon quatre dimensions : l'utilisateur et son réseau, notamment familial et social, le soignant et son équipe, l'environnement de travail et l'organisation du travail.

de l'autonomie, lesquelles sont cohérentes avec leur identité personnelle et professionnelle. Plusieurs participants disent vouloir intégrer l'approche dans leurs soins parce que celle-ci s'harmonise bien avec leur pratique. Les stratégies d'adaptation que nous avons illustrées s'appuient sur ces valeurs, investies par les soignants dans leur relation avec le résident, et sur les compétences individuelles de ces soignants. Cependant, l'intégration de nouvelles habiletés aux activités de soins nécessite parfois de défaire des automatismes bien ancrés (notamment en ce qui a trait à la communication paradoxale<sup>9</sup>), ce qui est perçu comme une tâche malaisée par plusieurs répondants. Ces habiletés peuvent être aussi plus ou moins faciles à mettre en œuvre selon l'état de fatigue du soignant. Enfin, l'analyse ergonomique nous montre que l'adaptabilité du soin repose en grande partie sur la capacité des membres du personnel soignant à aller chercher de l'information concernant l'état momentané et fonctionnel du résident et sur leur histoire avec ce résident, ce qui leur permet d'adapter leur action en conséquence, en amont ou au cours des soins.

#### 4.2. CONDITIONS LIÉES AU RÉSIDENT ET À SA FAMILLE

Les résultats de l'analyse postformation laissent voir également que la condition des résidents peut nuire à certaines actions de soins visant le maintien de l'autonomie (p. ex., la fatigue du résident en soirée). De plus, l'état momentané du soignant lui-même module la relation et la capacité d'adapter les soins, de même que l'histoire qu'il a avec le résident et sa famille. Nos observations montrent qu'un historique difficile entre un soignant et un résident peut parfois engager ces deux personnes dans une boucle infernale : le soignant éprouve de la nervosité et de la peur face au résident et développe des stratégies de protection physique et de retrait de la relation, ce qui se traduit par une difficulté à percevoir et à interpréter les rétroactions du résident, de sorte que ce dernier sera amené à manifester les comportements négatifs craints au départ. Par ailleurs, l'adaptation aux préférences du résident peut dépasser des limites considérées comme acceptables par les soignants. Nous avons observé la prise en compte de préférences comme le genre du soignant (p. ex., une résidente désirant être lavée par une femme plutôt que par un homme), mais il n'est pas toujours possible pour les soignants de le faire. On peut également se demander

---

9. La communication paradoxale correspond à la gestion des phrases qui contiennent deux informations contradictoires (*Approche relationnelle de soins, Cahier du participant*).

si certaines adaptations sont effectivement souhaitables ou devraient être débattues dans les établissements (p. ex., les choix des membres de certaines communautés culturelles en matière de soins).

Dans l'évaluation de la formation, certains soignants ont fait état des difficultés reliées au manque de soutien des familles des résidents au moment d'appliquer l'approche relationnelle de soins. Ils mentionnent que les familles peuvent interférer dans la relation soignant-résident, ce qui perturbe la mise en œuvre d'un soin relationnel de qualité. Effectivement, nous avons observé certaines situations au cours desquelles les soignants ont eu à gérer des conflits entre les préférences d'un résident et celles de sa famille. Ces observations confirment l'importance d'impliquer les résidents et leur famille au moment d'implanter une approche de soins centrée sur la personne (Shaller, 2007).

Par ailleurs, les familles constituent aussi une source d'accès privilégiée à l'histoire de vie du résident que les soignants ont tout intérêt à intégrer dans leur approche. De fait, lors de l'analyse ergonomique, certains participants ont souligné la difficulté d'accéder à la connaissance de cette histoire dans le cas où le résident est placé sous la responsabilité du Curateur public. Cependant, quand nous étions présents sur le terrain, nous n'avons observé que très peu d'interactions entre les familles et les soignants, et particulièrement les préposés aux bénéficiaires.

### **4.3. CONDITIONS LIÉES AU COLLECTIF DE TRAVAIL**

Le soutien du collectif de travail<sup>10</sup>, c'est-à-dire de l'équipe de soignants qui partagent les tâches communes et les soins auprès d'un ensemble de résidents, a été identifié par plusieurs répondants aux questionnaires d'évaluation comme étant un facteur facilitant l'intégration de l'approche dans leurs pratiques. Concernant le travail en équipe, nous avons constaté une certaine hétérogénéité des pratiques selon les établissements, par exemple une demande d'aide à un collègue en dernier recours lors des soins d'hygiène dans un certain CHSLD et le développement de plusieurs

---

10. Le collectif de travail peut se superposer aux équipes formelles de soignants constituées dans les unités. Il peut aussi se constituer de façon plus informelle entre soignants de quarts de travail différents, mais s'occupant des mêmes résidents ou entre soignants d'équipes distinctes, mais travaillant sur le même étage.

stratégies collectives de soins dans un autre CHSLD. Nous avons relevé plusieurs facteurs influençant favorablement l'entraide et la mise en place de stratégies collectives d'adaptation :

- des pratiques organisationnelles favorisant la stabilité des collectifs de travail ;
- une organisation du travail présentant suffisamment de souplesse pour autoriser une réorganisation des soins par le collectif ;
- une architecture compacte, c'est-à-dire un lieu où les soignants peuvent se voir et se trouver aisément ;
- des moyens de communication permettant de réguler les situations de soins en temps réel avec les autres soignants ;
- une culture organisationnelle où il est possible d'interrompre ses collègues sans avoir le sentiment de les déranger.

Ce dernier point renvoie au discours tenu par certains répondants aux questionnaires d'évaluation, qui disent craindre le jugement de leurs pairs s'ils mettent en œuvre l'approche, car ils ont l'impression que cela ralentira leur rythme de travail et alourdira la charge de leurs collègues.

Les commentaires provenant des évaluations de formation mettent aussi en évidence les tensions pouvant surgir entre les différentes professions, notamment entre les préposés aux bénéficiaires et le personnel infirmier. Du point de vue des soignants, ces tensions nuisent aux possibilités de transférer les techniques enseignées puisque, pour ce faire, un consensus au sein de l'équipe de soins est nécessaire, surtout en ce qui concerne le maintien et le développement de l'autonomie des résidents.

#### **4.4. CONDITIONS LIÉES À L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET MATÉRIEL**

La présence d'équipements adaptés constitue un autre facteur favorisant l'adaptation des soins, bien que ce point ait été peu mentionné par les soignants lors des évaluations de la formation. En fait, la seule présence sur le terrain de ces équipements ne suffit pas, encore faut-il pouvoir les utiliser facilement et de manière continue. De même, selon nos observations, un aménagement approprié des lieux de travail et des procédures de maintenance efficaces constituent deux éléments ayant une incidence sur les stratégies de mise en œuvre de l'approche relationnelle de soins déployées par les soignants. Dans le même ordre d'idées, la présence de matériel spécialisé (culottes de différentes tailles et de différents types,

linge de corps adapté, etc.) apparaît comme un autre facteur favorable à l'adaptation des soins. Toutefois, ce matériel doit être disponible en quantité suffisante si l'on veut éviter que les soignants développent des stratégies compensatoires.

#### 4.5. CONDITIONS LIÉES À L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Selon la littérature scientifique, l'implantation réussie des approches de soins axées sur la personne (ASAP) requiert une adaptation de l'ensemble du contexte de soin (Buelow, Winburn et Hutcherson, 1998; Emilsson, 2006; Kaskie et Coddington, 2004; Matthews, Farrell et Blackmore, 1996; Shaller, 2007; Stolee *et al.*, 2005) notamment l'adoption de pratiques de soins plus flexibles, la mise en place d'une organisation du travail moins contraignante et l'instauration d'un environnement physique adapté. Lors de l'évaluation de la formation, les résultats obtenus laissent voir que, du point de vue des soignants, ces conditions favorables ne sont pas toujours au rendez-vous. En particulier, les participants soulignent qu'il est important que la formation s'inscrive dans un projet d'établissement, que les effectifs du personnel soignant soient suffisants et que l'organisation du travail fasse preuve d'une plus grande ouverture à la collaboration lors des soins. L'analyse des commentaires des soignants laisse voir que plusieurs d'entre eux souhaiteraient que la formation à l'approche relationnelle de soins soit étendue à l'ensemble du personnel soignant et aux autres catégories de personnel afin que l'approche soit partagée par tous. Enfin, les analyses ergonomiques montrent que la connaissance du résident constitue un élément primordial dans l'adaptation des soins par le personnel soignant. Nous nous sommes intéressées aux ressources organisationnelles facilitant cette connaissance et nous avons repéré celles que nous présentons et décrivons ci-dessous dans les établissements que nous avons étudiés :

- le recueil et la diffusion dans le milieu de soins d'informations sur les résidents (p. ex., dans les plans d'intervention des préposés aux bénéficiaires);
- la continuité des soins, favorisée par certaines pratiques managériales encourageant la stabilité du personnel;
- la transmission orale d'informations concernant l'état momentané des résidents entre soignants (entre les quarts de travail, lors des retours de congés ou des vacances);

- la création d'espaces de discussion pour le collectif de travail (p. ex., lors des réunions d'équipe), permettant au personnel soignant de partager et d'échanger sur les difficultés rencontrées, ses questionnements et les stratégies développées et de délibérer au sein du groupe (p. ex., faut-il laisser tel résident se raser seul ?);
- l'utilisation de pratiques d'écoute et d'accompagnement des soignants par des gestionnaires possédant une bonne connaissance des résidents ;
- la mise en place de dispositifs d'accompagnement par des formateurs reconnus par leurs pairs (incluant la libération de ces formateurs par l'employeur), permettant des accompagnements occasionnels de soignants en difficulté pour certains soins ou avec certains résidents.

Ce dernier point fait écho à des réponses de soignants aux questions ouvertes du questionnaire d'évaluation de la formation en ce qui a trait aux dimensions de l'ARS jugées les plus difficiles à intégrer dans le travail. Ainsi, certains participants, qui manifestaient le souhait que la formation ne soit pas seulement une activité ponctuelle et le désir de pouvoir profiter d'occasions plus fréquentes de pratiquer, en recevant une rétroaction, certains aspects de l'approche relationnelle de soins au cours des semaines ou des mois suivant la formation. Ces résultats tendent à confirmer l'idée selon laquelle la transformation durable des pratiques de soins au-delà de la période de formation requiert la mise en œuvre de divers mécanismes de suivi, de supervision ou de renforcement (Aylward *et al.*, 2003).

## **5. COMPROMIS TYPIQUES D'UNE RELATION DE SERVICE**

Les soignants développent une grande diversité de stratégies, à la fois individuelles et collectives, contribuant à la mise en œuvre concrète de l'approche relationnelle de soins lors des soins d'hygiène. Plus particulièrement, ils vont essayer d'adapter les soins aux caractéristiques des résidents, à des niveaux divers, c'est-à-dire à partir de l'organisation générale du quart de travail jusqu'au déroulement du soin lui-même.

Les résultats de l'analyse ergonomique montrent aussi que l'activité des soignants ayant participé à l'étude est caractérisée par de multiples microdécisions successives, prises entre les contraintes et les ressources en

rapport avec l'organisation du travail. En fait, ces soignants sont constamment à la recherche de compromis pour adapter les soins entre les objectifs à atteindre, le respect des préférences et de l'autonomie des résidents, la protection des résidents et leur propre protection. D'autres volets de notre recherche explorent plus avant ces compromis et les tensions qu'ils génèrent. Ainsi, quelques-uns des répondants aux questionnaires d'évaluation de la formation font état d'un conflit ressenti entre les valeurs liées au maintien de l'autonomie, lesquelles sont prônées par l'approche relationnelle de soins, et l'éthique professionnelle liée au travail bien fait. Cependant, ces inquiétudes en lien avec l'approche relationnelle de soins ne sont pas isolées des autres préoccupations en rapport avec l'aspect technique (s'assurer que les résidents mangent bien, qu'ils ne s'étouffent pas, qu'ils ne tombent pas, etc.) de la tâche des soignants. En cela, nos résultats convergent avec ceux de Schoot *et al.* (2006) qui ont mis en évidence le fait que les préoccupations du soignant face aux approches axées sur la personne s'inséraient dans un ensemble de préoccupations en lien à la fois avec les prescriptions médicales, son employeur et lui-même.

L'analyse ergonomique du travail des soignants met en évidence, au-delà des dispositions des soignants eux-mêmes, l'existence d'éléments agissant soit comme obstacle, soit comme facilitateur à l'adaptation des soins. Ces éléments sont en rapport non seulement avec l'aménagement de l'espace, l'équipement, l'organisation du travail et le collectif de travail, mais aussi avec les caractéristiques des résidents et la relation développée avec les familles des résidents. Ces résultats vont dans le sens des écrits sur la relation de service, selon lesquels toute relation de service est fondamentalement caractérisée par l'existence de différents pôles (employeur, collectif de travail, clients, soi) pouvant parfois entrer en contradiction (Caroly et Weil-Fassin, 2004 ; Schoot *et al.*, 2006). On peut penser qu'une implantation de l'approche relationnelle de soins qui se limiterait à la transformation des individus risquerait à terme de générer une tension entre le pôle soi et les autres pôles de l'activité de travail, notamment celui du collectif de travail.

Finalement, notre étude nous amène à remettre en question la dissociation entre soins de base et soins relationnels qui est parfois faite dans la littérature spécialisée (Estryn-Behar *et al.*, 2011). En effet, la relation préconisée par les approches de soins axées sur la personne en général et par l'approche relationnelle de soins en particulier se construit en étant intégrée aux soins de base, dans la durée, avec un même résident, et ce, avant, pendant et après les soins, et s'appuie sur une connaissance fine

du résident. Ces résultats convergent avec ceux que l'on retrouve dans d'autres recherches, qui indiquent que les facteurs clés dans la qualité de la relation avec le client sont le temps de la relation (Cerf et Falzon, 2005) et la possibilité pour le soignant d'échanger avec ses pairs sur les difficultés du travail (Estryn-Behar *et al.*, 2011).

## **DISCUSSION ET CONCLUSION**

Cette étude présente un certain nombre de limites. Ainsi, certains soins n'ont pu être observés lors de notre présence sur le terrain, et ce, pour diverses raisons : refus opposé par le résident ou sa famille, refus du comité d'éthique de la recherche d'un établissement de nous laisser procéder à des observations de soins impliquant la nudité totale des résidents (douches et bains en particulier), demande du soignant que nous sortions de la chambre du patient vu que notre présence agitait ce dernier, etc. Ces éléments ont sans doute limité notre connaissance et notre compréhension des difficultés encourues dans la mise en œuvre de l'approche relationnelle de soins.

Il nous apparaît donc nécessaire de faire preuve de prudence dans l'interprétation de nos résultats. Ainsi, il ne nous est pas possible d'établir si l'activité documentée dans le cadre du volet ergonomique de l'étude s'avère représentative de l'ensemble de l'activité des soignants œuvrant dans le secteur des soins de longue durée. Toutefois, ces résultats permettent d'illustrer concrètement comment les apprentissages réalisés en contexte de formation sont transposés en situation réelle de travail. Par ailleurs, une des forces du projet de recherche réside dans la possibilité qu'il offre de trianguler un certain nombre de données afin d'améliorer notre compréhension du travail des soignants et d'augmenter la validité de nos interprétations. En outre, l'analyse ergonomique permet de saisir la dynamique à l'œuvre dans les relations, qui s'observe notamment dans les stratégies déployées par les soignants lors de la relation de soin avec le résident ou dans l'engagement des soignants et des résidents dans des cercles vicieux dont on doit pouvoir discuter dans l'organisation.

Nos résultats mettent également en évidence l'importance du partage d'informations sur les résidents entre les soignants, ce qui soulève un certain nombre de questions pratiques (types d'outils de transmission à favoriser, pour qui, selon quelles modalités de mises à jour, etc.). L'analyse du travail montre aussi que l'adaptation des soins aux résidents, comme le prescrit l'ASSTSAS, dépend des habiletés personnelles du soignant à prendre en

compte les rétroactions données par les résidents et que les adaptations dans l'organisation même des soins ne sont possibles que si l'organisation du travail le permet.

De plus, il apparaît indéniable que la dimension collective de l'activité peut constituer un facteur favorable à la mise en œuvre de l'approche relationnelle de soins parce que certaines stratégies auxquelles a recours le personnel soignant dans sa pratique en sont fortement dépendantes (stratégies de partage de l'information, stratégies de surveillance, stratégies d'entraide). On peut donc se demander comment ce collectif de soignants pourrait être davantage soutenu d'un point de vue organisationnel. Selon nous, la stabilité du collectif est certainement un élément de réponse essentiel.

Enfin, alors que les médias pointent abondamment la maltraitance des personnes âgées dans les CHSLD, vus comme des «mouroirs» (Vézina et Pelletier, 2009), notre projet de recherche met en lumière les multiples modalités d'adaptation des soins et les stratégies déployées par les soignants dans un contexte où leur métier est peu valorisé, où les diverses clientèles s'alourdissent, et où les investissements publics dans les CHSLD se révèlent nettement insuffisants (Soulières et Ouellette, 2012). Par ailleurs, nos résultats illustrent bien le fait que l'activité de soin est relativement complexe, ce qui invite à la prudence dans toutes les décisions visant à contraindre ou à prescrire ce travail dans ce domaine (p. ex., le ratio soignant/résidents). À notre avis, les décisions de cette nature devraient prendre davantage en compte la dimension relationnelle du soin.

Dans ce contexte, il apparaît légitime de se demander si l'implantation de démarches de soins centrées sur la personne est facilitée ou limitée dans le contexte prévalant actuellement au Québec dans le secteur des soins de longue durée, notamment le taux de roulement parmi le personnel soignant, la lourde charge de travail des soignants, le recours aux agences pour le personnel occasionnel et la réduction de la durée moyenne du séjour des résidents qui souvent sont hébergés pour terminer leur vie dans un CHSLD (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). On peut se demander aussi dans quelle mesure le gouvernement pourrait bénéficier d'un retour d'expérience sur le déploiement d'une approche expérientielle comme l'approche relationnelle de soins dans ses propres orientations en termes de formations destinées au milieu.

P A R T I E

---

2

**LES PRÉPOSÉS  
AUX BÉNÉFICIAIRES  
ET L'APPROCHE MILIEU DE VIE  
AU QUÉBEC**



## LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES ET L'INJONCTION À AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SERVICES DANS LES ORGANISATIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE AU QUÉBEC

*Yves COUTURIER*

*Francis ETHERIDGE*

*Malika BOUDJÉMAA*

Le présent chapitre examine la pratique des préposés aux bénéficiaires en analysant les organisations de soins dans lesquelles ils travaillent. Encore aujourd'hui, ces organisations portent en elles leur origine asilaire, alors même qu'on tente de les moderniser. L'injonction faite au personnel soignant de prodiguer des soins et des services de qualité touche de très près les préposés aux bénéficiaires, doublement victimes de leur organisation qui les contraint à la quasi-impossibilité d'un agir professionnel compétent en même temps qu'elle les exhorte à la professionnalisation.

## 1. ORGANISATION DES SOINS DE LONGUE DURÉE AU QUÉBEC

Le vieillissement démographique touche toutes les sociétés industrialisées, et le Canada et le Québec connaissent un vieillissement particulièrement rapide de leur population (Turcotte et Schellenberg, 2006). L'allongement de la durée de la vie moyenne est sans conteste une bonne nouvelle, mais elle a pour corollaire l'allongement potentiel de la durée de vie en perte d'autonomie fonctionnelle, avec une augmentation de la prévalence de problèmes de santé et sociaux à la fois multidimensionnels et chroniques. Cet important déterminant sociodémographique de la santé et du bien-être s'accompagne de transformations profondes dans la conception des politiques publiques destinées aux personnes âgées, politiques qui doivent être incarnées dans des organisations et des pratiques professionnelles mieux adaptées aux besoins de la clientèle âgée.

Tout comme la personne âgée forme un tout, les services auxquels elle a accès devraient eux aussi constituer un ensemble cohérent, c'est-à-dire un continuum de services. Dans un monde idéal, ce continuum comprendrait tous les services requis par les besoins de la population âgée. Au Québec, le tableau d'ensemble est le suivant. Pour la population âgée autonome, des approches centrées sur le vieillissement actif et sur la participation sociale des aînés sont mises en place, notamment l'approche Vieillir en santé. Dans le cas des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle, des dispositifs intégrateurs domicile-centrés sont également en voie d'être implantés. Pour les personnes âgées dont le maintien à domicile n'est plus possible, la mise en place d'approches humanisantes des soins se poursuit dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD); nous pensons ici à la philosophie de l'humanité, à la démarche *Planetree*, à l'approche relationnelle de soins et à l'approche Milieu de vie. Pour les personnes âgées qui sont hospitalisées, certaines approches comme l'approche gériatrique intégrée sont en cours d'implantation. Par ailleurs, des services de soins palliatifs adaptés aux personnes âgées sont nécessaires, et ce, tant à l'hôpital et en CHSLD qu'à domicile. Toutes ces ressources participent d'un continuum de services porté par une vision intégrée et cohérente. Le principe transversal à toutes ces innovations réside dans le fondement de toute action sur les besoins de l'utilisateur plutôt que sur les besoins organisationnels ou professionnels.

Tous ces changements se produisant dans l'organisation des services découlent de l'émergence de nouveaux modèles conceptuels de la qualité qui posent, au centre de leur démarche, le principe de la focalisation des services sur les besoins de l'utilisateur (Koren, 2010). En vertu de ce principe, le système de santé et de services sociaux doit mieux prendre en considération le désir de la majorité des personnes âgées de demeurer dans leur domicile le plus longtemps possible (Weber, 2006). La prise en compte publique de ce souhait et des risques nosocomiaux pour les personnes âgées d'une stratégie de soins centrée sur l'hôpital et l'hébergement de longue durée appelle une transformation radicale de l'organisation des services vers un modèle dit domicilo-centré, mieux adapté aux problèmes chroniques et multidimensionnels caractérisant ce temps de la vie (Hébert *et al.*, 2003). Cette évolution cherche à éviter que des ressources coûteuses, comme les urgences ou les centres d'hébergement et de soins de longue durée, soient mobilisés pour des besoins qui trouveraient une réponse plus satisfaisante budgétairement, mais surtout plus adéquate cliniquement et humainement, en mode domiciliaire.

Mais, avec l'avancée en âge et l'intensification de nombreux changements physiques, psychologiques et sociaux se manifestant par l'apparition de maladies chroniques, de diverses incapacités fonctionnelles et de fragilisations sociales, le domicile peut parfois représenter une solution inadaptée. Ainsi, certaines personnes âgées doivent quitter leur milieu de vie naturel pour un milieu substitut; pour les situations cliniques les plus lourdes, la destination sera le CHSLD.

## **2. ORIGINE ASILAIRE DES CHSLD**

Michèle Charpentier (2004) distingue quatre grandes époques dans l'évolution des milieux d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. La première période, qui s'étend de 1900 à 1960, se caractérise par la solidarité familiale et par l'enfermement asilaire des personnes à qui cette solidarité fait défaut. Jusqu'au début des années 1960, la société québécoise fonde son économie sur un mode de production agricole et la famille occupe un rôle prépondérant sur le plan de la solidarité sociale. Ainsi, les personnes âgées peuvent s'appuyer sur les autres générations pour compenser leur perte d'autonomie tout en contribuant selon leurs capacités à la vie domestique de leur milieu. Les paroisses interviennent dans cette solidarité traditionnelle, notamment pour s'occuper des personnes

vivant seules pour qui la solidarité familiale manque. En d'autres termes, le principal facteur d'une admission dans un hébergement collectif relève du contexte social et familial. Il n'existe alors qu'un seul type d'hébergement assurant la prise en charge de ces personnes : les hospices gérés par des communautés religieuses dans lesquels se retrouvent tous les groupes d'âge. Ces endroits regroupent inévitablement toutes les formes d'indigences et n'offrent pas de services spécialisés pour les personnes âgées. Toute l'Amérique du Nord était couverte par ces grands hospices, dont l'effet délétère a depuis longtemps été démontré (Goffman, 1968).

Au cours de la deuxième période, qui va de 1960 à 1980, le Québec connaît un lent mouvement d'institutionnalisation, marqué par une relative professionnalisation et par la médicalisation de l'hébergement. Durant ces années, on assiste à une importante croissance économique. Les coffres de l'État-providence permettent une meilleure prise en charge du domaine sociosanitaire dans un contexte de modernisation des hospices et de construction de foyers pour personnes âgées, qui deviendront plus tard des centres d'accueil. À cette époque, les personnes âgées hébergées, prises dans leur ensemble, sont encore assez autonomes. Mais, selon Charpentier (2004), le nombre de personnes âgées vivant alors en institution au Québec est, toutes proportions gardées, le plus élevé au monde. À la fin des années 1970 et au début des années 1980, une crise économique majeure ralentit cette institutionnalisation massive, à laquelle se juxtapose la croissance démographique de la population âgée. Dans ce contexte, une nouvelle orientation, tout à fait antagonique, voit le jour, encourageant fortement le maintien des personnes âgées dans leur domicile naturel. En parallèle, les établissements publics modifient radicalement leurs critères d'admission, qui tendent à devenir de plus en plus sélectifs, afin d'accueillir seulement les personnes pour qui le maintien à domicile apparaît déraisonnable, voire impossible.

Au cours des décennies 1980 et 1990, qui constituent la troisième période, cette dernière vision s'accroît par une forte désinstitutionnalisation fondée sur la reconnaissance de la valeur de l'hébergement dans la communauté, ce qui en retour favorisera une certaine marchandisation de ce service. Charpentier (2004) parle de « désinstitutionnalisation et de marchandisation » (p. 4) pour décrire la période s'étalant de 1980 à 2000. En fait, l'État se désengage progressivement de ses responsabilités face aux personnes âgées et force les familles à prendre à nouveau le relais. Cette situation profite aux organismes communautaires et aux résidences du

secteur privé. À ce sujet, Mayer (2002) souligne que la désinstitutionnalisation, tant pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale que pour les personnes âgées en perte d'autonomie, comporte certaines limites : «Le problème est que les instances gouvernementales tiennent trop facilement pour acquis la bonne volonté des personnes et des communautés, celles-ci n'ayant pas nécessairement les ressources et les compétences pour s'acquitter avec succès des responsabilités qu'on leur confie» (p. 371).

Charpentier (2004) présente la quatrième période, commençant en l'an 2000 et se poursuivant aujourd'hui, comme étant «l'ère de diversification de l'hébergement» (p. 4). En effet, les modèles de résidences se multiplient suivant des configurations très variées, souvent avec la création de formes de partenariats entre le secteur public et le secteur privé. Cette diversification s'articule en grande partie autour du prolongement du mouvement de marchandisation qui caractérisait l'époque précédente. Toutefois, il faut attendre les années 2000 pour voir apparaître, dans le discours des responsables publics, le souci d'assurer la qualité de ces milieux. Or, à ce chapitre, le passage du discours à l'action apparaît encore incertain en 2013, même si quelques initiatives en ce sens sont observables (mesures d'accréditation, visites d'inspection, etc.). Décrivant cette dernière période, Fournelle (1991) affirme : «L'ère du "Club Med" pour les personnes âgées en centre d'accueil d'hébergement est révolue ; la clientèle institutionnelle sera en réelle perte d'autonomie et elle nécessitera de réels soins d'assistance» (p. 17). Suivant la nouvelle législation en vigueur depuis 1991, les CHSLD doivent remplir la mission de milieu de vie substitut.

Les centres d'hébergement ont connu plusieurs évolutions successives, mais toutes se faisaient à partir de la même origine asilaire. Au terme des travaux de la commission Castonguay-Nepveu (1966-1972), l'État québécois développe un important réseau d'hébergement public pour les personnes âgées : il crée des centres hospitaliers de soins prolongés (CHSP) pour les groupes de personnes âgées en grande perte d'autonomie et des centres d'accueil et d'hébergement (CAH) pour la population âgée plus autonome. Un changement majeur se produit dans les années 1990 avec la commission Rochon (1985-1987), qui procède à la fusion des CHSP et des CAH en des organisations plus grandes, soit les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ces nouvelles institutions ciblent une clientèle de personnes en grande perte d'autonomie. Cette fusion fait définitivement perdre, dans la dénomination, mais pas dans les pratiques, la filiation hospitalière.

De nos jours, au Québec, il existe un vaste éventail de types d'hébergements publics et privés offrant des services et des niveaux de soins qui varient en fonction des besoins d'assistance requis par la personne âgée dont l'autonomie fonctionnelle décline (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b). Dans plusieurs de ces ressources, on retrouve des préposés aux bénéficiaires, dont le niveau de formation et d'expérience varie de manière importante. Les CHSLD accueillent une population en grande perte d'autonomie et dont les capacités cognitives sont souvent fortement atteintes. La mission des CHSLD est définie à l'article 83 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (1991) qui stipule que ces institutions doivent offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut comprenant des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance et des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale. En 2010, le Québec comptait 211 établissements de type CHSLD, dont 126 CHSLD publics, 43 CHSLD privés conventionnés et 42 CHSLD privés non conventionnés. Cela représente un nombre total de 39 500 lits, dont le taux d'occupation annuel, très élevé, se maintient autour de 96 %. Petit à petit, la proportion de personnes âgées vivant en CHSLD est passée de 7 % à moins de 3 %. Derrière cette bonne nouvelle se cache un alourdissement des clientèles hébergées en CHSLD et des clientèles âgées vivant à domicile. Ces clientèles présentent un profil plus lourd de perte d'autonomie fonctionnelle, et l'incidence des maladies amenant des troubles cognitifs continue d'augmenter avec le temps (Vérificateur général du Québec, 2013). Cet alourdissement constant et réel des profils d'autonomie des personnes hébergées exige davantage de la part des préposés aux bénéficiaires dans leur travail.

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (2010b), les personnes âgées de 65 ans ou plus vivent en grande majorité dans leur milieu naturel (87,6 %). Plus précisément, en 2010, 8,7 % d'entre elles vivent dans une résidence privée avec services, 2,9 % vivent dans un CHSLD, 0,5 % dans une ressource intermédiaire (RI) et 0,2 % dans une ressource de type familial (RTF). En dépit du resserrement des critères d'accès au CHSLD, le vieillissement démographique cause une augmentation d'environ 120 % dans les besoins pour ce service d'hébergement à l'heure actuelle, avec un pic qui surviendra autour de 2030.

Les résidences privées avec services pour personnes âgées offrent à leur clientèle, qui peut être autonome ou semi-autonome, divers services (gîte, couvert, sécurité, aide et assistance à la vie domestique, etc.) et ont

plusieurs noms : foyers privés, résidences pour retraités, etc. La grande majorité de ces résidences ne sont soumises à aucun contrôle de l'État. Cependant, certaines sont davantage encadrées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et portent l'appellation CHSLD privé-conventionné. Les ressources d'hébergement de type non institutionnel se divisent en deux types, soit la ressource de type familial (RTF) et la ressource de type intermédiaire (RI) ; ces ressources sont rattachées à un établissement public par contrat de services, ce qui permet une certaine normalisation de leurs pratiques. Les ressources de type familial accueillent des personnes âgées (neuf au maximum) ayant seulement besoin d'un léger soutien dans leurs activités. Pour des personnes présentant une plus grande perte d'autonomie, elles peuvent être accueillies dans des ressources intermédiaires, qui existent sous différentes formes selon les divers profils de perte d'autonomie possibles. Le principe qui guide l'action gouvernementale dans ce domaine consiste à favoriser une meilleure adéquation entre les besoins de services et l'offre de services afin d'éviter que des ressources trop lourdes, et par conséquent nuisibles à l'autonomie des personnes âgées, soient offertes à des usagers possédant encore une bonne autonomie fonctionnelle ou un bon potentiel de récupération.

### **3. NÉCESSITÉ DU CHANGEMENT DANS LA PHILOSOPHIE D'INTERVENTION**

Alors que leur mission se spécialise et qu'elles sont sous le regard de plus en plus critique de la société civile, les organisations de soins de longue durée sont appelées à procéder à des changements radicaux. L'ampleur du changement apparaît d'autant plus grande que le contexte dans lequel évoluent ces institutions est réputé comme étant peu innovant (Rosenfield et Branch, 2005), voire potentiellement maltraitant (McDonald *et al.*, 2008). Ces organisations font l'objet de nombreuses et insistantes critiques de la part des résidents, des familles, des experts et des médias concernant la qualité des soins qu'elles dispensent (Aubry, 2011). L'implantation d'approches de soins fondées sur la philosophie de l'humanité vise une transformation fondamentale de la culture de soins en induisant une condition favorable à ce changement, à savoir l'instauration du principe voulant que la personne aînée doive être considérée non plus comme un patient, mais bien comme un résident ; ce faisant, l'établissement devient moins un lieu de traitement qu'un milieu de soutien à la vie des résidents.

La culture organisationnelle régnant dans ces organisations, réputées pour être peu enclines au changement, s'explique en partie par le fait qu'elles sont fortement hiérarchisées et autocratiques (Benbow, 2008). Cet autocratie provoque un manque de communication entre le personnel soignant et le personnel de gestion (Ragsdale et McDougall, 2008), entraînant un manque de respect des superviseurs envers le personnel, accompagné d'un manque de reconnaissance de leur travail, d'une faible autonomie et d'un nombre réduit d'occasions de contribuer à la définition des plans de soins (Kinjerski et Skrypnek, 2008). Une telle philosophie de gestion est ancrée dans ces organisations depuis plus de 30 ans, comme le démontre l'étude classique de Sbordone et Sterman (1983), qui identifiait l'emploi de renforcements négatifs et de punitions comme étant le principal mode de contrôle des employés dans ces établissements de soins et de santé. Ces difficultés proviennent historiquement d'un modèle asilaire et hospitalier où une culture de gestion *top-down* rend plus ardue la participation des résidents et du personnel soignant (Kelly et McSweeney, 2009). Les membres du personnel soignant sont fréquemment oubliés par l'organisation dans les efforts d'amélioration de la qualité, et ce, même si ce sont les personnes qui passent le plus de temps auprès des résidents (Horn *et al.*, 2010). Ainsi, ces organisations habilite (*empowerment*) insuffisamment leur personnel soignant (Yeatts *et al.*, 2004). Selon Kane (1994), il y a même une homologie entre l'impuissance des préposés aux bénéficiaires et l'impuissance des résidents. Par le fait même, ces organisations sont considérées comme des milieux propices à la dépersonnalisation, à un accomplissement professionnel diminué, à une insatisfaction professionnelle nuisant à l'engagement et à l'épuisement professionnel (Tellis-Nayak, 2007). Cette analyse conforte la conception selon laquelle les allégations de maltraitance dont font l'objet les préposés aux bénéficiaires peut s'expliquer en partie par la domination dont ils sont aussi les victimes.

La mauvaise qualité des formations professionnelles, qui se traduit par une pénurie de main-d'œuvre qualifiée, ajoute à ces problèmes, tout comme les difficiles conditions de travail, le taux important de lésions professionnelles et le niveau élevé d'absentéisme caractérisant les milieux de soins (Grenier, 2008). La mauvaise qualité du travail d'équipe et le manque de communication interprofessionnelle entravent sérieusement le développement, l'application et le partage des bonnes pratiques (Benbow, 2008). De surcroît, la communication entre le personnel et les résidents peut être qualifiée de pauvre (Masso et McCarthy, 2009), ce qui entraîne une méconnaissance générale des attentes des résidents

(White-Chu *et al.*, 2009). Dans ce contexte, les processus effectifs de soins sont axés sur les problématiques de santé définies par l'organisation au détriment des besoins psychosociaux des résidents (Boyd, Luetje et Eckert, 1992). Selon Kelly et McSweeney (2009), une culture de soins autoritaire fait en sorte que les routines de travail sont souvent organisées au bénéfice de l'organisation et du personnel plutôt qu'en fonction des besoins du résident. Plusieurs organisations tiennent des horaires (alimentation, élimination, bain, sommeil, activités) privilégiant l'efficacité de la tâche aux dépens des choix du résident (Robinson et Rosher, 2006). De façon générale, l'adoption dans la pratique d'une logique de *doing for* au lieu d'une philosophie de *being with* a comme principale conséquence une ignorance par le personnel soignant des conduites d'autonomisation des résidents (Masso et McCarthy, 2009), entraînant (involontairement) une diminution de l'autonomie des personnes âgées (Sbordone et Sterman, 1983) et un faible niveau de la qualité des soins (Kinjerski et Skrypnek, 2008).

#### **4. DÉFI DE LA QUALITÉ EN CHSLD**

Pour durablement prendre le virage de la qualité, les organisations comme les CHSLD sont appelées à engager des processus de changement de différentes natures, et ce, afin de revoir la configuration de leurs infrastructures (Brush *et al.*, 2008) et d'implanter de nouveaux programmes de soins (Shanley, 2007), de nouvelles structures de ressources humaines (Brush *et al.*, 2008), de nouveaux modèles de gestion (Ramarajan, Barsade et Burack, 2008), des programmes de formation (Levenson, 2010), de nouvelles façons de cerner le but premier des soins (Feldman et Kane, 2003) et de nouvelles philosophies de soins mieux adaptées aux besoins biopsychosociaux de leurs résidents (Levenson, 2010). En ce qui concerne les gestionnaires, la transition culturelle vers une philosophie dite *resident-centered* ou *homelike* suppose qu'ils comprennent que le bien-être des résidents est tributaire du bien-être du personnel (Tellis-Nayak, 2007) et que la qualité de vie et la qualité de soins sont étroitement liées (Levenson, 2009). Du reste, les organisations de soins de longue durée réussissant à établir des relations positives entre leurs gestionnaires et leur personnel, idéalement au moyen d'une gestion participative, augmentent la satisfaction au travail et diminuent le roulement de leur personnel (Kinjerski et Skrypnek, 2008).

Dans le secteur de la santé, les processus de changement sont reconnus pour être des entreprises complexes qui engendrent le plus souvent des échecs (Masso et McCarthy, 2009). La qualité intrinsèque d'une innovation ne semble pas constituer un prédicteur de sa bonne implantation, ce qui milite en faveur d'un effort plus soutenu sur le plan de l'accompagnement de l'implantation de cette innovation par des mesures de soutien particulières (Greenhalgh *et al.*, 2004). Les CHSLD ne font pas exception à la règle, car, la plupart du temps, les programmes de changement conduits dans ces établissements échouent, produisent des résultats modestes ou ne sont même pas évalués, voire engendrent une série de conséquences négatives (Hill *et al.*, 2005 ; Kato *et al.*, 2008 ; Masso et McCarthy, 2009). D'ailleurs, les CHSLD se sont montrés historiquement résistants aux changements incrémentaux et davantage encore aux changements à grande échelle (Rosenfield et Branch, 2005). En termes de changement de culture, la recension des écrits effectuée par Masso et McCarthy (2009) remet même en doute l'efficacité des innovations implantées en Australie et aux États-Unis depuis plus de 20 ans. Les gestionnaires ne semblent pas avoir trouvé les moyens d'améliorer durablement la qualité de leur organisation et la gestion à courte vue semble toujours prédominer sur la gestion à long terme (Wiener, 2003).

## **5. IMPLANTATION DE L'APPROCHE MILIEU DE VIE AU QUÉBEC**

Les approches de type *homelike*, comme l'approche Milieu de vie, se fondent sur un principe central voulant que le lieu d'hébergement substitut doive être considéré comme un milieu de vie orienté d'abord et avant tout sur les besoins de la personne, grâce à une politique institutionnelle de prise en compte de la volonté des personnes hébergées et de respect de leur identité, de leur dignité et de leur intimité (Patrick, 1997). Cela converge avec les plus récents modèles conceptuels de la qualité des services (p. ex., le modèle de l'Organisation mondiale de la santé [2002b]). Ces approches possèdent un double ancrage, d'abord la nécessité d'un système axiologique cohérent autour du principe supérieur du respect des choix exprimés par les résidents et leurs proches, ce qui relève d'une éthique clinique de la bienfaisance et du respect de l'autonomie, ensuite l'obligation de transformations organisationnelles et professionnelles qui concernent les

stratégies managériales, l'attribution des ressources, les conditions de travail et les réelles conditions de vie des résidents (alimentation, environnement physique, sécurité, etc.).

Au Québec, l'approche Milieu de vie est une innovation qui peut être considérée comme étant de basse intensité. En effet, elle se présente comme un énoncé général d'orientation émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux auquel sont associés un corpus de principes cohérents et un dispositif de monitoring du niveau d'implantation. Une innovation de plus haute intensité comporterait en plus un dispositif d'accompagnement, des ressources dédiées, des outils d'aide à l'implantation, du personnel spécialisé dans le changement visé, des indicateurs d'opérationnalisation, une stratégie de formation de la main-d'œuvre, etc. En fait, comme le Ministère a choisi une stratégie de basse intensité, l'approche Milieu de vie en appelle d'abord et avant tout à la bonne volonté des acteurs locaux pour inventer des réponses locales à la demande ministérielle. Dans ce contexte, les acteurs locaux sont appelés à prendre une posture inventive. À ce sujet, nous pensons qu'une étude des effets concrets des initiatives prises par les acteurs locaux sur le terrain pourrait permettre de nourrir très positivement une stratégie de transférabilité des succès locaux. Toutefois, certaines résistances d'ordre institutionnel, volontaires et involontaires, découlant de l'héritage de la culture hospitalière de ces établissements, ont entravé le déploiement de l'approche (Conseil des aînés, 2007).

Selon les orientations ministérielles, l'approche Milieu de vie a pour objectif général l'instauration d'un milieu de vie de qualité pour les résidents par une transformation des pratiques professionnelles et un changement de « culture » organisationnelle nécessaire à la redéfinition de la fonction même des centres d'hébergement (Fahey, 2003). En ce sens, le ministère de la Santé et des Services sociaux (2003) affirme que

la personne hébergée a droit à un milieu de vie de qualité où on lui prodigue des soins et des services de qualité. Elle doit se sentir intégrée à la vie de communauté, selon les ressources et les disponibilités, et continuer d'évoluer, ce qui suppose que ce milieu soit le plus possible en lien avec sa vie antérieure (p. 4).

Malgré le chemin parcouru dans ce domaine, les visites d'appréciation (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 2010b) des CHSLD engagés dans cette voie ont bien montré que, même si le personnel assure efficacement les soins de base des résidents, les pratiques effectives ne sont pas suffisamment orientées sur les principes de l'approche Milieu de

vie. Cette situation serait attribuable en partie aux conditions de travail des intervenants et à la pénurie de personnel (Grenier, 2004) et à un accompagnement du changement modeste (Boudjémaa, 2013). En fait, tout cela se situe en phase avec la situation observée sur le plan international (Verbeek *et al.*, 2008). Au demeurant, le dernier bilan ministériel fait état de grandes disparités quant au degré d'implantation des orientations ministérielles dans les établissements. En effet, 19 % des CHSLD ont mis en place ces orientations dans une proportion de moins de 60 % et 17 % des CHSLD ont atteint un taux de 80 % ou plus d'implantation. La majorité des CHSLD, soit 63 %, ont atteint un niveau d'implantation des orientations ministérielles se situant entre 60 et 79 % (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b). De plus, toujours d'après le bilan ministériel, des efforts considérables doivent toujours être déployés en ce qui a trait à l'environnement physique (p. ex., les travaux de rénovation et d'aménagement), à l'environnement organisationnel (p. ex., la mise à jour des plans de soins), aux services et aux activités (p. ex., la personnalisation des soins) et à l'environnement humain (p. ex., le respect des habitudes de vie des résidents) (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b). Cependant, il faut bien voir que ce bilan, certes fort utile, a été effectué à partir d'une liste de vérification en mode présence/absence des composantes de l'innovation et à partir d'entretiens, sans égard aux effets réels de ce qui est observé ou déclaré relativement à la qualité des services. Dès l'étape pilote de l'implantation, plusieurs problèmes ont surgi, concernant principalement la difficulté de modifier de façon substantielle l'organisation du travail (Fournelle, 1991 ; Grenier, 2004). Par exemple, les résidents souhaitent que leur relation avec les soignants soit pour ainsi dire stabilisée ; en particulier, certains résidents désirent être lavés par une seule personne (Larochelle et Bussièrès, 2007). Toutefois, il s'avère difficile de répondre favorablement à ces demandes en raison de l'interdépendance des services et de la lourdeur de l'organisation du travail (Boudjémaa, 2013). En fait, l'implantation d'innovations de ce type se fait le plus souvent à conditions constantes. Nous pensons ici à la formation des préposés aux bénéficiaires, qui n'a pas suivi la demande. Pourtant, dans un pays comme les États-Unis, la formation de ce personnel est clairement considérée comme un facteur déterminant dans la capacité des institutions d'hébergement et de soins de longue durée à effectuer un changement dans leur culture organisationnelle (Cready *et al.*, 2008). Mis à part les travaux sur l'importance de la formation du personnel dans un contexte d'implantation de l'approche Milieu de vie, peu de recherches s'intéressent aux stratégies d'adaptation organisationnelle lors de la mise en place de cette approche. Par ailleurs, l'absence d'un dispositif

d'accompagnement du changement a fait l'objet de sérieuses critiques concernant la mauvaise et surtout la partielle implantation de l'approche Milieu de vie. Pour d'aucuns, les orientations ministérielles relatives à la mise en place de cette approche sont venues bousculer les intervenants, historiquement absents de l'organisation du travail.

Ainsi, l'approche Milieu de vie a fait l'objet d'un message relativement fort de la part des instances ministérielles, bien qu'elle ait été peu opérationnalisée sur le terrain à travers des moyens dédiés, à l'exception du monitoring lointain de son implantation. Selon les directives du Ministère, l'approche Milieu de vie doit être implantée partout, mais sans pour autant que des ressources d'accompagnement aient été prévues à cette fin. Pourtant, cet accompagnement constitue une condition très favorable à l'implantation de ce type d'approche dans les CHSLD.

## **CONCLUSION**

Deux grandes conclusions peuvent être tirées de nos précédents propos. En premier lieu, les organisations de soins de longue durée apparaissent comme des lieux qui doivent connaître une évolution importante pour quitter cette attribution de maltraitance institutionnelle dont ils font l'objet, notamment dans les médias. En second lieu, les préposés aux bénéficiaires se trouvent directement sur la ligne de feu. Cette position provient de deux conditions structurelles contradictoires. Tout d'abord, les préposés aux bénéficiaires se situent à l'avant-poste des pratiques de soins ; plus particulièrement, ils sont placés entre le système d'intervention d'une part et le résident et sa famille d'autre part. Ensuite, on les exhorte à prendre une responsabilité individuelle dans la qualité de soins alors même que les CHSLD entravent leur capacité de professionnalisation. Ainsi, les préposés aux bénéficiaires sont doublement victimes de leur milieu institutionnel. D'un côté, ils souffrent d'un travail difficile, en raison notamment de l'organisation du travail. D'un autre, on leur demande de se constituer en fer de lance de la rénovation des pratiques de soins, par des formations fondées sur une stratégie attitudinale affirmant qu'ils sont maîtres de leurs gestes professionnels.



## LE POINT DE VUE DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES CONCERNANT L'APPROCHE MILIEU DE VIE EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)

*Malika BOUDJÉMAA*

*Yves COUTURIER*

Le présent chapitre présente le point de vue des préposés aux bénéficiaires œuvrant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) à propos de la mise en œuvre d'une philosophie visant à humaniser leurs pratiques de soins, à savoir l'approche Milieu de vie. Le vieillissement démographique connaît un essor considérable depuis plusieurs décennies. Au Québec, les statistiques révèlent que l'espérance de vie a augmenté de plus de cinq ans entre 1981 et 2006. Autour de l'année 2030, les autorités québécoises devront faire face au défi posé par la présence de quelque 2,2 millions de personnes âgées, comparativement à 1,2 million en 2006 (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a). Pour toute personne, avec l'avancée en âge, les risques de maladies chroniques et les risques

de pertes d'autonomie fonctionnelle, physique et cognitive s'accroissent. Cependant, Mayer (2002) et Charpentier (2004) soulignent que le maintien à domicile d'une personne âgée, qui se fait en grande partie grâce à la contribution des familles, comporte certaines limites et qu'une entrée en institution peut parfois s'avérer nécessaire pour la personne concernée.

En 2010, 87,6 % des personnes âgées vivaient dans leur domicile (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011), alors que la majorité des autres demeuraient dans des résidences ou des ressources dites intermédiaires. Le taux d'hébergement en CHSLD avoisine 2,6 % de la population de plus de 65 ans en 2013, alors qu'il était de 3 % en 2009 (Laramée, 2010). Toutefois, le resserrement des critères d'accès aux CHSLD produit un alourdissement clinique de leurs clientèles. La personne âgée qui doit entrer en institution vit une épreuve difficile en raison des nombreuses pertes qu'elle doit surmonter ; elle doit faire le deuil de son domicile et de ses rôles sociaux. Elle doit également s'adapter à une vie en collectivité auprès de personnes souffrant elles aussi d'une perte d'autonomie. De surcroît, elle doit subir des journées rythmées en fonction de l'organisation des services offerts dans l'établissement plutôt que selon ses besoins (heures des soins, heures des repas, heures de distribution des médicaments, etc.). Selon Wilson *et al.* (2007), l'entrée en institution comporte des effets particulièrement iatrogènes chez des personnes qui sont déjà fragilisées. Or, en réponse à cette préoccupation, diverses stratégies d'humanisation des soins ont été explorées dans les CHSLD depuis les années 1980.

Ce chapitre porte sur la concrétisation d'une de ces approches humanisantes promues depuis 2003 par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en l'occurrence l'approche Milieu de vie (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Cette approche vise une amélioration de la qualité de vie des personnes âgées résidant dans ces milieux en transformant la logique d'organisation des services historiquement axée sur les soins, héritière du modèle hospitalier, en logique orientée sur les besoins des résidents (Grenier, 2004). Même si le but premier de cette recherche consiste à mieux comprendre le point de vue des préposés aux bénéficiaires concernant la mise en œuvre de cette approche dans les CHSLD, recueillir une réalité plurielle et proche du quotidien vécu par les résidents, nous ne négligerons pas pour autant, bien au contraire, les opinions respectives des infirmières, des infirmières auxiliaires, des préposés à l'entretien ménager et des préposés à la cuisine.

## 1. APPROCHE MILIEU DE VIE

Les conditions de vie des personnes âgées vivant en institution soulèvent des questionnements depuis quelques décennies chez les chercheurs et les politiciens. Dès les années 1960, quelques textes scientifiques et quelques documents gouvernementaux évoquent la nécessité d'humaniser les institutions (p. ex., l'ouvrage classique d'Erving Goffman, paru en 1961, puis réédité et traduit maintes fois depuis). Dans cette perspective, les politiques d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie se développent au Québec et évoluent progressivement vers la prise en compte des approches humanisantes, parmi lesquelles l'on remarque l'approche relationnelle de soins et l'approche prothétique élargie. Cependant, aucune définition ni orientation explicite n'est alors proposée aux CHSLD. L'expression *milieu de vie* est néanmoins adoptée spontanément par les directions de certaines de ces institutions, qui prennent l'initiative de mettre en place localement de nouveaux programmes afin d'améliorer le quotidien des résidents, mais il n'en reste pas moins que le fonctionnement d'inspiration hospitalière perdure sur le terrain (Pineault, 1999).

Dans cette perspective, la Fédération québécoise des centres d'hébergement et de soins de longue durée (FQCHSLD) publie en 1995 un guide afin de donner des lignes directrices pour que les CHSLD évoluent vers un mode d'action plus proche des principes Milieu de vie. Du point de vue de cet organisme, le rôle d'un CHSLD est de «recréer un milieu de vie qui soit le plus possible adapté aux besoins et aux désirs de la personne en perte d'autonomie, à l'intérieur des contraintes de la vie en groupe» (FQCHSLD, 1995, p. 18). Soulignons que la Fédération appelle du même coup à l'élaboration d'un code d'éthique et d'une charte des droits des usagers. Ces normes constitueront la clé de voûte de la définition d'une philosophie d'intervention davantage orientée sur le respect de la personne âgée et d'une vision managériale axée sur une gestion plus participative. Ces recommandations ont inspiré les orientations de 2003 du ministère de la Santé et de Services sociaux concernant l'approche Milieu de vie. Dans ces orientations, le CHSLD est promu comme un lieu

où le résident se sent «chez lui» et est valorisé comme membre de la collectivité. Pour réaliser un tel milieu de vie, nous devons continuellement être à l'écoute des résidents et de leur famille, les respecter et adopter une approche personnalisée dans l'ensemble

de nos actions et de nos décisions quotidiennes. Nous améliorerons ainsi la qualité de vie et la satisfaction de tous (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006a, p. 4).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (2003) voit en l'approche Milieu de vie une avenue prometteuse permettant de

contrer les effets pervers de l'institutionnalisation, il devient impératif de combattre la dépersonnalisation souvent associée à des horaires rigides et à l'environnement physique non stimulant du milieu institutionnel traditionnel en promouvant la création d'un environnement favorable à répondre le mieux possible aux besoins des résidents (préface).

Toutefois, ce n'est qu'en 2003 que le ministère de la Santé et des Services sociaux propose ses orientations pour définir de manière plus précise l'approche Milieu de vie. Dorénavant, les CHSLD doivent appliquer une approche centrée sur le résident et caractérisée par sa dimension globale (la personne hébergée est un individu à part entière), personnalisée (respect de ses habitudes de vie), adaptée à ses besoins, positive (stimulation de ses capacités et forces restantes), participative (implication du résident et de ses proches dans les décisions concernant le résident) et interdisciplinaire.

En CHSLD, l'intégration d'un nouveau résident doit se préparer avant même son entrée en institution, d'où l'importance de la qualité de l'accueil et du plan d'intervention fait après l'accueil. En outre, en vertu de cette nouvelle philosophie de soin promue par l'approche Milieu de vie, les intervenants sont appelés à une contribution élargie, quels que soient leur profession ou leur métier, dans les soins. Plus particulièrement, ils doivent jouer un rôle d'accompagnateur auprès des résidents dans le maintien de leur autonomie fonctionnelle. Enfin, l'ensemble des intervenants doit être sollicité par la direction de l'établissement dans une démarche participative de mise en œuvre de l'approche, ce qui implique une valorisation de leurs fonctions, l'offre de suivre des formations adaptées, l'instauration d'une charte des droits des résidents et l'adoption d'un code d'éthique, ces deux dernières mesures leur donnant des repères pour leurs interventions. Pour leur part, les gestionnaires doivent s'engager activement dans l'implantation de l'approche pour que toute l'organisation soit au même diapason.

Si l'on connaît les principes fondant l'approche et quelques principes pour soutenir sa mise en œuvre efficace, peu de travaux ont porté sur le point de vue des préposés aux bénéficiaires sur les effets de l'implantation de l'approche Milieu de vie sur leur pratique.

## **2. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE**

Pour contribuer à combler cette lacune, nous avons mené une étude dans laquelle nous avons utilisé une démarche qualitative de type exploratoire et descriptif. Nous avons ciblé la population des préposés aux bénéficiaires travaillant en CHSLD puisque, comme nous l'avons déjà souligné plus haut, ces derniers agissent en tant qu'acteurs de premier plan auprès des résidents vivant dans ces établissements. En effet, c'est à travers leurs gestes et leurs paroles que l'approche Milieu de vie peut prendre concrètement son sens. Notre lieu de recherche est un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) situé dans la région de Montréal et comptant quatre CHSLD. Nous avons choisi de composer notre échantillon avec des intervenants occupant des fonctions diverses au sein de ces CHSLD, dans un souci de recueillir une réalité plurielle et proche du quotidien vécu par les résidents : les préposés aux bénéficiaires, les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés à l'entretien ménager chargés du nettoyage des chambres et des couloirs dans les unités. En passant, mentionnons que, à des fins de clarté, nous emploierons le genre masculin pour désigner les préposés aux bénéficiaires même s'il s'agit en réalité d'un métier à forte prédominance féminine. Dans chaque CHSLD, nous avons recruté un intervenant par catégorie. Nos répondants possèdent plus de 10 années d'expérience dans le milieu des CHSLD. Par ailleurs, nous avons pu constater que la grande majorité des participants sélectionnés pour notre recherche détiennent un diplôme.

La collecte de données s'est effectuée auprès de seize intervenants. Nous avons conduit des entrevues semi-dirigées en face-à-face. Ce type d'entrevues permet de décoder ce que pense l'autre, à partir des mots et des expressions (Savoie-Zajc, 2009). Nous avons construit une grille d'entrevues comprenant 21 questions ouvertes. Les entrevues, d'une durée moyenne de 60 minutes, ont été menées durant le temps de travail des participants dans leur CHSLD respectif.

Nous avons réalisé une analyse thématique de contenu de ces discours (Bardin, 2003), au sens où l'entendent Paillé et Mucchielli (2008) : «L'analyse va en effet faire appel, pour résumer et traiter son corpus, à des dénominations que l'on appelle thèmes» (p. 13), c'est-à-dire à «un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant tout en fournissant des indications sur la teneur des propos» (p. 132).

Le CSSS à l'étude possède une capacité d'hébergement d'environ 600 personnes dans quatre CHSLD distincts ; deux de ces centres ont une capacité de 70 lits, et les deux autres établissements comptent respectivement 197 et 277 lits. La grande majorité des chambres sont simples, c'est-à-dire prévues pour un seul occupant, et les résidents sont libres de les meubler et de les décorer à leur goût. Pour les quatre CHSLD, il existe un seul comité Milieu de vie ; composé de 55 membres, il comprend des représentants des proches aidants, des gestionnaires et du personnel.

### **3. CHANGEMENTS PERÇUS PAR LES RÉPONDANTS**

Les répondants ont noté plusieurs changements, même si ceux-ci ne modifient pas en profondeur la structure générale de l'organisation du travail dans leur établissement.

#### **3.1. MISE EN PLACE DE CAUSERIES**

Les causeries sont des rencontres régulières entre résidents et gestionnaires qui visent à parler librement des besoins des usagers sans que cela soit inscrit dans une logique de plaintes (commissaire aux plaintes et à la qualité de services) ou dans une logique de représentation politique traditionnelle (comité des usagers, comités des résidents). S'ajoutant à d'autres dispositifs institués par la loi, les causeries cherchent à agir sur une base volontaire et de façon proactive sur des situations que l'on peut modifier rapidement. Un des intervenants parle de la nature de ces causeries : « *Ce sont les résidents qui sont capables de s'exprimer avec les chefs d'unités, les coordonnateurs, les intervenants* » (préposé aux bénéficiaires). Par exemple, ces causeries ont permis d'agir de gré à gré sur la question délicate du respect des morts :

*On a changé beaucoup de choses en pensant aux résidents : les causeries, quand les résidents ont parlé juste de la fin de vie, ils ont demandé de ne plus voir le corps d'un résident mort, qui sort [sans cérémonie], de l'habiller d'un beau tissu juste par respect pour la personne qui est décédée, et pour les autres, qu'ils voient aussi le corps partir de façon plus humaine (infirmière).*

### 3.2. PLANS D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE (PII)

En vertu de la loi régissant l'hébergement, un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) doit être élaboré pour chaque personne hébergée. Ce plan implique tous les acteurs qui doivent dispenser des soins et des services à la personne. Dorénavant, la confection de ce plan d'intervention inclut la participation pleine et entière des préposés aux bénéficiaires, dont on reconnaît par le fait même la contribution clinique et la pertinence de leur jugement concernant les besoins des personnes hébergées. Du reste, plusieurs préposés aux bénéficiaires sont nommés pour représenter la personne hébergée lors des rencontres pour le plan d'intervention interdisciplinaire. Selon les propos recueillis auprès des participants, les plans d'intervention interdisciplinaire semblent bénéfiques aux résidents puisque ces derniers peuvent, dans le cadre de ces rencontres, exprimer librement leurs attentes et leurs besoins : *« On leur demande à la réunion, s'ils sont heureux, s'ils sont bien ici, ce qu'ils aimeraient de plus – pas ce qu'ils n'aiment pas, mais ce qu'ils aimeraient de plus »* (infirmière). De plus, la participation active des physiothérapeutes et des ergothérapeutes à l'élaboration des plans d'intervention interdisciplinaire permet aux préposés aux bénéficiaires de prolonger et d'appliquer l'enseignement clinique reçu de ces professionnels. Par exemple, les préposés peuvent encourager les résidents à faire des exercices : *« Il y a un service d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes. Les gens aiment vraiment beaucoup faire ça, faire des exercices »* (préposé aux bénéficiaires). De même, les préposés peuvent aider les résidents à maintenir leur autonomie durant les toilettes : *« Si un monsieur veut faire sa barbe, on le laisse faire sa barbe ; il y a une supervision de temps en temps, on va laisser faire ce que la personne peut faire, il garde son autonomie »* (préposé aux bénéficiaires).

### 3.3. ASSOULISSEMENT DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Chez certains préposés aux bénéficiaires, on constate un assouplissement des horaires régissant les soins et services (heure du lever et du coucher, heure du bain, etc.).

*Avec le milieu de vie, c'est l'horaire flexible qui a changé, je trouve, pour les résidents. C'est que la résidente qui veut manger plus tard maintenant, il n'y a plus de problème : on a des fours micro-ondes, comme je disais, on garde le cabaret. Le cabaret monte quand même*

*d'en bas, sauf que nous, on le garde ; on le met au frigidaire et, si elle aime, on va lui faire chauffer ses choses. On a du pain qui n'a pas été rôti. Ça, c'est grâce aux changements (préposé aux bénéficiaires).*

Toutefois, d'autres préposés aux bénéficiaires prétendent que le résident a toujours été écouté et que les heures d'activité pouvaient être assouplies à la demande d'un résident : « *Ça se faisait avant, oui* » (infirmière). Toutefois, il est permis de croire que l'approche Milieu de vie a grandement contribué à assurer la pérennité et la stabilité de ces pratiques en faveur des résidents, ce qui semble être apprécié par certains préposés :

*Ils ont un peu changé nos horaires parce qu'avant, c'était de 7 h 30 à 3 h 30, mais plus ça va, plus la clientèle qui rentre, c'est des résidentes qui font comme des petites démences Alzheimer, des choses comme ça, ils se lèvent très tôt le matin. Avant, ça finissait à 3 h 30. Les changements d'horaire, c'est pour s'adapter à la nouvelle clientèle, sinon la résidente, elle serait insécure [sic]. Si elle se réveille à 6 h, puis elle, elle a besoin d'aide à 6 h, il y a juste le personnel de nuit, ils ne peuvent pas... s'il y en a dix qui se lèvent à 6 h, ils ne peuvent pas. Alors, ils ont changé ça en fonction de la nouvelle clientèle qui rentre (préposé aux bénéficiaires).*

Des intervenants nous expliquent qu'il est plus facile maintenant pour les résidents de rester dans leur chambre pour manger s'ils le souhaitent. Par contre, d'autres intervenants ont dit que ce type de service doit se justifier et qu'il ne peut être offert régulièrement en raison des effectifs insuffisants. Par ailleurs, la majorité des répondants estiment qu'avec l'implantation de l'approche Milieu de vie, les résidents peuvent profiter d'un plus grand nombre d'activités : « *Je trouve qu'il y a beaucoup plus de loisirs qu'avant. [...] Avant, il n'y avait rien, quasiment rien* » (préposé aux bénéficiaires).

Les préposés aux bénéficiaires mentionnent que l'accueil des nouveaux résidents a connu des améliorations en ce qui a trait aux informations qui leur sont transmises à propos du résident entrant en institution, ce qui leur permet d'adopter dès les premiers soins et les premiers services une approche plus personnalisée avec chacun d'entre eux. Avant la mise en place de l'approche Milieu de vie, l'accès aux informations était limité presque exclusivement aux infirmières. Ce changement montre une autre retombée positive de l'approche, à savoir une meilleure reconnaissance des préposés aux bénéficiaires dans la prise en charge des résidents. « *On a plus d'informations. [...] Ça, c'est un beau changement positif* » (préposé aux bénéficiaires). Enfin, les premières rencontres entre les différents intervenants et le nouveau résident sont mieux planifiées et s'étendent sur

une plus grande période, au lieu d'être condensées en une même journée : *«Oui, avant, les résidents arrivaient, on était tous après eux autres. Tu viens d'arriver, tu es tout stressé, tu viens de changer de place, tu arrives dans un autre milieu, puis tout le monde est là. Ce n'était pas correct»* (infirmière).

Avec la mise en place de l'approche Milieu de vie, il semble que les familles adressent davantage la parole aux préposés aux bénéficiaires afin d'obtenir des renseignements au sujet de leur proche. Auparavant, seules les infirmières faisaient office de personne-ressource à cet égard. Certains préposés aux bénéficiaires apprécient cette marque de reconnaissance de la part des familles. Ce changement est soutenu et encouragé par les formations internes et par la nouvelle pratique des plans d'intervention interdisciplinaire : *«Oui, par les formations, le Milieu de vie, il fallait que ça change. Maintenant, les préposés, on s'est aperçu qu'on a une importance, et on a vu les réactions des familles. Je suis donc content»* (préposé aux bénéficiaires).

De même, les infirmières et les infirmières auxiliaires ont connu certains changements dans leur travail après l'implantation de l'approche Milieu de vie. Ainsi, elles adaptent certains soins selon les souhaits de la clientèle, par exemple la passation des médicaments à l'heure souhaitée par le résident. *«Il y a des changements, mais le quotidien est quand même pareil. [...] Je suis infirmière. La pilule de 9h, il faut qu'elle soit donnée à 9h. Mais, par contre, il y a de l'assouplissement ; on va dire : "Madame X veut ses pilules à 10h, et on va l'accommoder"»* (infirmière). Par ailleurs, il est intéressant de remarquer, à travers les propos d'un préposé aux bénéficiaires, que les infirmières elles aussi auraient changé d'attitude à l'endroit des résidents : *«Maintenant, elles nous disent : "Écoutez, ils sont chez eux ; s'ils veulent rester couchés l'après-midi, c'est rester couché, vous êtes chez vous"»* (préposé aux bénéficiaires).

Toutefois, les préposés aux bénéficiaires sont unanimes pour dénoncer l'alourdissement de la clientèle et la rigidité de l'organisation du travail. Tous font part de leur bonne volonté envers le projet de changement porté par l'approche Milieu de vie, mais ils déplorent le manque de temps pour le mettre en pratique. Certains participants disent se sentir conditionnés dans l'exécution de tâches techniques, alors que, selon leur conception du soin, les relations interpersonnelles avec les résidents sont primordiales et mériteraient d'être prises en compte dans le temps prévu pour faire les toilettes : *«On n'a pas le temps, comme on dit ; aller faire*

*du talking, faire du tender loving care, on aimerait tellement*» (préposé aux bénéficiaires). Sur ce point, une formation permettrait de renforcer la bonne volonté manifestée par les préposés aux bénéficiaires : *«Avec les cours qu'il y a, veux, veux pas, on a des outils qu'on n'avait pas. Tu sais, alimenter une résidente... j'alimentais deux résidentes en même temps ; maintenant, on ne fait plus ça, grâce au Milieu de vie*» (préposé aux bénéficiaires). Donc, en ce qui concerne les préposés aux bénéficiaires, il semble que l'approche Milieu de vie leur permette d'exercer leur métier comme ils le souhaitent depuis longtemps. Toutefois, en raison de la forte inertie caractérisant l'organisation du travail, cette approche est vue comme appartenant au registre du discours de principe insuffisamment opératoire, voire purement rhétorique, incapable de faire advenir dans la réalité ses prétentions. En fait, ici, ce n'est pas l'approche qui est remise en cause, mais bien une certaine incohérence sur le plan des décisions managériales, qui se traduit par un écart entre le principe et la réalité dans les pratiques sur le terrain.

Outre l'organisation du travail, certains répondants rappellent que la continuité du modèle hospitalier n'est pas sans jouer un rôle et que, par conséquent, l'on ne saurait tout résumer à une question de résistance au changement, voire d'incompétence managériale. Ainsi, un préposé aux bénéficiaires a rappelé l'impossibilité de laisser la médication à disposition d'un résident même si celui-ci a la capacité de la prendre sans aide, et ce, par mesure de sécurité dans un contexte d'espace collectif d'habitation : *«Même si quelqu'un est autonome, il ne peut pas prendre ses médicaments seul. Oui, question de sécurité, il n'y a aucune médication qui reste dans les chambres, même les pompes*» (préposé aux bénéficiaires). Plus fondamentalement, l'on retrouve en CHSLD une interdépendance fonctionnelle des services qui est difficilement réductible. Par exemple, les heures des repas sont souvent trop rapprochées pour les résidents, mais, dans le service de la cuisine, il est difficile de faire autrement : *«Avec la cuisine, ils ne pouvaient mettre plus tard que ça ; c'est sûr qu'ils ne peuvent pas aller plus tard que ça, car c'est une chaîne qu'ils font, il manque de personnel*» (préposé aux bénéficiaires). Un répondant donne l'exemple concret d'une situation où une résidente souhaite porter telle robe le lendemain ; si la famille n'en prend pas la responsabilité, tout va dépendre des heures de la buanderie. Cette interdépendance n'est pas seulement fonctionnelle, elle découle aussi du caractère collectif de l'habitat.

*Il y a certaines choses, c'est primordial, il faut vraiment le faire, il faut mettre [des limites]. Comme quelqu'un qui ouvre sa télé à minuit, il n'y a pas de milieu de vie là-dedans, l'autre veut dormir! Vous comprenez? [...] Vous vivez en communauté, vous vivez en communauté. [...] Dans le vrai monde, ça ne sera jamais comme un milieu de vie chez toi; chez toi, tu es chez toi, c'est ta maison. Ce n'est jamais pareil, mais on essaie que cela soit agréable pour eux autres (infirmière auxiliaire).*

En outre, la mixité des clientèles ajoute à cette difficulté :

*Même si tu as quelqu'un Alzheimer qui est capable de se bouger, l'autre qui est très lucide ne se joindra pas au groupe parce qu'elle ne se voit pas malade. Vous comprenez, elle, elle a vraiment l'impression d'être dans un asile, ça fait qu'elle ne se mêle pas au groupe. Ils ne vont pas jouer au bingo parce que, habituellement, ils ne viennent pas manger dans la salle à dîner, ça crie trop, puis, les résidents, ils savent; ils vont rester dans leur chambre (préposé aux bénéficiaires).*

### **3.4. APPROCHE MILIEU DE VIE COMME DÉTERMINANT DES CHANGEMENTS OBSERVÉS ?**

Quelques-uns des répondants mentionnent une amélioration dans l'aménagement de leur CHSLD, particulièrement en ce qui concerne les chambres des résidents et les cafétérias. Toutefois, il n'est pas facile d'attribuer ce changement positif uniquement à la mise en œuvre de l'approche Milieu de vie. Une intervenante fait référence à l'an 2000 pour raconter la transformation des chambres partagées en chambres individuelles. Sur ce point, nous pouvons dire que l'approche Milieu de vie s'est certainement insérée dans l'évolution globale des CHSLD vers une humanisation des institutions avec des aménagements plus chaleureux : «*Ils ont réorganisé la cafétéria pour que ça fasse moins cafétéria, que ça fasse salle à manger, des salons partout. Tu sais, c'est des aires de vie, que ça fasse plus... que ça ne fasse pas hôpital*» (infirmière). De plus, l'achat de nouveaux matériels adaptés pour les repas permet à des résidents présentant de graves handicaps physiques de continuer à s'alimenter seuls. En fait, l'approche Milieu de vie semble avoir contribué à introduire une plus grande cohérence entre les services de réadaptation et les services de soins dans les unités :

*On a plusieurs moyens pour nous aider : des gobelets spéciaux, des cuillers adaptées pour la résidente qui a de la misère avec ses mains. [...] C'est merveilleux, tout ce qu'ils ont maintenant : des bols exprès*

*pour eux autres parce que, c'est sûr, c'est moins humiliant pour eux autres aussi. S'ils ont un bol et qu'ils peuvent manger avec tout le monde, on s'entend qu'eux autres, ils seront plus heureux. Là, oui, il y a beaucoup de ce côté-là (préposé aux bénéficiaires).*

### 3.5. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Malgré l'application de l'approche Milieu de vie, certains préposés aux bénéficiaires déplorent le manque d'implication des gestionnaires aux plans du temps passé sur le terrain et de l'écoute de leurs préoccupations liées à leur travail. En fait, les gestionnaires sont perçus comme soucieux d'améliorer la qualité de vie des résidents, mais en omettant de tenir compte des conditions de travail des intervenants. Pour les répondants, une plus grande présence des gestionnaires sur le terrain favoriserait la compréhension entre les deux parties et permettrait une plus grande cohérence dans les prises de décisions.

*[Les gestionnaires] ne sont pas dans la réalité, ils ne sont pas sur le terrain [...] Si les chefs d'unité se promenaient sur les trois [quarts de travail]... La nuit, il y a moins de monde. Tu ne peux pas demander de donner du lait chaud à tout le monde à 1 heure du matin quand tu es 2,2 pour 60. [Donc, ne nous vante] pas le Milieu de vie, mais donne-nous des outils! (infirmière auxiliaire).*

Plusieurs répondants mettent en évidence l'absence de valorisation de leur travail de la part des gestionnaires : « *On n'est pas assez à l'écoute. Une petite tape dans le dos : "Aujourd'hui, on a eu une grosse journée." Ça, ça donnerait le goût de se lever le matin et d'aller travailler. Il n'y a pas forcément de reconnaissance. C'est plus les familles* » (préposé aux bénéficiaires). Souvent, les intervenants se sentent comme de simples exécutants dans les prises de décisions.

*Ce n'est pas avec un party une fois par année... je m'excuse, je suis contre cette philosophie, je n'adhère pas à ça, je suis absolument contre. Non, c'est au quotidien, puis, au quotidien, c'est : « Viens t'asseoir 5 minutes, on va jaser, je veux avoir ton opinion. » S'il y a quelque chose de difficile, on va s'asseoir, on va parler (infirmière).*

### 3.6. MODE D'APPROPRIATION DE L'APPROCHE MILIEU DE VIE

Plus de la moitié des répondants ont pris connaissance de l'approche Milieu de vie à l'occasion des réunions ou des formations. Ces activités ont permis de promouvoir les valeurs inhérentes à cette approche. Du point de vue des résidents, le respect et le sentiment d'être chez soi forment le cœur des valeurs de l'approche : « *C'est le respect qui s'est plus développé, oui, oui* » (infirmière auxiliaire). Comme le dit un autre répondant, il y a « *des valeurs comme le respect, le résident est chez lui* » (préposé à l'entretien ménager). De même, il importe de particulariser le soin à la personne : « *Les personnes sont différentes, ça fait qu'on essaie d'avoir une approche différente avec chaque client, le plus possible* » (infirmière auxiliaire). Enfin, il s'agit de prendre acte du fait que le CHSLD représente un milieu de vie : « *L'approche Milieu de vie, c'est vraiment agir avec la personne âgée de la même façon que si elle était dans son chez elle [sic]* » (préposé aux bénéficiaires).

Toutefois, la connaissance fine de l'approche Milieu de vie reste bien générale. Plus pragmatiquement, certains intervenants ne cherchent qu'à réduire les effets négatifs sur l'autonomie de la personne hébergée, indépendamment d'une politique interne : « *C'est déjà assez pénible de vivre en institution; s'ils peuvent au moins avoir des petits bonheurs ici, c'est déjà beaucoup* » (préposé aux bénéficiaires). Par ailleurs, nous avons pu constater que tous les répondants se montraient favorables aux valeurs centrales promues dans l'approche Milieu de vie. Cependant, pour la très grande majorité d'entre eux, la mise en place de l'approche n'a amené aucun changement dans leur pratique en raison de leurs valeurs propres. « *Milieu de vie ! Milieu de vie parce que, quand les gens arrivaient en admission... Moi, ça a toujours été : "C'est votre maison ici, maintenant"* » (infirmière auxiliaire). Ou encore : « *Le milieu de vie, tu l'emmènes quand tu fais bien ton travail, tu l'emmènes inconsciemment si tu prends en considération la personne qui est devant toi. [...] Je pense que le milieu, en gros, c'est plus un titre, mais notre tâche est restée la même* » (préposé aux bénéficiaires).

En dépit des débats entourant la faisabilité de l'implantation de l'approche Milieu de vie, les répondants se montraient bien disposés à son égard puisque les grands principes qu'elle met de l'avant recourent leurs valeurs personnelles et professionnelles. « *Moi, c'est ma vision. [...] C'est personnel à moi* » (infirmière). Quelques répondants expriment qu'ils sont en faveur de l'approche Milieu de vie en se projetant eux-mêmes dans l'avenir ou en pensant à la situation de leurs parents : « *Même moi,*

*si je me retrouve un jour dans un centre d'accueil, on ne sait pas ce qui nous attend... J'aimerais bien être respectée dans mes goûts»* (préposé aux bénéficiaires).

Finalement, l'approche Milieu de vie a encouragé les préposés aux bénéficiaires à prendre davantage d'initiatives. Ces derniers se sentent plus à l'aise d'être à l'écoute des résidents, surtout quand surviennent des situations où une décision de l'infirmière s'oppose au souhait du résident : « *On fonce plus depuis* » (préposé aux bénéficiaires). En fait, pour les préposés aux bénéficiaires, l'approche Milieu de vie devient même un argument à utiliser dans la défense de leur autonomie professionnelle : « *On se sent moins coincé parce qu'on nous dit : "Il faut qu'ils soient comme chez eux." Bien moi, je vais respecter. Ça fait que, si on vient me reprocher de quoi, je dirai : "Non, excusez-moi, c'est le milieu de vie!"* » (préposé aux bénéficiaires).

## CONCLUSION

Comme nous l'avons vu, un CHSLD peut connaître une évolution positive pour devenir un milieu de vie, mais il demeure dans la pratique un lieu de soin avec des intervenants ayant des responsabilités cliniques qui sont structurées par des interdépendances fonctionnelles en raison de la nature des soins et des services qui sont offerts et du profil clinique de la clientèle. Ainsi, un CHSLD peut assouplir ses modes de fonctionnement afin de mieux répondre aux attentes et aux besoins des résidents, mais il reste qu'il s'agit d'un lieu de vie collectif où les intérêts personnels ont leurs limites face à l'intérêt collectif. En outre, la mise en œuvre de l'approche Milieu de vie dans un CHSLD nécessite de prendre en compte l'existence de différents services qui dépendent les uns des autres. Or la synergie entre ces divers services ne peut être parfaite, ce qui nuit forcément à la qualité des services attendue par les résidents considérés un à un.

Selon nos répondants, nous pouvons affirmer que les résidents ne sont pas encore toujours placés au cœur de toute intervention, comme le préconise l'approche Milieu de vie. Toutefois, nous remarquons qu'ils bénéficient de l'amélioration des soins et des services qui leur sont offerts en raison, en partie, de la mise en place de cette approche. Leurs attentes et leurs besoins sont davantage pris en considération, même si ce n'est pas toujours à la hauteur des espérances de tous, notamment des préposés aux bénéficiaires, qui y voyaient une façon de revendiquer la reconnaissance

de leur contribution à titre de soignant. Le décalage entre les principes véhiculés par l'approche Milieu de vie et la réalité durable de l'organisation du travail est sans aucun doute normal compte tenu de la nature même de l'établissement. Dans un CHSLD, l'organisation de soins et de services collectifs pour une clientèle en grande perte d'autonomie pose toujours des enjeux d'interdépendance des services, surtout quand on a affaire à un établissement de grande taille. Néanmoins, un décalage trop grand entre les principes théoriques et la réalité sur le terrain ferait qu'une telle approche serait assimilée à un discours sans effet ou, pire encore, vue comme une manière rhétorique de faire porter au personnel soignant une incapacité structurelle à humaniser véritablement les soins. L'écart ressenti par certains intervenants est pour une part attribuable à une inconsistance dans les décisions managériales, mais il est sans doute encore possible de redresser la situation sur le plan de la gestion. Dans cette perspective, il importe que la direction prenne un peu mieux en compte les besoins des intervenants et qu'elle leur donne davantage la parole afin qu'ils se sentent pleinement sujets du changement dans la démarche menant à une implantation réussie de l'approche. Toutefois, si le problème était plus fondamental, notamment quand on a affaire à un problème d'ordre institutionnel, ce serait la nature même du modèle d'hébergement asilaire qui pourrait se voir jugée inadéquate au regard du projet d'humanisation des soins. Dans ces conditions, les valeurs promues par l'approche Milieu de vie devraient trouver leur incarnation dans un autre type d'établissement.



## L'APPLICATION DE L'APPROCHE MILIEU DE VIE EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE PAR LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

Point de vue des préposés, des infirmières auxiliaires  
et des infirmières

*François AUBRY*

*Yves COUTURIER*

*Frédéric GILBERT*

Ce texte<sup>1</sup> recense les points de vue des préposés aux bénéficiaires, des infirmières auxiliaires et des infirmières concernant l'application de l'approche Milieu de vie par les préposés aux bénéficiaires dans les centres d'hébergement

---

1. Ce chapitre a été publié en 2013 sous la forme d'article dans la revue *L'infirmière clinicienne*, 10(1), 52-61.

et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec. L'approche Milieu de vie a pour objectif de bonifier la pratique des intervenants afin d'améliorer la qualité de vie des résidents en CHSLD (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Selon les orientations ministérielles, la personne hébergée a « droit à un milieu de vie de qualité où on lui prodigue des soins et des services de qualité. Elle doit se sentir intégrée à la vie de communauté, selon les ressources et les disponibilités, et continuer d'évoluer, ce qui suppose que ce milieu soit le plus possible en lien avec sa vie antérieure » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 4). En fait, il s'agit de transformer profondément la logique d'organisation des services et la culture de soins, laquelle est traditionnellement centrée sur les besoins des systèmes professionnels et organisationnels, en une logique par laquelle les besoins du résident orientent toute action (Belzile *et al.*, 2011; Fahey, 2003). En nous appuyant sur les résultats provenant d'une recherche qualitative réalisée en 2012 dans deux CHSLD de la région de Montréal, nous avons recueilli les propos de préposés aux bénéficiaires, d'infirmières et d'infirmières auxiliaires sur l'application de l'approche Milieu de vie. Plus particulièrement, nous avons documenté les objets de désaccord portant sur la mise en œuvre de cette approche de soins. Ainsi, les préposés aux bénéficiaires mentionnent des arguments particuliers portant sur les exigences organisationnelles et collectives, notamment en matière de charge de travail, de manque de personnel et de routine collective de travail. De leur côté, les infirmières et les infirmières auxiliaires dénoncent communément le manque d'intérêt et de volonté individuelle des préposés aux bénéficiaires à modifier leur routine de travail afin d'appliquer cette approche. La controverse porte principalement sur la frontière entre les dimensions individuelle et collective de l'activité des préposés aux bénéficiaires. Lors de la discussion, nous tenterons de proposer des modalités de mise en œuvre de telles innovations, en appui à une meilleure prise en compte par les infirmières auxiliaires et infirmières de la dimension collective du travail des préposés aux bénéficiaires.

## 1. PROBLÉMATIQUE

Au Québec, dans les CHSLD, les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires font partie d'une équipe de travail qui a pour mandat de veiller à maintenir l'autonomie et l'état de santé des résidents institutionnalisés. Cependant, chacun doit assurer une fonction

précise, relative à son champ légal de compétences, dans une dynamique de coopération interprofessionnelle (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2000). À ce sujet, Grégoire, Levesque et Proulx (2010) identifient les grandes lignes des attributions de ces différents intervenants. Tout d'abord, le mandat des infirmières consiste à coordonner l'ensemble des activités de soins de l'unité de soins et à donner des traitements infirmiers et médicaux. Ensuite, sous la supervision des infirmières, les infirmières auxiliaires se chargent de l'évaluation de l'état de santé des résidents et des actes en rapport avec les soins courants. Enfin, sous la supervision des infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires doivent s'occuper des actes quotidiens d'assistance aux résidents, ce qui exclut le domaine des soins. Tous les intervenants doivent œuvrer au développement de la collaboration interdisciplinaire. Dans l'extrême diversité des tâches que les préposés aux bénéficiaires doivent effectuer, nous pouvons identifier trois types d'activités (Cognet et Raigneau, 2002), qui répondent à la définition générique (*personal care workers in health services*) donnée par l'Organisation mondiale de la santé (2010). Ce sont les soins et les services à la personne (hygiène, aide psychologique, etc.), les services à l'environnement de la personne (entretien ménager, etc.) et certaines tâches administratives. De fait, la fonction première de ces intervenants consiste à répondre aux besoins d'assistance des résidents qui ont été admis en CHSLD selon des critères de forte perte d'autonomie physique ou cognitive (Clément et Lavoie, 2005).

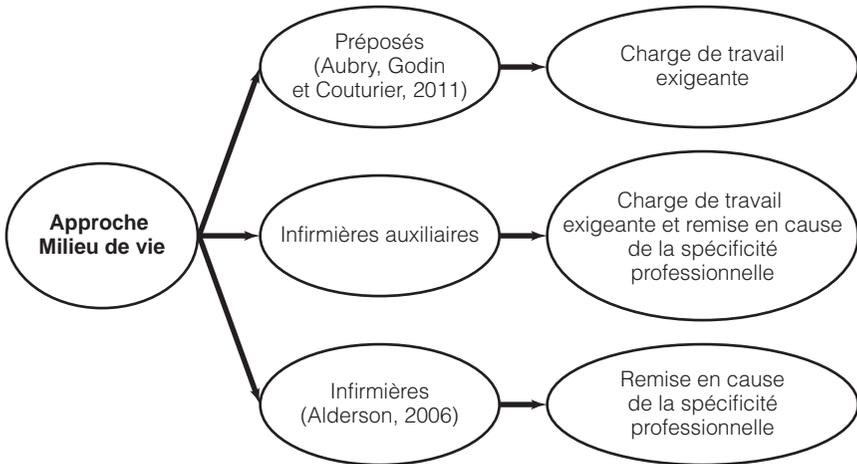
La fonction hospitalière des CHSLD s'est transformée depuis une vingtaine d'années, alors qu'on assiste à l'instauration de nouvelles philosophies de soins comme l'approche Milieu de vie. Sur le plan organisationnel, cette approche vise à transformer des lieux de soins axés sur les exigences organisationnelles et professionnelles en milieux de vie orientés sur les besoins du résident. En effet, de nouvelles normes ayant trait à la nature et à la qualité des pratiques envers les résidents sont apparues sous l'impulsion des nouvelles approches. En résumé, l'approche Milieu de vie, promue par le ministère de la Santé et des Services sociaux, constitue une proposition de transformation du CHSLD de milieu de soins à milieu de vie. En 2004, un rapport provenant du Ministère découlant des visites d'appréciation de la qualité des services constatait que les patients hébergés en CHSLD ne bénéficiaient pas de soins et d'assistance de qualité suffisante (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004). Un des faits saillants de ce rapport était que la formation des intervenants présentait des lacunes importantes, plus particulièrement en termes de réponse aux besoins

particuliers des résidents. Afin de pallier ce problème, le Ministère décida de développer une nouvelle culture organisationnelle, incarnée notamment par l'approche Milieu de vie. Celle-ci se fonde sur le principe central voulant que le lieu d'hébergement substitut soit vu comme un milieu de vie adapté aux besoins de la personne, grâce à une plus grande proximité entre les professionnels et les résidents et à une politique institutionnelle qui prenne en compte la volonté des personnes hébergées et le respect de leur identité, de leur dignité et de leur intimité (Howe et Witt-Sherman, 2006). Cette approche vise à transformer l'ensemble des pratiques professionnelles afin que celles-ci soient davantage tournées vers le respect des choix exprimés par les résidents et leurs proches.

Néanmoins, on voit, dans la littérature scientifique, que l'application de cette approche fait l'objet de controverses parmi les intervenants. Par exemple, si le milieu de soins devient un milieu de vie, alors les infirmières peuvent ressentir le risque de perdre leur spécificité professionnelle pour effectuer des pratiques qui, normalement, sont réservées en priorité aux infirmières auxiliaires, voire aux préposés aux bénéficiaires (Alderson, 2006). En ce qui concerne les préposés aux bénéficiaires, nous avons montré qu'ils expriment la difficulté d'appliquer une telle approche, du fait notamment d'une charge de travail trop lourde et d'un processus de gestion dont les principes d'action ne sont pas toujours en phase avec les valeurs sur lesquelles repose l'approche Milieu de vie (Aubry, Godin et Couturier, 2011). En fait, l'intensification du travail causée par une gestion axée sur la performance entrerait en contradiction avec les exigences qualitatives proposées dans l'approche Milieu de vie (Bourbonnais *et al.*, 2005). Étant donné le manque d'études actuelles sur le sujet, l'on peut penser que les préoccupations des infirmières auxiliaires se situent entre celles des infirmières et celles des préposés aux bénéficiaires. Elles sont responsables d'actes professionnels qui les distinguent des préposés. Aussi, elles subissent une charge de travail importante du fait de leur proximité du terrain. D'ailleurs, cette situation est reconnue comme une des principales causes de leur fatigue au travail (Alderson, 2009). La figure 6.1 résume ces constats.

Figure 6.1.

**Causes de la difficulté d'appliquer l'approche Milieu de vie en CHSLD,  
selon les types d'intervenants**



Ce chapitre répertorie les points de vue des préposés aux bénéficiaires, des infirmières auxiliaires et des infirmières concernant l'application de l'approche Milieu de vie par les préposés aux bénéficiaires. La pertinence scientifique de cette focalisation sur les préposés découle de deux constats. D'une part, les préposés aux bénéficiaires sont les acteurs professionnels considérés comme étant les plus proches des résidents (Anderson *et al.*, 2005). D'autre part, les personnes exerçant ce métier sont perçues comme des acteurs résistants au changement (Aubry, Etheridge et Couturier, 2013). Cette recherche permet donc d'identifier les barrières significatives à la mise en œuvre de l'approche Milieu de vie par les préposés aux bénéficiaires. Par ailleurs, les infirmières auxiliaires et les infirmières, par leur proximité professionnelle avec les préposés aux bénéficiaires, ont développé leurs propres représentations des conditions jouant sur la capacité de ces derniers à atteindre le résultat escompté. Nous pensons que les résultats de cette recherche pourraient contribuer au développement d'un programme de bonification des pratiques destiné aux préposés aux bénéficiaires.

## **2. MÉTHODOLOGIE**

L'étude que nous présentons ici a été effectuée entre janvier et octobre 2012 dans deux CHSLD d'un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la région de Montréal. La recherche fut approuvée par le comité éthique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. L'objectif central de l'étude consistait à identifier les conditions entravant ou facilitant la mise en œuvre par les préposés aux bénéficiaires de l'approche Milieu de vie dans les CHSLD. Nous avons opté pour une méthodologie qualitative, de type semi-inductif (Guillemette, 2006), et ce, pour deux raisons. En premier lieu, nous souhaitions collecter les points de vue des préposés aux bénéficiaires, des infirmières auxiliaires et des infirmières sur ce sujet. En second lieu, la recension de la littérature scientifique pertinente laisse voir que peu d'écrits ont été publiés sur cette thématique.

Nous avons mené 30 entrevues semi-dirigées avec des préposés aux bénéficiaires (en excluant ceux à l'emploi d'agences privées) travaillant sur un quart de jour (7h à 15h), dans deux CHSLD du CSSS, soit 15 entrevues dans deux services du premier CHSLD et 15 entrevues dans deux services du second CHSLD. Dans les deux CHSLD, les services ont été sélectionnés en concertation avec le conseiller-cadre à la qualité et les chefs d'unité de vie; ce sont les services de soins gériatriques, excluant les services spécialisés pour les clientèles présentant des maladies ou déficiences particulières comme les unités prothétiques. Le recrutement s'est fait exclusivement sur la base d'une participation volontaire des intervenants. Dans les deux centres, le conseiller-cadre à la qualité a informé les intervenants sur ce que nous nous proposons de réaliser. Nous avons également fait afficher un document informatif sur les babillards dans les quatre services, dans lequel nous présentions les objectifs détaillés de notre recherche. Les intervenants souhaitant participer à notre étude furent invités à communiquer avec le chercheur principal.

Parmi les préposés aux bénéficiaires que nous avons interviewés, 10 travaillaient à temps complet, 10 à temps partiel et 10 à temps partiel occasionnel depuis moins de 6 mois. Nous avons également rencontré 6 infirmières auxiliaires (3 par CHSLD) et 6 infirmières (3 par CHSLD), pour un total de 42 entrevues. Chaque entrevue dure entre 60 et 90 minutes. Le tableau 6.1 récapitule les caractéristiques de notre échantillon de participants.

Tableau 6.1.  
Caractéristiques de l'échantillon de participants

	CHSLD 1 Service 1	CHSLD 1 Service 2	CHSLD 2 Service 1	CHSLD 2 Service 2
Préposés à temps complet	3	2	3	2
Préposés à temps partiel	2	3	3	2
Préposés à temps partiel occasionnel	3	2	2	3
Infirmières auxiliaires	2	1	1	2
Infirmières	1	2	1	2

Le décalage dans le nombre d'entrevues des préposés aux bénéficiaires et des autres intervenants s'explique par le fait que nous voulions prioritairement recueillir leur point de vue sur notre sujet d'intérêt. Néanmoins, les données que nous avons recueillies auprès des infirmières auxiliaires et des infirmières nous ont permis d'identifier une divergence majeure en rapport avec la thématique à l'étude, divergence sur laquelle nous reviendrons dans le présent chapitre. Les entrevues ont été conduites entre mai et juillet 2012 et enregistrées dans une salle prévue à cette fin dans chacun des deux CHSLD.

La grille d'entrevue utilisée avec tous les participants a été construite à partir de deux thématiques principales, à savoir la définition donnée par les acteurs de l'approche Milieu de vie et les éléments favorables ou nuisibles à l'application de cette approche par les préposés aux bénéficiaires. Étant donné que les entrevues étaient de type semi-dirigé, nous laissons les personnes interrogées développer leur propos vers des thématiques non abordées dans la grille (Savoie-Zajc, 2009). Toutes les entrevues ont été enregistrées et retranscrites par le chercheur ayant mené les entrevues. La codification et l'analyse thématique des données ont été réalisées en fonction des deux catégories de la grille d'entrevue et en laissant une large ouverture aux thématiques pertinentes non connues, mais expliquant la complexité de la mise en œuvre de l'approche. Pour les préposés aux bénéficiaires, les nouvelles thématiques sont la charge de travail comme entrave à la mise en place de l'approche et le rôle de la routine de travail. Pour les infirmières auxiliaires et les infirmières, ces thématiques sont le

manque de volonté individuelle des préposés à mettre en œuvre l'approche et la rigidité du plan de travail des préposés aux bénéficiaires. Dans le présent chapitre, nous illustrerons nos résultats au moyen d'extraits du discours des intervenants, lesquels seront identifiés par un code numérique, leur genre, leur âge, et aussi, dans le cas des préposés aux bénéficiaires, par leur statut professionnel.

### 3. RÉSULTATS

#### 3.1. REPRÉSENTATION DE L'APPROCHE MILIEU DE VIE DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES : UNE MISE EN ŒUVRE DIFFICILE

Pour les préposés aux bénéficiaires que nous avons rencontrés, l'approche Milieu de vie représente incontestablement un objectif fort louable de bonification de leur pratique et d'amélioration de la qualité de vie des résidents. La transformation du CHSLD d'un lieu de soin en un milieu de vie correspond intimement aux valeurs relationnelles que les préposés disent tenter d'incarner dans le cadre de leur travail quotidien. « *Mon travail, c'est d'abord d'aider les résidents à faire en sorte qu'ils se sentent bien dans le CHSLD, qu'ils se sentent chez eux. Je dois les assister toutes les heures, aux toilettes, aux repas... Même avant que les idées de milieu de vie arrivent ici, c'était déjà notre fonction* » (préposé 1, homme, 48 ans, temps complet).

Néanmoins, les préposés aux bénéficiaires notent que la mise en œuvre de l'approche dans le cadre de leur travail semble ardue, en particulier durant le quart de travail de jour. Selon eux, la raison principale de cette difficulté tient principalement à leur charge de travail quotidienne, qui est trop lourde, et plus précisément au rythme de travail exigé par l'organisation, qui est trop rapide, l'obligation de devoir sans cesse se dépêcher est perçue comme un signe évident de l'intensification du travail. Durant le quart de jour, cette situation se manifeste par un enchaînement rapide du réveil, de la toilette et du repas pour un nombre important de résidents sur une période de temps très restreinte.

*Durant le quart de jour, le pire, c'est le 7h à 11h parce que tu n'arrêtes pas. Tu fais réveils, toilettes, repas, et ça, c'est pour les cinq, six, voire sept résidents que tu as à t'occuper. Et puis, tu peux avoir cinq résidents, mais avoir seulement des cas lourds. Dans ce temps-là, tu ne peux pas toujours faire pour être proche du résident, répondre à tous ses besoins* (préposé 2, femme, 26 ans, temps partiel).

Selon les préposés aux bénéficiaires, le rythme de travail soutenu est la résultante d'un nombre élevé de résidents par préposé et de la quantité importante de tâches à réaliser qui en découle pour chaque préposé. Ce travail fait à toute vitesse entre en contradiction avec la perspective définie dans l'approche Milieu de vie, selon laquelle un rythme de travail modulé aux besoins du résident devrait être la norme de qualité. Toutefois, il semble qu'il soit difficile de ralentir la cadence de travail, le séquençage organisationnel très serré des diverses interventions pendant le quart de jour ayant pour effet d'entraver cette possibilité.

*On doit suivre le rythme de patients. [...] Alors, on doit jouer avec ça parce que, d'un côté, on nous demande d'en faire de plus en plus, donc on doit faire tout notre travail vite le matin, et, après, il faut qu'on suive le rythme du patient parce qu'il ne pourra pas suivre si on le brasse durant l'aide au repas (préposé 3, femme, 39 ans, temps complet).*

Ainsi, les préposés aux bénéficiaires constatent qu'ils doivent respecter des normes de travail en termes de temporalités et de séquençages qui dépendent étroitement de l'obligation de respecter la charge de travail prescrite et l'organisation du travail. Par exemple, le moment de lever du résident ne doit pas avoir de répercussions sur le moment du repas, le déjeuner devant se conclure rapidement afin de libérer les équipements et le personnel pour la préparation du dîner. Cette routine de travail est liée directement au suivi du plan de travail journalier, sans pour autant que ce plan recouvre l'intégralité des pratiques des préposés. Par exemple, les préposés aux bénéficiaires observent qu'une certaine habitude de travail les oblige à respecter un ordre de réveil des résidents. La considération première expliquant que les préposés réveillent tel résident en premier dépend tout d'abord des activités que le résident doit effectuer durant la matinée. «*Les résidents qu'on lève en premier, c'est ceux qui doivent participer à des activités le matin, comme aller au coiffeur. On commence par eux, et on connaît la liste des personnes par l'infirmière, lors des transmissions*» (préposé 2, femme, 26 ans, temps partiel).

Mais, dans les organisations à l'étude, le second critère expliquant l'ordre du réveil ne prend pas nécessairement en compte la volonté des résidents d'être levés tôt le matin, mais plutôt des considérations relatives à l'organisation efficace de la journée de travail. Par exemple, il peut s'agir d'organiser les tâches pour commencer par les chambres à un bout du corridor et finir à l'autre bout afin d'éviter de marcher inutilement. En respectant cette linéarité spatiale, tous les résidents finiront par être pris en

charge et assistés pour leurs soins par les préposés aux bénéficiaires, mais suivant un ordre qui diffère de leur souhait intime. « *On commence par ceux qui ont des activités, donc ceux [dont] l'infirmière nous demande de nous occuper rapidement le matin. Après, je commence par un bout du corridor, et j'avance progressivement* » (préposé 4, femme, 53 ans, temps complet).

De l'avis des préposés aux bénéficiaires, cette routine de travail permet de ne pas perdre de temps, et même d'en sauver à l'occasion. Mais, derrière cet impératif à première vue individuel se cache la nécessité de suivre le rythme collectif du travail, condition requise pour le bon fonctionnement organisationnel. Par exemple, les préposés nous disent qu'ils doivent avoir terminé les toilettes de tous les résidents à 11 heures. Paradoxalement, l'allongement de la période des toilettes est perçu comme une marque de non-respect des besoins des résidents puisqu'il engendrerait une augmentation de la charge de travail durant l'après-midi, moment où d'autres tâches ou d'autres activités sont prévues pour ces derniers. Ainsi, la routine de travail se fonde sur une dimension collective très importante et très respectée par l'ensemble des préposés. Comme nous l'ont mentionné certains d'entre eux, la transgression de cette routine provoquerait un jugement négatif de la part de leurs collègues. Les préposés aux bénéficiaires disent ressentir une double contrainte, car ils doivent respecter ces prescriptions, certaines venant des gestionnaires, d'autres émanant du collectif de travail. Ils se sentent dans l'impossibilité de changer leur pratique de travail, et ce, moins à cause d'une prescription verticale de l'activité (p. ex., l'imposition de pratiques ou de normes par l'infirmière) que par une certaine rigidité horizontale, entre pairs. En somme, la priorité n'est pas unilatéralement le respect des besoins des résidents, mais plutôt l'adéquation de ce travail relationnel à la charge de travail et à la nécessité impérative de préserver le collectif. Par exemple, un préposé aux bénéficiaires explique que la lourdeur des résidents ou leur agressivité sont parfois des caractéristiques expliquant le choix d'aider tel résident plutôt qu'un autre. Ainsi, les résidents qui demandent un plus grand investissement en termes de temps sont parfois inscrits au début ou à la fin du plan de travail informel. Donc, cette planification du travail à effectuer dépend en grande partie de l'anticipation que les préposés aux bénéficiaires font du temps dont ils auront besoin pour effectuer leurs tâches. « *J'ai l'habitude de mettre les résidents lourds ou réfractaires aux soins en fin de plan de travail parce que les autres sont faits et que je peux prendre plus de temps pour eux. Mais, je sais que des collègues préfèrent les placer au début de la journée* » (préposé 5, femme, 35 ans, temps complet).

Dans ce contexte, l'application de l'approche Milieu de vie devient un risque périlleux parce qu'une trop grande singularisation du soin entraînerait une modification des temporalités collectives construites sur le terrain. Par exemple, le respect des désirs des résidents concernant le moment de leur réveil aurait justement cette conséquence.

*Si on veut suivre le Milieu de vie, alors il faut qu'on lève les résidents à l'heure qu'ils veulent. Mais ça veut dire qu'on va devoir commencer par une chambre, attendre qu'un deuxième se réveille, mais s'ils se réveillent tous à 8h? Tout notre travail sera dans un petit moment; on ne peut pas tenir dans ces conditions (préposé 4, femme, 53 ans, temps complet).*

De fait, les exigences relatives à la qualité du travail préconisée par l'approche Milieu de vie se confrontent à l'obligation collective de tenir le rythme ou de maintenir la cadence et de s'assurer de répondre à l'ensemble des besoins du collectif de résidents. En somme, l'approche Milieu de vie semble difficile à mettre en œuvre pour les préposés aux bénéficiaires, non pas par une volonté délibérée de leur part de ne pas respecter cette nouvelle norme, qu'ils voient d'un regard favorable, mais par une incapacité pragmatique à modifier la routine collective.

### **3.2. REPRÉSENTATION DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIÈRES AUXILIAIRES: UN MANQUE DE VOLONTÉ DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES ?**

Les infirmières et les infirmières auxiliaires partagent le point de vue des préposés aux bénéficiaires sur l'intérêt de mettre en place en CHSLD une approche de soins pouvant améliorer les pratiques professionnelles. Selon les infirmières rencontrées en entrevue, l'approche Milieu de vie représente une voie intéressante pour amener une bonification des pratiques nécessaire à un accompagnement de qualité auprès des résidents. «*Je pense que c'est une bonne idée de proposer un type d'approche comme Milieu de vie pour les préposés parce que les préposés doivent apprendre à mieux répondre aux besoins des résidents, donc ça prend quelques savoir-faire*» (infirmière 1, femme, 39 ans).

Les explications données par les préposés aux bénéficiaires pour expliquer les difficultés qu'ils rencontrent dans l'application de l'approche ne concordent pas entièrement avec celles qui sont avancées par les infirmières et les infirmières auxiliaires. Cependant, ces dernières notent tout

de même que le manque de personnel entraîne des conséquences majeures en termes d'aggravation de la charge de travail, ce qui aurait une incidence directe sur la qualité du travail de l'ensemble de l'équipe. De fait, la difficulté de mise en œuvre de l'approche Milieu de vie s'expliquerait, du moins en partie, par le manque de personnel. Par ailleurs, les infirmières auxiliaires interrogées énoncent plus fréquemment que les infirmières l'argument de la charge de travail. *«Il faut d'abord dire que les préposés ne sont pas assez nombreux pour faire le travail qu'on leur demande, c'est vrai. Il faudrait qu'ils soient un préposé de plus le matin, je pense, durant le temps des toilettes et des repas, c'est sûrement leur période la plus difficile»* (infirmière auxiliaire 2, femme, 51 ans).

Pour les infirmières et pour les infirmières auxiliaires, l'approche Milieu de vie semble difficilement applicable à cause des problèmes d'ordre organisationnel mentionnés plus haut, notamment l'intensification du travail et la pénurie de personnel. Toutefois, les raisons invoquées pour expliquer la situation ne sont pas expliquées de la même manière par les infirmières et par les préposés aux bénéficiaires. Par exemple, pour les infirmières auxiliaires, le faible nombre de préposés par section explique, au moins en partie, la difficulté de mettre en œuvre des pratiques de qualité. En fait, même si les constats concordent, une solution envisageable ne serait pas uniquement une augmentation du nombre de préposés aux bénéficiaires.

*Il y a un problème de charge de travail. Sept résidents par préposé, même si tu veux faire du Milieu de vie, ça ne marche pas. [...] Après, l'augmentation du nombre de préposés, pourquoi pas ? Mais il y a des risques que ça ne marche pas. Ça a déjà été fait dans des sections, et on voyait que c'était toujours aussi lourd parce que les préposés ne prenaient pas leur temps en plus pour être avec les résidents. Ils étaient juste moins rapides la journée* (infirmière auxiliaire 1, femme, 46 ans).

Si les infirmières et les infirmières auxiliaires jugent que la qualité du travail des préposés aux bénéficiaires est bonne dans l'ensemble, notamment en raison de leurs compétences, elles croient que l'engagement de ce groupe dans la mise en œuvre de l'approche serait lié en tout premier lieu à leur motivation individuelle.

*Le problème que je constate avec les préposés, ce n'est pas du côté des compétences ; je pense que les formations qu'ils ont jouent comme une fonction de rappel et que la plupart ont d'ailleurs une formation de base solide. Mais, c'est la motivation, le fait de ne pas marcher dans les corridors sans rien faire. On a l'impression que*

*certains ne veulent pas travailler. Alors, mettre en application les principes de milieu de vie, oui, mais s'ils ont la motivation pour le faire (infirmière 2, femme, 34 ans).*

Là où les préposés aux bénéficiaires voient un problème de conditions du travail et de gestion collective, les infirmières et les infirmières auxiliaires observent un manque de motivation individuelle des préposés à dépasser ce qu'elles perçoivent comme un carcan collectif. «*La motivation des préposés, c'est le problème principal, faire en sorte qu'ils sortent de leur routine et qu'ils fassent un peu de communication avec la personne, avec le résident. Ça aiderait le résident et ça aiderait l'équipe de travail*» (infirmière auxiliaire 2, femme, 51 ans).

Du point de vue des infirmières et des infirmières auxiliaires, la faible motivation des préposés aux bénéficiaires se double d'une difficulté constatée chez ces derniers à prendre des initiatives dans des situations où leur jugement individuel est sollicité, c'est-à-dire à dépasser le cadre de la routine ou du plan de travail pour effectuer des actes de proximité quand cela est requis.

*Ce que je remarque – et pour ça, ça prendrait une formation – c'est leur incapacité aux préposés de prendre des initiatives hors de leur routine. Quand ils voient qu'une personne est agitée, ils pourraient s'occuper d'elle avant une autre, même si ça ne suit pas le plan de travail. Mais, ils ont de la misère, c'est comme si ça prend toujours notre accord pour qu'ils s'autorisent à prendre des initiatives (infirmière 2, femme, 34 ans).*

Selon les intervenants rencontrés, la normalisation collective de la tâche des préposés aux bénéficiaires représente une barrière aux changements de pratique visés par l'exposition de ces derniers à l'approche Milieu de vie. Pour les préposés aux bénéficiaires, la routine collective de travail, fortement dépendante de considérations en lien avec la charge de travail, ne leur permet pas de développer des formes de pratique innovantes destinées au bien-être du résident.

#### **4. DISCUSSION**

La capacité de mise en œuvre de l'approche Milieu de vie des préposés aux bénéficiaires suscite une controverse opposant ces derniers à leurs collègues infirmières et infirmières auxiliaires. Si tous reconnaissent l'influence de l'organisation du travail, les premiers croient que le collectif de travail

constitue un facteur de protection, tandis que les secondes voient plutôt le collectif comme une condition interne au groupe produisant de la résistance aux changements. Nous allons explorer plus en profondeur ces points de vue contradictoires.

#### **4.1. RÔLE DU COLLECTIF DE TRAVAIL DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES**

Nous définissons le collectif de travail en nous appuyant sur les travaux de Caroly et Clot (2004), comme un groupe coactif de travailleurs effectuant une activité collective pour faire une tâche précise, et partageant des pratiques, des compétences ou des stratégies souvent informelles, mises en application collectivement afin de faciliter la pratique quotidienne de chacun des membres du groupe. Chez les préposés aux bénéficiaires, ce collectif est défendu comme un puissant facteur de protection (Aubry, 2012). Pour eux, la complexité de l'application de l'approche Milieu de vie s'explique par la mise en œuvre collective de la routine de travail et par le poids de la charge de travail. Pour autant, nous observons que, plus les représentations du travail des préposés aux bénéficiaires proviennent du haut de la hiérarchie des métiers paramédicaux, plus la responsabilité de l'application de l'approche Milieu de vie est vue comme relevant de l'ordre individuel. Il ne s'agit pas ici de donner raison à l'un ou l'autre des deux partis, mais bien de constater la controverse pour mieux la problématiser.

Les écrits scientifiques sur le thème de la collectivisation du travail chez les préposés aux bénéficiaires montrent tous l'importance des compétences collectives mobilisées. Ce qui est appliqué sur le terrain, ce ne sont pas seulement des compétences prescrites par la formation, c'est aussi un assemblage de compétences collectives, en partie informelles, nécessaires pour répondre à la complexité de l'activité de travail et à l'intensification du travail quotidien. Plus particulièrement, la fonction du collectif consiste à donner aux préposés aux bénéficiaires les moyens nécessaires pour gérer les objectifs contradictoires en termes de qualité et de quantité de travail (Sainsaulieu, 2003). Dans la pratique, cette gestion se traduit par la maîtrise adéquate des rythmes de travail, à savoir le rythme rapide requis pour répondre aux enjeux organisationnels en termes de charge de travail et le rythme lent convenant aux besoins des résidents. Nous avons montré ailleurs toute l'ingéniosité collective (Aubry, 2012) dont peuvent faire preuve ces acteurs pour construire des stratégies collectives permettant de maîtriser ces temporalités. En ce sens, les préposés aux bénéficiaires mettent en œuvre une connaissance particulièrement fine des situations

de travail selon le critère de temps à gagner ou à perdre. Par exemple, sans éviter de répondre à leurs questions, ils s'organiseront pour ne pas se retrouver dans des situations où les aidants familiaux sont présents dans la chambre des résidents pour ne pas perdre trop de temps en conversation accessoire. Effectivement, les préposés aux bénéficiaires mettent en œuvre un ensemble de normes collectives d'action pour parvenir à respecter ces objectifs contradictoires, notamment des normes en rapport avec le plan de travail (placer les résidents les plus lourds au début ou à la fin du plan) ou des normes en lien avec la gestion des phases de contact avec la clientèle (alimenter deux résidents en même temps afin de rester proche des résidents tout en maîtrisant le temps). Même si toutes ces normes collectives semblent contrevenir à l'esprit de l'approche Milieu de vie, il n'en demeure pas moins qu'elles sont dotées d'une légitimité certaine aux yeux des préposés aux bénéficiaires parce qu'elles leur permettent de gérer pragmatiquement des objectifs contradictoires (Faulkner, 2008).

#### **4.2. ÉTUDE ET UTILISATION DU COLLECTIF COMME LEVIER DE BONIFICATION DES PRATIQUES**

L'originalité des résultats de notre recherche tient au fait qu'ils montrent en quoi les modèles de bonification des pratiques que l'on impose aux préposés aux bénéficiaires (approches, formations, principes des bonnes pratiques, etc.), même s'ils poursuivent un objectif fort louable, ne prennent pas en considération l'usage collectif des compétences informelles nées de la pratique elle-même, souvent développées pour résoudre des problèmes en lien avec la charge de travail. Plus encore, l'on remarque que ces modèles voient le collectif de travail comme une source de résistance au changement, comme un écran érigé entre la cible du changement et la personne ayant le devoir de procéder individuellement à ce changement, c'est-à-dire le sujet travaillant.

Cela étant dit, il serait possible d'inverser la posture et de réfléchir aux manières par lesquelles le collectif peut aussi être un vecteur de changements, mais à partir d'une prise en compte des conditions pragmatiques de réalisation du travail. Cependant, ce processus de collectivisation de la tâche peut se révéler fragile. Ainsi, certains auteurs comme Estry-Behar *et al.* (2011) observent que, de nos jours, cette caractéristique se trouve nettement réduite dans les organisations gériatriques à cause du fort processus d'intensification du travail qui tend à fragiliser et à effriter les collectifs. Assister l'organisation du travail revient à prendre en compte la

dimension collective du travail des préposés aux bénéficiaires et l'impossibilité structurelle dans laquelle ces derniers se trouvent de s'individualiser complètement dans leur travail quotidien. Plutôt que de pousser les préposés aux bénéficiaires à devenir les porteurs de compétences particulières sur un plan individuel, comme dans le cadre de la formation AGIR (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008), pourquoi ne pas tenter de développer leurs compétences collectives ? Pour ce faire, il suffirait de considérer que le pouvoir des préposés aux bénéficiaires à réguler collectivement leur tâche n'est pas une source de résistance au changement, mais plutôt un levier très utile permettant la création et la diffusion de compétences informelles qui sont pragmatiquement en phase avec le contexte gériatrique actuel.

À ce propos, une proposition pertinente a déjà été formulée par Yeatts *et al.* (2004) et par Cready *et al.* (2008). Selon ces auteurs, les gestionnaires d'établissement devraient accorder aux préposés aux bénéficiaires une plus grande autonomie sur le plan des décisions organisationnelles quotidiennes. En effet, une telle autonomie, qui serait évidemment bien encadrée, permettrait aux préposés de s'appuyer positivement sur leur capacité collective de formation au lieu d'entretenir des attitudes déconnectées des conditions réelles d'accomplissement de la tâche, ce qui exacerbe les contradictions évoquées plus haut. Prenons l'exemple de la flexibilisation de l'horaire des bains et des toilettes. L'approche Milieu de vie permet l'étalement de cet horaire jusque dans l'après-midi si, bien sûr, ce choix est fait en concertation avec le résident et sa famille, au lieu de concentrer ces soins dans la matinée. Cependant, les préposés tendent à refuser d'appliquer cette façon de faire parce qu'elle remet en cause leur routine de travail : réaliser des toilettes l'après-midi reviendrait à devoir gérer des activités de nature différente (sorties, toilettes, etc.), ce qui constitue pour les préposés un risque en termes de temporalité. Néanmoins, nous émettons l'hypothèse selon laquelle cette résistance serait moindre si les préposés aux bénéficiaires disposaient de suffisamment de pouvoir pour contrôler, ne serait-ce que partiellement, la planification de leur travail formel.

De plus, la prise en considération de la dimension collective du travail des préposés aux bénéficiaires pourrait avoir une incidence notable sur la collaboration entre les préposés, les infirmières auxiliaires et les infirmières. En effet, par le gain de temps produit par l'usage positif des stratégies et compétences collectives, les préposés seront plus à même de mettre en pratique les principes de l'approche Milieu de vie et, par conséquent, de collaborer étroitement avec les autres intervenants professionnels via notamment la transmission d'informations concernant le résident. Ainsi,

il nous semble important que les infirmières comprennent et reconnaissent l'importance de cette dimension collective des pratiques des préposés afin de mieux gérer la collaboration interprofessionnelle dont elles ont, au moins en partie, la charge.

Toutefois, mentionnons que notre étude comporte quelques limites. Tout d'abord, nous nous sommes intéressés seulement au quart de travail de jour, laissant de côté les quarts de soir ou de nuit, dont la réalité organisationnelle est différente. Ensuite, la saturation des données a été atteinte dans le cas des préposés aux bénéficiaires, mais non pour les infirmières auxiliaires et les infirmières. Plus particulièrement, nous n'avons pas interrogé autant d'infirmières auxiliaires et d'infirmières que de préposés aux bénéficiaires sur la thématique à l'étude. De fait, une extension de notre recherche à une plus grande population professionnelle, notamment aux préposés aux bénéficiaires travaillant sur des quarts de travail différents et aux chefs d'unité de vie, permettrait d'accroître la précision des données et de mieux documenter notre thématique. Enfin, nous n'avons pas appliqué une procédure systématique pour nous assurer de la fiabilité du codage, ce qui a pu induire un biais dans l'analyse des données. Néanmoins, le contrôle actif du processus du codage et d'analyse par les trois chercheurs a permis de réduire ce risque de manière significative.

## **CONCLUSION**

Actuellement, au Québec, l'approche Milieu de vie oblige les intervenants en général et les préposés aux bénéficiaires à organiser le CHSLD comme un milieu de vie plutôt que comme un lieu de soin. Pour autant, ce souci de la qualité, certes louable, n'occulte pas le processus actuel d'intensification du travail auquel sont confrontés les préposés aux bénéficiaires. Selon ces derniers, cette situation les oblige à développer et respecter collectivement une routine de travail, destinée prioritairement à la réduction de la charge de travail et au respect minimal des besoins des résidents. Les infirmières auxiliaires et les infirmières remettent nettement en question cet argumentaire, parlant plutôt d'une insuffisante responsabilisation individuelle des préposés aux bénéficiaires face à cette routine.

Nous avons vu que la dimension collective du travail des préposés aux bénéficiaires n'est pas simplement une contrainte empêchant le développement des initiatives individuelles, mais qu'elle est aussi une source d'ingéniosité permettant de respecter des exigences organisationnelles

contradictoires. De fait, nous pensons qu'une meilleure implication des préposés aux bénéficiaires dans l'approche Milieu de vie ne peut pas se faire par une formation individualisée. Selon nous, une manière de dépasser ce clivage opposant la responsabilité individuelle et la contrainte collective dans l'application d'une innovation consisterait à se servir du collectif de travail comme levier pour la bonification des pratiques (Kinjerski et Skrypnek, 2008). En ce sens, les gestionnaires de changement en CHSLD pourraient faciliter l'application d'innovations en prenant appui sur la routine de travail des préposés aux bénéficiaires et sur les stratégies que ces derniers mettent en œuvre collectivement dans leur pratique (Aubry, Etheridge et Couturier, 2013).

P A R T I E

---

3

**LES PROBLÉMATIQUES  
DE SANTÉ AU TRAVAIL  
DES AIDES-SOIGNANTES  
ET DES PRÉPOSÉS  
AUX BÉNÉFICIAIRES  
EN BELGIQUE ET AU QUÉBEC**



## LE RÔLE DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES DANS LA PRÉVENTION DES INFECTIONS ACQUISES EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE SANTÉ AU QUÉBEC

*Henriette BILODEAU*

*Geneviève ROBERT-HUOT*

Au Québec, on estime que les infections nosocomiales survenant dans les établissements de soins de courte durée et celles associées aux chirurgies d'un jour représentent entre 80 000 et 90 000 cas par année, avec un taux de mortalité variant de 1 à 10 % selon les types d'infections (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b). L'Institut de la statistique du Québec rapporte que l'infection à la bactérie *C. difficile* est la cause d'au moins 1900 décès entre 2002 et 2006. Ce constat est d'autant plus désolant que ces pertes humaines, ces souffrances, ainsi que ces coûts pour les individus et le système de santé auraient pu être évités par la mise en place de mesures d'hygiène et de salubrité reconnues tant sur le plan provincial que sur le plan national (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011).

En 2004, le gouvernement du Québec a demandé à l'Institut de la santé publique du Québec (INSPQ) et au Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) de définir les lignes directrices pour la prévention et le contrôle de l'ensemble des infections nosocomiales. Largement diffusées, ces lignes directrices ont donné lieu à la création de programmes de prévention visant à mieux contrôler les vecteurs de transmission présents dans les établissements de soins (objets contaminés, humains, procédures de soins, etc.). En règle générale, ces programmes s'adressaient principalement aux personnels de soins.

L'adhésion aux normes et directives de prévention et de contrôle des infections nosocomiales par l'ensemble du personnel des établissements de soins de santé qui sont en contact avec les patients et leur environnement s'avère primordiale au succès des programmes de prévention et de contrôle. De nombreuses études ont voulu vérifier dans quelle mesure les travailleurs connaissent la question et mettent en œuvre les précautions universelles dans l'exercice de leurs fonctions. Toutes les recherches recensées sur le personnel de soins, sauf une, s'intéressaient aux infirmières et aux médecins (Bilodeau, Berthelette et Robert-Huot, 2012). Seule l'étude de Suchitra et Lakshmi Devi (2007) a retenu les préposés aux bénéficiaires parmi les groupes étudiés. Les résultats de ces chercheurs suggèrent que les préposés aux bénéficiaires appliquent les procédures d'une façon plus conforme aux directives de prévention et de contrôle des infections que les infirmières et les médecins.

Devant l'absence d'information sur les connaissances, les pratiques et les perceptions des préposés aux bénéficiaires en général et au Québec en particulier, nous avons décidé de procéder à une enquête au cours de l'année 2011-2012. Cette démarche nous apparaissait nécessaire puisque les préposés aux bénéficiaires ont un rôle de première ligne dans la chaîne de transmission de ces infections. La nature de leurs fonctions et leur proximité au patient en font des intervenants directement concernés tant par la prévention que par le contrôle des infections nosocomiales. Or nous ignorions jusqu'à présent dans quelle mesure les préposés aux bénéficiaires possédaient les connaissances, les attitudes et les capacités pour mettre en œuvre les précautions universelles requises par le ministère de la Santé et des Services sociaux et plus directement par leur établissement.

Ce chapitre présente les principaux résultats du rapport du projet que nous avons produit avec le Service aux collectivités (SAC) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP-FTQ).

## **1. OBJECTIFS**

L'objectif général de l'étude originale consistait à documenter la situation des préposés aux bénéficiaires (PAB dans les tableaux) et du personnel en hygiène et salubrité œuvrant dans les établissements de soins de santé au Québec relativement à la question des infections nosocomiales (IN dans les tableaux). Dans ce chapitre, nous présentons les principaux résultats obtenus auprès des préposés aux bénéficiaires. Plus particulièrement, nous voulons décrire leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Finalement, nous explorons les perceptions des préposés aux bénéficiaires concernant les barrières à l'application des règles des bonnes pratiques en matière d'infections nosocomiales, puis nous nous penchons sur les éléments permettant de décrire le climat de santé et de sécurité au travail dans leur établissement.

## **2. MÉTHODOLOGIE**

### **2.1. POPULATION ET COLLECTE DE DONNÉES**

La population à l'étude est formée des 2645 préposés aux bénéficiaires travaillant dans des établissements de santé francophones et accrédités par le SCFP-FTQ lors de l'hiver 2011. Cette population provient de huit établissements de soins situés dans les régions de Montréal, de Québec, de Chaudière-Appalaches, de la Montérégie, du Bas-Saint-Laurent et de l'Abitibi-Témiscamingue. Tous ces préposés aux bénéficiaires ont reçu une invitation à participer à l'étude. Un questionnaire a été envoyé par voie postale à l'adresse personnelle de chacun. Les listes d'employés et les adresses postales ont été fournies par les sections locales du SCFP-FTQ. L'enquête a débuté en juin 2011. Toutefois, une grève des postes nous a contraints à reprendre l'ensemble du processus à l'automne. Les délégués syndicaux dans les huit milieux concernés ont assuré un suivi, encourageant leurs membres à remplir le questionnaire reçu et à le retourner.

Au total, 949 préposés aux bénéficiaires ont retourné le questionnaire, ce qui représente un taux de réponse de 35,9 %.

## 2.2. INSTRUMENT DE MESURE ET ANALYSE

Un questionnaire a été élaboré à partir des guides de bonnes pratiques (*guidelines*) qui ont été publiés par les gouvernements et par certains établissements à l'étude. Un examen rigoureux de leur contenu nous a permis de dresser la liste des normes à suivre afin de prévenir et contrôler les infections nosocomiales dans les établissements de soins. Nous avons dégagé de cette liste les connaissances et les pratiques devant être respectées par les préposés aux bénéficiaires dans le cadre de leur travail. De plus, nous avons recueilli des échelles de mesure sur la perception du risque, sur les conditions de travail en lien avec la santé, la sécurité et le travail et sur l'intention de quitter son emploi (Gershon *et al.*, 2000; Lewis et Thompson, 2009; Meyer, Allen et Smith, 1993). Ces échelles, issues de publications scientifiques, ont été validées dans différents contextes. Comme elles sont écrites en anglais, nous avons procédé à leur traduction et à leur adaptation au contexte québécois. En somme, toutes ces sources d'information nous ont permis de construire le questionnaire sur les connaissances, les pratiques et les perceptions des préposés aux bénéficiaires à l'égard des infections nosocomiales. Le questionnaire a été testé auprès de représentants syndicaux préposés aux bénéficiaires dans le but de nous assurer d'une compréhension juste des énoncés par les répondants.

Les réponses aux questionnaires ont été saisies par la firme Elite Data, puis validées par l'assistante de recherche. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 20.

## 3. RÉSULTATS

Les résultats sont présentés en quatre sections. Dans la première partie, nous faisons une brève description des répondants en regard des caractéristiques sociodémographiques et des conditions d'emploi. La deuxième fait état des principales conditions associées à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales. La troisième relève les principales barrières perçues par les préposés aux bénéficiaires à l'adoption des normes d'hygiène souhaitées. Dans la quatrième, nous présentons les perceptions relatives au climat de santé et sécurité au travail dans leur établissement.

### 3.1. DESCRIPTION DES RÉPONDANTS

Les répondants sont majoritairement de sexe féminin (79,4%) et ils ont de 41 à 45 ans pour la plupart. Ils possèdent une expérience professionnelle moyenne de 11,2 ans. En général, les préposés aux bénéficiaires ont complété une scolarité. La plupart d'entre eux détiennent un diplôme d'études secondaires (78,2%). En outre, près de 55% des préposés aux bénéficiaires ont aussi complété un diplôme d'études professionnelles. Seulement 2,4% des membres de ce groupe n'ont obtenu aucun diplôme (tableau 7.1).

Tableau 7.1.  
Description des répondants

<b>Sexe</b>	
Hommes	20,6%
Femmes	79,4%
<b>Âge</b>	
Catégorie moyenne	41-45 ans
<b>Expérience dans la profession</b>	
Moyenne	11,2 années
Médiane	8,0 années
<b>Niveau de scolarité complété</b>	
Aucun diplôme	2,4%
Secondaire	78,2%
Accréditation d'études professionnelles (AEP)	6,0%
Diplôme d'études professionnelles (DEP) <sup>a</sup>	54,7%
Accréditation de spécialisation professionnelle (ASP)	3,9%
Collégial général	8,7%
Collégial technique	8,9%
Certificat universitaire	7,5%
Baccalauréat	3,0%

<sup>a</sup> L'obligation d'avoir un DEP pour travailler comme préposés aux bénéficiaires date de 2000. Avant 2000, le métier était ouvert à tous et les préposés aux bénéficiaires étaient formés en milieu de travail. Depuis peu, il existe une formation en entretien d'édifice de santé. Toutefois, ce diplôme n'est pas encore exigé par l'employeur.

Parmi nos répondants, 48 % occupent des postes à temps plein dans un établissement. Les préposés aux bénéficiaires exercent leurs fonctions majoritairement dans les hôpitaux (54,7%). Finalement, un peu plus de la moitié d'entre eux travaillent 70 heures et plus par période de deux semaines, comparativement à 24,5 % travaillant 50 heures ou moins pour la même période (tableau 7.2).

Tableau 7.2.  
Conditions d'emploi

<b>Statut d'emploi</b>	
Temps plein	48,2%
Temps partiel	41,2%
Temps partiel occasionnel	10,6%
<b>Type d'établissement majoritairement à l'emploi</b>	
Hôpital	54,7%
Centre d'hébergement	39,3%
Institut gériatrique	6,0%
<b>Nombre d'heures par période de 2 semaines</b>	
50 heures ou moins	24,5%
Entre 51 heures et 69 heures	23,4%
70 heures ou plus	52,1%

### 3.2. PRINCIPALES CONDITIONS À LA PRÉVENTION ET AU CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Dans cette section, nous nous intéressons en premier lieu aux perceptions du risque associé aux infections nosocomiales, aux connaissances et aux normes de bonne pratique et en second lieu aux barrières à l'application des bonnes pratiques en milieu de travail.

#### 3.2.1. Perception du risque

Nous avons voulu connaître les perceptions des préposés aux bénéficiaires concernant l'importance et la gravité des problèmes associés à la présence des infections nosocomiales dans leur milieu de travail. Ainsi, un peu moins

de 70 % des préposés croient que la présence d'un patient atteint d'une telle infection constitue un problème sérieux. En ce qui a trait aux conséquences de cette situation, environ 77 % des préposés aux bénéficiaires considèrent qu'elles sont graves (tableau 7.3). Écrit autrement, une proportion non négligeable des préposés aux bénéficiaires semble ne pas percevoir l'importance (31,3 %) ou la gravité de conséquences (23,2 %) de ce type d'infection dans leur milieu de travail. Par ailleurs, nous avons constaté que le fait d'avoir reçu une formation sur les infections nosocomiales n'avait pas d'impact significatif sur ces perceptions.

Tableau 7.3.

## Perception du risque associé à la présence d'un patient ayant une IN

	Fortement en désaccord/ en désaccord		Plus ou moins en désaccord		D'accord/ fortement d'accord	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Présence d'un patient avec une IN est un problème très sérieux	94	10,1	198	21,2	641	68,7
Les conséquences de la présence d'un patient atteint d'une IN sont graves	47	5,0	169	18,2	715	76,8

### 3.2.2. Connaissances

Nous avons vérifié 18 connaissances en rapport avec les infections nosocomiales et leur prévention. Ces connaissances, qui portent sur les modes de transmission des infections, les risques et les précautions, sont communes à l'ensemble des guides de bonnes pratiques consultés (Bilodeau, Berthelette et Robert-Huot, 2012). Afin d'être en mesure de porter un jugement éclairé sur le niveau de connaissances de l'ensemble des répondants, nous avons fait l'hypothèse que toutes les normes des bonnes pratiques devaient être connues des préposés aux bénéficiaires afin d'assurer des niveaux de prévention et de protection élevés.

Nos résultats nous permettent d'affirmer que les préposés aux bénéficiaires ont en général un bon niveau de connaissances sur les infections nosocomiales puisque 50 % d'entre eux environ ont effectué un parcours sans faute (18/18) ou avec une seule erreur. Cependant, 34 % des répondants ont fait deux ou trois erreurs et 16 % d'entre eux ont commis quatre erreurs ou plus.

L'examen des principales erreurs retrouvées chez les répondants a permis de dégager cinq connaissances qui pourraient faire l'objet d'une attention particulière lors des formations futures en prévention sur les infections auprès des étudiants ou lors des mises à jour des connaissances en établissement de soins de santé. Pour ces connaissances, présentées au tableau 7.4, les participants ont obtenu 5 % ou plus de mauvaises réponses.

Tableau 7.4.

**Questions de connaissance sur les IN ayant obtenu plus de 5% de mauvaises réponses selon la catégorie d'établissement du PAB**

Questions de connaissance ayant obtenu 5% et plus de mauvaises réponses	Hôpital (%)	Centre d'hébergement (%)	Khi-deux
1. Une précaution de type contact (p. ex., C. difficile, ERV) signifie que la transmission peut se faire par contact direct (entre humains) ou contact indirect (sur une surface ou un objet)	3,3	6,8	0,018*
2. Les infections nosocomiales acquises en milieu hospitalier sont contractées durant un séjour à l'hôpital sans signe clinique apparent ou sont en incubation lors de l'entrée à l'hôpital	17,4	21,2	0,159
3. Il n'est pas nécessaire de porter des gants en tout temps si mes mains ont des lésions mineures (gerçures, égratignures)	14,0	13,8	0,955
4. Si mes mains comportent des lésions, je dois porter des gants en tout temps	12,0	12,1	0,001 <sup>a</sup>
5. Pour l'ensemble des patients, les pratiques de base s'appliquent lors de tout contact direct avec du sang, les liquides de l'organisme, la peau non intacte, les muqueuses ainsi que les sécrétions et les excréments à l'exception de la sueur	22,6	20,4	0,4565

<sup>a</sup> Significatif à 0,05.

Les connaissances déficientes sont liées à l'acquisition d'une infection nosocomiale, aux circonstances entourant le port des gants et à l'application des pratiques de base afin d'éviter la contamination lors de contacts directs avec les liquides de l'organisme, la peau non intacte, les muqueuses, les sécrétions et les excréments. Par ailleurs, nous observons des différences significatives entre les préposés aux bénéficiaires selon qu'ils travaillent en milieu hospitalier ou en centre d'hébergement, en ce qui a trait aux précautions de type contact (énoncé 1) contrairement au port des gants en tout temps en présence de lésions aux mains (énoncé 4).

### 3.2.3. Pratiques

Nous avons demandé aux préposés aux bénéficiaires de se positionner relativement à 14 pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales afin de juger de leur niveau de conformité aux règles d'hygiène de base. Ils devaient se situer sur une échelle comportant cinq niveaux (jamais, rarement, parfois, souvent, toujours) selon leur pratique professionnelle quotidienne.

La grande majorité des préposés aux bénéficiaires (90% ou plus) disent adopter souvent ou toujours les règles d'hygiène de base pour 9 des 14 pratiques qui sont examinées (tableau 7.5). La plupart des règles auxquelles les préposés disent se conformer concernent le lavage des mains et le port des gants lors de la manipulation d'une matière souillée par du sang ou des matières biologiques ou quand il existe un risque de contact avec de tels agents contaminants.

Tableau 7.5.

#### Règles d'hygiène de base observées par 90% ou plus des PAB dans l'exercice de leurs fonctions

Règles d'hygiène de base observées (souvent ou toujours) en contexte de pratique	PAB (%)
1. Je procède à l'hygiène des mains après le retrait des gants.	92
2. Je procède à l'hygiène des mains après deux activités différentes.	90
3. Je procède à l'hygiène des mains après avoir retiré un ÉPI complet (p. ex., sarrau, masque, lunettes).	95
4. Si mes mains sont mouillées, poudrées ou visiblement souillées, je les lave avec de l'eau et du savon.	98
5. Si mes mains sont entrées en contact avec du sang ou des produits biologiques, je les lave avec de l'eau et du savon.	99
6. Je change de gants entre deux activités de nature différente.	98
7. Je porte des gants lorsque je risque d'être en contact avec du sang ou des liquides biologiques.	100
8. Je porte des gants si mes mains présentent des lésions.	95
9. Je porte des gants lors de manipulations de linges et de matériaux souillés par du sang ou des liquides biologiques.	99

Pour ce qui est des cinq énoncés auxquels les participants ont moins bien répondu, ils portent sur des aspects particuliers liés au lavage des mains et au transport du linge et du matériel souillés (tableau 7.6).

Tableau 7.6.

**Règles d'hygiène de base observées par moins de 90% des PAB  
dans l'exercice de leurs fonctions**

Règles d'hygiène de base observées (souvent ou toujours) en contexte de pratique	PAB (%)
1. Je procède à l'hygiène des mains avant de mettre des gants.	55
2. Je procède à l'hygiène des mains entre deux chambres.	89
3. Je procède à l'hygiène des mains avant d'enfiler un ÉPI complet (p. ex., sarrau, masque, lunettes).	66
4. Je transporte les linges souillés dans un emballage étanche et fermé.	84
5. Je transporte le matériel souillé dans un emballage étanche et fermé.	81

Conscients que l'adoption des bonnes pratiques repose non seulement sur la connaissance et la perception du risque encouru, mais aussi sur le contexte entourant l'exercice de la profession, nous aborderons dans la section suivante les conditions entourant l'exercice du métier de préposé aux bénéficiaires pouvant favoriser ou entraver l'application des normes reconnues des bonnes pratiques.

### 3.2.4. Environnement de travail

Certains éléments de l'environnement de travail peuvent expliquer en partie les pratiques adoptées par les préposés aux bénéficiaires. Parmi ces éléments, la formation et sa mise à jour, l'organisation du travail, les ressources humaines et physiques disponibles de même que la culture de santé et sécurité au travail peuvent agir comme facilitateur ou comme barrière à une adoption conforme des pratiques de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

Les formations portant sur les infections nosocomiales en milieu de travail et leur mise à jour ne sont pas standardisées et aucune obligation n'incombe aux établissements de santé au Québec en cette matière. Cette absence de standardisation peut expliquer en partie la grande variété de la formation reçue à l'embauche d'un établissement à l'autre. Notre étude a permis de constater que près de 10 % des préposés aux bénéficiaires n'ont reçu aucune formation d'accueil. Par ailleurs, seulement 43,2 % des préposés disaient avoir suivi une formation durant laquelle la question des infections nosocomiales a été abordée (tableau 7.7). Cependant, nous avons noté que, lors des formations, les centres hospitaliers abordent significativement plus souvent ce thème que les centres d'hébergement.

Tableau 7.7.  
Formation à l'accueil

	Hôpital n = 496		Centre d'hébergement n = 358		Total PAB n = 918	Khi-deux
	%	n	%	n	%	
Pas de formation d'accueil	8,7	43	12,6	45	9,8	
Formation d'accueil, infections nosocomiales non abordées, ou NSP	40,7	202	54,7	196	46,9	0,000 <sup>a</sup>
Formation d'accueil, infections nosocomiales abordées	50,6	251	32,7	117	43,2	

<sup>a</sup> Significatif à 0,05.

Parmi les thèmes généralement abordés lors des formations d'accueil, nous en avons retenu six : les mesures d'urgence, les tâches à faire, le RCR, le SIMDUT, la santé et la sécurité au travail, les pratiques d'hygiène de base. Nos résultats indiquent que, pour plus de 60 % des préposés aux bénéficiaires qui l'ont suivie, seulement deux thèmes font partie de la formation d'accueil, à savoir les tâches de travail et les pratiques d'hygiène de base.

En santé et sécurité au travail, nous savons que les formations de rappel et de mise à jour des connaissances jouent un rôle crucial dans l'adoption et le maintien des pratiques de prévention recherchées. Nos résultats montrent que 22,5 % des préposés aux bénéficiaires ne reçoivent aucune formation de mise à jour alors que 14,6 % d'entre eux disent ignorer si de telles formations se donnent dans leur établissement. Donc, il semble que seulement 63 % des préposés aux bénéficiaires reçoivent une formation de mise à jour visant à rappeler les mesures d'hygiène et de salubrité (tableau 7.8). Toutefois, nous remarquons une différence significative entre les établissements, les centres d'hébergement semblant offrir dans une plus grande proportion des formations de rappel et de mise à jour que les hôpitaux.

Tableau 7.8.  
Formation de rappel et de mise à jour

Présence de formations de rappel et mise à jour des connaissances	Hôpital		Centre d'hébergement		Total PAB	Khi-deux
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Oui	55,4	282	70,1	253	63,0	
Non	25,1	128	20,5	74	22,5	0,000 <sup>a</sup>
Ne sait pas	19,4	99	9,4	34	14,6	

<sup>a</sup> Significatif à 0,05.

### 3.3. BARRIÈRES À L'EMPLOI DES BONNES PRATIQUES

Nous avons examiné la perception des préposés aux bénéficiaires concernant 18 barrières pouvant nuire significativement à l'adoption des bonnes pratiques dans l'exercice de leurs fonctions. Ces barrières sont le niveau de connaissance de la personne, le matériel disponible, la communication de l'information et le temps (charge de travail). Par ailleurs, nous voulions vérifier s'il y avait une différence significative dans la perception des barrières selon que le préposé aux bénéficiaires travaille en centre hospitalier ou en centre d'hébergement. Nous avons répertorié les barrières les plus importantes au tableau 7.9.

Tableau 7.9.  
Barrières au respect de la conformité aux règles d'hygiène

Il m'arrive de ne pas suivre les pratiques d'hygiène de base recommandées parce que...	Hôpital		Centre d'hébergement		Khi-deux
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	
<b>1. Dans mon travail, mon niveau de connaissance au sujet de la prévention des infections est insuffisant.</b>					
Fortement en désaccord/En désaccord	318	62,1	212	57,3	
Plus ou moins en désaccord	127	24,8	89	24,1	0,075 <sup>a</sup>
D'accord/Fortement d'accord	67	13,1	69	18,6	

(suite)

Tableau 7.9. (suite)

<b>2. Le matériel dont j'ai besoin n'est pas disponible.</b>					
Jamais/Rarement	412	81,1	270	73,6	0,011 <sup>a</sup>
Parfois	69	13,6	78	21,3	
Souvent/Toujours	27	5,3	19	5,2	
<b>3. Je n'ai pas assez de temps.</b>					
Jamais/Rarement	301	59,5	178	48,8	0,004 <sup>a</sup>
Parfois	114	22,5	93	25,5	
Souvent/Toujours	91	18,0	94	25,8	
<b>4. Il y a une mauvaise communication entre l'équipe de préposés aux bénéficiaires et les responsables de la prévention des infections.</b>					
Jamais/Rarement	324	63,8	229	63,6	NS
Parfois	134	26,4	90	25,0	
Souvent/Toujours	50	9,8	41	11,4	
<b>5. Je n'ai pas accès aux informations dont j'ai besoin concernant les chambres où sont les patients auxquels je dois fournir des soins.</b>					
Jamais/Rarement	315	62,0	212	58,2	NS
Parfois	119	23,4	85	23,4	
Souvent/Toujours	74	14,6	67	18,4	
<b>6. Je n'ai pas accès au matériel dont j'ai besoin au moment où j'en ai besoin.</b>					
Jamais/Rarement	399	78,2	248	67,6	0,001 <sup>a</sup>
Parfois	90	17,6	90	24,5	
Souvent/Toujours	21	4,1	29	7,9	

<sup>a</sup> Significatif à 0,05.

Quelle que soit la catégorie d'établissements, nous notons qu'une proportion non négligeable des préposés aux bénéficiaires (40 %) croit que le niveau de connaissances sur la prévention des infections est en tout ou en partie insuffisant. Par ailleurs, la formation est clairement valorisée par l'ensemble des préposés aux bénéficiaires puisque 87 % d'entre eux jugent positivement l'utilité de recevoir une formation en lien avec le travail qu'ils ont à effectuer.

La disponibilité du matériel ne pose jamais ou rarement problème pour environ 77 % des préposés aux bénéficiaires. Toutefois, il semble que les préposés travaillant dans les centres d'hébergement soient dans une

plus grande proportion confrontés à cette barrière comparativement à leurs collègues du milieu hospitalier. Ce résultat se confirme lorsque ces derniers nous font part de leur difficulté à avoir accès au matériel au moment où ils en ont besoin et qu'ils mentionnent ne pas avoir à leur portée un lavabo avec savon ou un assainisseur quand ils travaillent.

L'accès à l'information et la communication se révèlent être une barrière aux yeux des préposés aux bénéficiaires, quel que soit le type d'établissements où ils travaillent. Plus de 16 % des préposés ayant répondu au questionnaire indiquent ne pas avoir accès (souvent ou toujours) à l'information sur les chambres où sont les patients auxquels ils doivent fournir des soins, mais 26,5 % d'entre eux disent avoir parfois cette information. Toutefois, les établissements ne se distinguent pas significativement à ce chapitre. Par ailleurs, la communication entre l'équipe des préposés aux bénéficiaires et les responsables de la prévention des infections ne pose jamais ou pose rarement problème pour 63 % d'entre eux (580/925). Enfin, le temps n'est pas ou est rarement une barrière à l'application des bonnes pratiques d'hygiène pour seulement 55 % des préposés aux bénéficiaires. Cependant, nous constatons une différence significative sur ce plan entre les préposés aux bénéficiaires selon les types d'établissements où ils travaillent.

### **3.4. CLIMAT DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL**

Notre questionnaire permettait également de mesurer certains aspects associés au climat de santé et de sécurité au travail (tableau 7.10). La présence de soutien managérial, la disponibilité du matériel, la charge de travail et la supervision sont autant de facteurs qui favorisent ou qui entravent l'adhésion aux règles d'hygiène.

Nos résultats indiquent des variations parmi les répondants pour ce qui est de l'accès au matériel. L'accès aux gants à usage unique est qualifié de bon par 95 % des préposés aux bénéficiaires. L'accès aux boîtes de récupération d'objets pointus ou tranchants s'avère facile selon 90 % des préposés aux bénéficiaires travaillant en centre hospitalier, contre 76,8 % pour leurs confrères en centre d'hébergement.

En général, les préposés aux bénéficiaires n'ont pas une bonne perception du soutien des gestionnaires pour des problèmes touchant la santé et la sécurité au travail. Nous constatons que plus de 25 % des préposés pensent que la protection des travailleurs n'est pas nécessairement une priorité pour les gestionnaires et que 6 % d'entre eux en sont certains. Cette

perception se confirme quand on considère que plus de 25 % des préposés aux bénéficiaires ne croient pas que l'établissement prend des mesures raisonnables afin de minimiser les dangers associés aux tâches de soins et que plus de 40 % d'entre eux disent ne pas être invités à s'impliquer dans les questions de santé et de sécurité au travail. Toutefois, il semble que le soutien des gestionnaires soit légèrement mieux perçu par les préposés aux bénéficiaires des centres d'hébergement que par leurs collègues des centres hospitaliers.

Le temps apparaît également comme un problème important pour une grande proportion des préposés aux bénéficiaires. Ainsi, pour seulement 54,1 % des préposés, le suivi des mesures de précaution universelles n'exige pas de reporter d'autres tâches à un moment ultérieur. De même, pour seulement 53,5 % d'entre eux, la charge de travail permet de respecter facilement ces mesures.

Sur le plan de la formation, de la supervision et du suivi des préposés aux bénéficiaires, nous constatons qu'une faible proportion (40,1 %) d'entre eux est d'accord pour dire que les mauvaises pratiques sont corrigées par un supérieur. Également, une minorité de préposés aux bénéficiaires (26,1 %) mentionne discuter souvent avec un supérieur des pratiques sécuritaires.

Tableau 7.10.

## Climat de santé et de sécurité au travail

	Hôpital		Centre d'hébergement		Total N = 914 %	Khi- deux
	n	%	n	%		
<b>Les boîtes pour objets pointus, coupants et tranchants me sont facilement accessibles.</b>						
Fortement en désaccord/En désaccord	39	7,7	61	17,7	12,8	
Plus ou moins en désaccord	12	2,4	69	20,0	10,4	0,000 <sup>a</sup>
D'accord/Fortement d'accord	457	90,0	215	62,3	76,8	
<b>Dans cet établissement, la protection des travailleurs contre les IN est une priorité élevée pour les gestionnaires.</b>						
Fortement en désaccord/En désaccord	27	5,4	26	7,2	6,0	
Plus ou moins en désaccord	114	22,7	92	25,3	23,7	0,317
D'accord/Fortement d'accord	361	71,9	245	67,5	70,3	

(suite)

Tableau 7.10.

## Climat de santé et de sécurité au travail (suite)

	Hôpital		Centre d'hébergement		Total N = 914	Khi-deux
	n	%	n	%	%	
<b>Dans cet établissement, toutes les mesures raisonnables sont prises pour minimiser les tâches et les procédures dangereuses.</b>						
Fortement en désaccord/En désaccord	27	5,3	6,6	6,6	5,7	
Plus ou moins en désaccord	121	23,9	28,8	28,8	25,7	0,154
D'accord/Fortement d'accord	358	70,8	64,6	64,6	68,6	
<b>Les employés sont invités à s'impliquer dans les questions de santé et sécurité au travail.</b>						
Fortement en désaccord/En désaccord	66	13,0	8,3	30	10,7	
Plus ou moins en désaccord	156	30,7	28,7	104	30,2	0,047*
D'accord/Fortement d'accord	286	56,3	63,0	228	59,1	
<b>Les gestionnaires de mon établissement font leur part pour assurer la protection des employés contre les risques professionnels liés aux infections acquises en milieu hospitalier.</b>						
Fortement en désaccord/En désaccord	36	7,1	27	7,5	7,1	
Plus ou moins en désaccord	131	26,0	96	26,7	26,2	0,948
D'accord/Fortement d'accord	337	66,9	237	65,8	66,7	
<b>Suivre les précautions universelles n'exige pas que d'autres tâches soient reportées à plus tard.</b>						
Fortement en désaccord/En désaccord	91	18,5	59	16,3	17,4	
Plus ou moins en désaccord	139	28,3	102	28,7	28,4	0,715
D'accord/Fortement d'accord	262	53,3	195	54,9	54,1	
<b>Habituellement, ma charge de travail me permet de toujours respecter facilement les précautions universelles.</b>						
Fortement en désaccord/En désaccord	89	17,7	60	16,5	16,9	
Plus ou moins en désaccord	151	30,0	104	28,6	29,6	0,752
D'accord/Fortement d'accord	264	52,4	200	54,9	53,5	
<b>Dans mon équipe de travail, les mauvaises pratiques sont corrigées par un superviseur.</b>						
Fortement en désaccord/En désaccord	138	27,4	78	21,7	25,1	
Plus ou moins en désaccord	176	34,9	128	35,6	34,9	0,127
D'accord/Fortement d'accord	190	37,7	154	42,8	40,1	

(suite)

Tableau 7.10. (suite)

Mon superviseur discute souvent avec moi des pratiques de travail sécuritaires.					
Fortement en désaccord/En désaccord	211	41,8	122	34,1	38,4
Plus ou moins en désaccord	169	33,5	136	38,0	35,4
D'accord/Fortement d'accord	125	24,8	100	27,9	26,1

<sup>a</sup> Significatif à 0,05.

#### 4. DISCUSSION

Les résultats de cette recherche sont particulièrement intéressants parce qu'ils sont les premiers à documenter le problème des infections nosocomiales à la lumière des connaissances qu'en ont les préposés aux bénéficiaires au Québec sur ce sujet. Ils laissent supposer l'existence de différences entre les préposés aux bénéficiaires selon que ces derniers travaillent dans un centre hospitalier ou dans un centre d'hébergement. Ils suggèrent également des pistes d'explication et d'action qui permettent d'améliorer la situation de toutes les personnes qui se trouvent exposées aux risques associés aux infections nosocomiales.

En s'appuyant sur le modèle PRECEDE, qui a été conceptualisé par Green *et al.* (1980), nous assumons que, pour qu'un individu adopte le comportement souhaité dans son travail, la présence de trois types de facteurs (prédisposants, facilitateurs et de renforcement) est impérative. Ainsi, les connaissances, les croyances, les attitudes, les valeurs et certaines caractéristiques sociodémographiques constituent des facteurs prédisposants. Ces facteurs sont internes à l'individu et l'amènent à agir ou non selon les attentes ou les objectifs. Pour leur part, les facteurs facilitateurs permettent à l'individu d'agir ou le motivent à produire le comportement attendu. Ils concernent les ressources personnelles, les habiletés et les ressources de l'environnement. Ces facteurs sont à la fois internes et externes à l'individu. De leur côté, les facteurs de renforcement sont consécutifs au comportement et agissent comme facteur incitatif ou comme facteur dissuasif. Ils encouragent le maintien du comportement recherché chez l'individu.

Selon ce modèle, l'application des normes des bonnes pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales exige des connaissances tant sur les mesures de prévention à appliquer que sur les modes de transmission de ces infections et sur la gravité des conséquences qui leur sont associées. Nos résultats laissent voir que plus de la moitié des formations à l'embauche n'offrent aucun contenu sur la prévention des infections nosocomiales. Bien que les préposés aux bénéficiaires aient généralement suivi une formation où ce thème devait être abordé, il nous apparaît nécessaire de revoir lors de l'embauche les pratiques de prévention et de contrôle des infections nosocomiales et les risques biologiques en lien avec le travail à exécuter dans le contexte particulier des centres hospitaliers ou des centres d'hébergement. De plus, il apparaît clairement que des mesures doivent être mises en place pour améliorer la rétention et la mise à jour des connaissances sur les infections nosocomiales chez les préposés aux bénéficiaires, car 20 % des questions portant sur ce sujet ont obtenu plus de 5 % de mauvaises réponses. Les résultats attendus de la mise en œuvre des bonnes pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales sont tributaires de leur application complète et conforme, sans compromis.

S'agissant des perceptions des préposés aux bénéficiaires du risque de contagion et de la gravité de ces infections, elles occupent un rôle important tant sur le plan des facteurs prédisposants que des facteurs de renforcement. Nos résultats dévoilent que plus du quart des préposés aux bénéficiaires estiment que la présence d'un patient atteint n'est pas un problème très sérieux ou grave. Par conséquent, il est nécessaire que les formations en milieu de travail accordent une attention particulière non seulement au processus de travail et aux façons de faire pour prévenir les infections nosocomiales, mais également aux conséquences de ces infections sur la santé et le bien-être pour toutes les personnes concernées dans les centres hospitaliers et les centres d'hébergement. Une meilleure connaissance des risques de transmission et de la gravité des infections nosocomiales augmenterait les probabilités d'une application à la fois complète et conforme des bonnes pratiques dans ce domaine.

La possession et le maintien des connaissances constituent des conditions nécessaires, quoique non suffisantes, à l'atteinte des comportements attendus des préposés aux bénéficiaires en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. L'environnement de travail joue un rôle non négligeable dans l'application et peut agir en tant que facteur facilitateur ou facteur contraignant. Notre étude a révélé l'existence

de plusieurs barrières qui, selon les préposés aux bénéficiaires, nuisent à l'application des standards attendus. Deux de ces barrières touchent directement l'organisation du travail, à savoir la communication organisationnelle et la charge de travail des préposés. Ainsi, l'ignorance des cas d'infection sur une unité de soins est une cause perçue de non-application des standards attendus en matière de contrôle et de prévention des infections nosocomiales. La déficience ou l'absence de modes de communication efficaces est pointée. De même, le manque de temps lié à une charge de travail trop importante entre en ligne de compte et fait lui aussi office de barrière. Seulement 53 % des préposés aux bénéficiaires disent que leur charge de travail leur permet de respecter facilement les précautions universelles en matière de prévention et contrôle des infections nosocomiales. Les autres barrières mentionnées par les répondants sont : la disponibilité des équipements de protection contre les infections et l'insuffisance de la formation sur la prévention des infections nosocomiales. Cette dernière barrière confirme l'importance à accorder à la formation comme facteurs prédisposant et facilitant menant à l'obtention du comportement attendu chez les préposés aux bénéficiaires.

Dans cette recherche, les questions relatives au soutien des gestionnaires en matière de santé et sécurité du travail sont vues comme des facteurs de renforcement, appuyant l'adoption des bonnes pratiques de prévention des infections nosocomiales. Ce postulat repose sur les résultats de recherches empiriques menées au cours des années 1990, dont l'étude de Simard *et al.* (1999). Cette recherche en gestion de la santé et sécurité au travail a démontré que l'implication et l'appui des dirigeants et des superviseurs favorisent positivement l'adoption de pratiques à la prudence et à l'initiative sécuritaire chez les travailleurs. Par conséquent, il y a tout lieu de penser que l'application des bonnes pratiques en matière d'infections nosocomiales serait influencée par l'importance accordée à cette question par les gestionnaires. Sur ce point, nos résultats indiquent que plus du quart des préposés aux bénéficiaires perçoivent que les questions touchant la prévention des infections ne sont pas nécessairement une priorité dans leur établissement. Par ailleurs, nous savons que le renforcement positif au moyen d'une rétroaction sur la pratique ou de discussions sur les pratiques sécuritaires constitue une pratique à toutes fins utiles inexistante. Le soutien des gestionnaires peut s'exprimer de différentes façons, qui peuvent ne pas être perçues par les préposés aux bénéficiaires dans leur quotidien. Dans ces conditions, il est important que le soutien de l'établissement et des

gestionnaires soit explicite pour qu'il puisse fonctionner comme facteur de renforcement positif pour l'adoption des normes de bonne pratique en matière de contrôle et de prévention des infections nosocomiales.

## **CONCLUSION**

Cette recherche est la première à présenter un état de la situation des préposés aux bénéficiaires accrédités par le SCFP en ce qui a trait à leur connaissance des infections nosocomiales dans les établissements de santé et les centres d'hébergement au Québec. Nous avons documenté leurs connaissances, leurs pratiques, leur contexte de travail et leurs perceptions en matière de prévention de ce genre d'infection.

Ces données ont été discutées à la lumière du modèle PRECEDE en vue de dégager des éléments susceptibles d'expliquer le degré de conformité observé dans l'application des normes de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Dans cette perspective, nous avons dégagé trois grands types de facteurs (prédisposants, facilitateurs et de renforcement) sur lesquels il est possible d'intervenir dans le but d'améliorer la performance des préposés aux bénéficiaires sur le plan de la conformité aux normes des bonnes pratiques en matière d'infections nosocomiales. Ces facteurs, qui concernent la formation à l'embauche, la formation continue, l'organisation du travail et le support des gestionnaires, interpellent principalement les établissements de soins de santé.

En terminant, mentionnons que d'autres recherches restent à faire afin d'identifier et de mieux comprendre le rôle joué par les différents facteurs décrits plus haut dans l'adoption de comportements conformes aux bonnes pratiques, que ce soit en matière de santé et sécurité au travail en général ou sur le plan de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales en particulier. Cette question concerne l'ensemble des acteurs (préposés aux bénéficiaires, gestionnaires, établissements) et pourrait s'avérer prometteuse dans la recherche de leviers d'action permettant d'avoir un milieu de travail plus sain tant pour le personnel de l'établissement dispensant des soins et des services que pour les résidents recevant ces mêmes soins et ces mêmes services.

## LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS

### Rapport à la norme et à l'institution : enjeux psychiques et enjeux éthiques

Johanne BOIVIN

*Avant le traitement de la souffrance, un défi éthique se pose donc, qui est celui de la reconnaissance de la souffrance. Ce défi est éthique au sens strict du terme, dans la mesure où il met en cause les conditions d'une forme de vie juste pour les personnes concernées. Un défi concerne dès lors, comme nous l'apprend Habermas, ce qui est rationnellement acceptable pour tous et doit donner lieu à des décisions qui engagent un intérêt légal de toutes les personnes concernées.*

Maesschalck, 2004

La souffrance au travail constitue un phénomène qui intéresse un nombre de plus en plus grand de chercheurs en raison de ses conséquences néfastes sur les personnes qui en sont victimes et leur entourage (collègues, famille, groupe social, communauté, etc.). Les emplois très risqués sur le plan de

la santé psychologique des individus se situeraient notamment dans le secteur des soins hospitaliers et médicaux (Bélangier et Mercier, 2006). Selon Canoui (2003), les soignants représentent un groupe particulièrement vulnérable à cet égard. Le problème de la souffrance au travail se démarque par son ampleur et ses conséquences sur notre société. Cependant, la souffrance des soignants demeure un sujet tabou ; en fait, elle est évitée, contournée, voire niée. Les travaux récents sur le sujet montrent qu'une multitude de facteurs peuvent contribuer à sa genèse.

Généralement perçue comme une affliction individuelle devant être traitée ou soulagée, la souffrance se situerait plutôt, d'après Canoui (2003), à l'interface d'une multitude de champs de réflexion (psychologiques, médicaux, ergonomiques, sociaux, éthiques). Plusieurs auteurs en éthique (Béland, 2009 ; Canoui, 2003 ; Hurst, 2001 ; Lambert, 2006 ; Lambert et Blondeau, 1999 ; Langlois *et al.*, 2009 ; Legault, 2009 ; Pauchant *et al.*, 1996, 2002 ; Quintin, 2011) ont souligné l'absence ou la perte de sens au travail qui secoue profondément les soignants depuis quelques années. La souffrance atteint les personnes (médecins, infirmières, personnel soignant, autres travailleurs de la santé) non seulement dans leur relation à eux-mêmes et aux autres, mais aussi en regard du sens qu'ils donnent à la vie.

Mes travaux réalisés en éthique appliquée portent sur la souffrance au travail des soignants, et mon angle d'analyse est la reconnaissance au travail (Renault, 2007, 2012). Aussi, il m'apparaît que cette souffrance est en partie une souffrance organisationnelle, laquelle reste une question peu documentée à ce jour. Ma réflexion en éthique porte sur la souffrance dans son rapport à la norme et à l'institution. Le cadre conceptuel que j'adopte pour mon analyse est celui d'une éthique réflexive selon une approche pragmatiste (Bessone, 2004 ; Blanchard, 2006 ; Cometti, 2010 ; Dewey, 2004, 2011 ; Frega, 2006 ; Madelrieux, 2010) et dialogique (Patenaude, 1998a, 1998b) et dans une perspective interactionniste et constructiviste (Le Breton, 2004 ; Weick, 1995). Les points de vue de certains auteurs en sociologie et en psychodynamique du travail viennent compléter ma réflexion. Essentiellement, mon questionnement de recherche consiste à me demander si souffrir représente une façon particulière de s'adapter à la norme. Et, le cas échéant, quel serait un « bon » rapport à la norme et à l'institution, et comment l'éthique appliquée peut-elle contribuer au dépassement de la souffrance des soignants en contexte organisationnel de santé ? Mon hypothèse principale consiste à postuler que la souffrance

des soignants n'est pas reconnue par les organisations de santé. Selon moi, deux obstacles majeurs contribuent à maintenir cette souffrance : son déni et la tendance à la concevoir comme relevant de l'ordre de la déviance.

Au cours de ma pratique comme psychoéducatrice en centre d'hébergement de soins de longue durée, j'ai observé que les préposés aux bénéficiaires forment un groupe à haut risque de développer une souffrance au travail. Moins visibles que les infirmières, les médecins et autres professionnels de la santé, comme le mentionne Soares (2010), ils accomplissent leurs tâches en première ligne auprès des usagers (hygiène, habillement, alimentation) et les défis éthiques qui se présentent à eux échappent à l'observateur non avisé. Les préposés aux bénéficiaires prodiguent des soins dans des situations parfois très difficiles, notamment quand certains usagers lucides se montrent réfractaires à recevoir de l'assistance au cours des soins journaliers et mettent continuellement en échec leurs efforts de résolution dans ces situations. Des enjeux de nature psychique et d'ordre éthique surgissent alors que les risques de violence sont présents et que les conflits de valeurs et les exigences normatives mettent à mal la capacité de ce personnel d'ajuster ses actions en situation concrète.

Ce chapitre se subdivise de la manière suivante. Tout d'abord, j'exposerai quelques éléments de la problématique de la souffrance au travail. Ensuite, je présenterai une définition de la souffrance en termes organisationnels, puis je discuterai de certains enjeux en lien avec la souffrance au travail. Enfin, je ferai état des pistes d'interventions possibles en éthique visant à réduire cette souffrance.

## **1. ÉLÉMENTS DE PROBLÉMATIQUE**

La souffrance au travail a fait l'objet de travaux dans le champ de la psychologie, de la sociologie et de la psychopathologie du travail. Il ressort de ces travaux que la souffrance se présente de façon multiforme et que ses causes sont variées et se combinent entre elles. S'agissant de la souffrance des soignants, Canouï (2003) propose de s'interroger d'abord sur ce point : existe-t-il une phénoménologie et une psychopathologie particulière de la souffrance au travail dans le domaine de la santé ? En guise de réponse, Canouï et Mauranges (2001) disent qu'il existe un « syndrome d'épuisement professionnel du soignant (SEPS) » (p. 209). Celui-ci se présenterait comme une expérience psychique douloureuse pour les personnes engagées dans un travail consistant essentiellement à aider autrui. Plus précisément,

selon ces auteurs, il s'agit d'une forme de « stress spécialisé », secondaire à un stress chronique dans un cadre professionnel (Canoui et Mauranges, 2001). Pour Béland (2009), la souffrance des soignants est une souffrance éthique, qu'il définit comme « la culpabilité face à l'impossibilité d'atteindre l'idéal thérapeutique du soin qui concerne l'ensemble des actions et pratiques destinées à guérir, à traiter et à soulager les soignés » (p. 1). Enfin, aux yeux de Quintin (2011), la souffrance éthique « correspond à une altération de notre relation à la vie [...] un événement dont il faut trouver le sens » (p. 52).

Les précédents auteurs éclairent notre compréhension de la souffrance des soignants d'un point de vue psychologique et existentiel. Or cette perspective met l'accent surtout sur l'individu sans faire appel à l'organisation<sup>1</sup>. Selon Girard (2009), il est important que la souffrance au travail soit comprise non seulement dans son aspect individuel, mais aussi dans sa dimension institutionnelle ; il s'agit « d'un enjeu institutionnel important et la responsabilité de réduire cette souffrance et ses impacts devrait être assumée par tous les niveaux de l'organisation » (p. 137). Je partage le point de vue de cette auteure, auquel je joins celui de Dejours (2003), qui a déjà mis en évidence la question fondamentale de la responsabilité des organisations dans la souffrance au travail. Plus précisément, Dejours avance que le pouvoir d'agir dont disposent les dirigeants (cadres, administrateurs, gestionnaires, superviseurs, etc.) au sein de leur organisation en regard de la santé mentale de leur personnel est sous-estimé à ce jour. Les conséquences d'une telle situation méritent qu'on s'y attarde en raison de ses effets à large spectre sur la santé humaine, car elles touchent la famille, la collectivité et plus largement la société. En s'appuyant sur les travaux menés par Scott et Ouchi, sur lesquels nous ne nous attarderons pas, Béland et Mercier (2006) relèvent aussi cette préoccupation. Ces auteurs rapportent que « les entreprises n'assument la plupart du temps aucune responsabilité envers ceux qui deviennent les victimes de ces

---

1. Le terme *organisation* n'est pas employé ici au sens d'organisation du travail (horaire, temps attribué à une tâche, efficacité de la tâche, coordination des services), il réfère plutôt aux pratiques professionnelles ou organisationnelles en usage dans un milieu donné et au type de rapport que les individus entretiennent entre eux au travail (Weick, 1995). Aussi, je distingue l'institution de l'organisation, où je figure cette dernière en toile de fond de la vie organisationnelle. En me rapportant à Castoriadis, l'institution, moins concrète, comprend une composante imaginaire et une composante fonctionnelle. Deux grandes forces sont à l'œuvre et se complètent dans l'institution : celle *instituant*e qui crée et symbolise et celle *instituée* qui norme, fixe et consolide.

situations » (Béland et Mercier, 2006, p. 50). Et, comme nous l'écrivions plus haut, les emplois très risqués sur le plan de la santé psychologique se trouveraient notamment dans le secteur des soins hospitaliers et médicaux.

Aussi, Longneaux (2004) nous met en garde contre le risque de réduire la souffrance humaine à une profession. Comme le souligne cet auteur, la souffrance des soignants « n'est pas un problème technique qui peut et doit trouver une solution » (p. 32). Pour remédier à cette souffrance, les organisations de santé offrent généralement à leurs employés des formes d'aide institutionnelle, données principalement selon un mode individuel (psychologique, médicale, paramédicale). Cependant, pour Canoui (2003), la souffrance des soignants n'est pas une pathologie.

En éthique appliquée, Lacroix (2009) s'intéresse à la dimension éthique de l'organisation du travail et met en évidence la perte de sens chez les travailleurs en lien avec les contextes concrets de travail, là où les acteurs prennent des décisions et posent des actions. Du point de vue de cet auteur, sans nier qu'elle puisse prendre une dimension spirituelle dans certains cas, cette perte de sens pourrait se définir comme « une difficulté à identifier les systèmes de référence pertinents de nos actions, de même que les valeurs devant être privilégiées lors de ces actions » (Lacroix, 2009, p. 141). Le contexte est pluriel (légal et réglementaire, sociopolitique, administratif, technoscientifique, professionnel, clinique) et exige des travailleurs de toutes catégories, appartenant ou non à un ordre professionnel, de mettre à profit leur capacité réflexive afin de prendre des décisions et de faire des choix d'actions ajustées en situation. Mais il appert que les organisations ne fournissent pas aux professionnels les espaces de réflexion et de délibération qui leur sont nécessaires et qui leur permettrait pourtant d'interpréter le contexte et d'ajuster leur comportement en conséquence. Selon Lacroix (2009), les intervenants ne disposent pas toujours de la latitude requise pour exercer leur autonomie, mais leurs responsabilités leur sont soulignées dans un type d'injonction comme celui-ci : « Soyez autonomes dans le respect des directives et politiques de l'organisation qui ne tolèrent aucune dérogation à la norme ! » (p. 142).

Être reconnue comme étant une personne capable d'une pensée autonome, de réflexivité<sup>2</sup>, de créativité et capable de prendre des initiatives, constitue à mon sens la dimension éthique de la reconnaissance au travail. Comme le souligne Lacroix (2009), ce n'est pas le travail bien fait ni sa qualité qui est fondamentalement à reconnaître ici, mais plutôt la nature même de la personne, qui est une personne capable de penser avec autonomie<sup>3</sup>.

## 2. SOUFFRANCE AU TRAVAIL EN TERMES ORGANISATIONNELS

Selon Ricoeur (1994), la souffrance constitue une expérience humaine universelle qui se déploie dans le rapport à soi et à autrui. La souffrance n'est pas essentiellement quelque chose que l'on subit, mais elle contient en elle-même un potentiel de changement pour soi, pour l'autre et pour l'environnement. Selon Périlleux et Cultiaux (2009, p. 9), le *Dictionnaire historique de la langue française* fait référence au terme *souffrance* en tant que douleur physique ou morale et comme une action : « se souffrir [...] c'est se tenir debout, se soutenir mutuellement ». Périlleux et Cultiaux (2009, p. 37) traduisent dans ces mots la part active de la souffrance et le fait que cette souffrance interpelle autrui dans l'agir :

- 
2. La réflexivité est entendue ici comme compétence à percevoir et à porter un regard critique sur son action (valeurs, normes, mobiles, désirs, intérêts, finalités) en interrelation avec celle d'autrui en contexte ; la réflexivité favorise les apprentissages dans une double dimension individuelle et collective. Sur le plan individuel, elle exige de la personne une conscience de soi, une mise en question de ses certitudes, croyances et connaissances théoriques ou acquises et une distanciation lucide de ses pratiques. Sur le plan collectif, elle est un « savoir interagir avec autrui » et une posture réflexive où chacun des interlocuteurs met à contribution sa réflexion et se prête à reconsidérer ce qui la fonde à la lumière des avancées que groupe via le dialogue éthique (comité, groupe de travail, équipe interdisciplinaire) (Le Boterf, 2002).
  3. Hannah Arendt (1996) définit la faculté de penser comme un besoin naturel de la vie humaine, présente dans chaque individu. Elle note que l'incapacité de penser menace chacun d'entre nous et affirme que « l'incapacité de penser n'est pas la "prérogative" de tous ceux qui manquent d'intelligence, elle est cette possibilité toujours présente qui guette chacun – les scientifiques, les érudits et autres spécialistes de l'équipée mentale – et empêche le rapport à soi-même, dont la possibilité et l'importance furent découvertes par Socrate » (p. 70).

Ces usages anciens nous indiquent quelque chose du vif de la souffrance. Parce qu'elle affecte un sujet humain, la souffrance le rend *passible* des autres, et rend les autres passibles à son égard, dans une relation qui est aux antipodes d'une « désaffection » ou d'une « impassibilité ».

En tant que « fait brut », la souffrance affecte ses témoins et en ce sens elle est de l'ordre de l'appel, de la sollicitation. C'est dans un temps ultérieur qu'elle peut être politisée au sens où elle fait l'objet d'une imputation de responsabilité.

Ce regard porté sur la souffrance en général m'apparaît comme une voie prometteuse pour comprendre la souffrance au travail d'un point de vue organisationnel. Et, je définis celle-ci de la manière suivante : 1) non pas un état qui se voudrait statique, mais plutôt mouvement, un langage qui demande à être interprété, un appel ou encore une sollicitation qui a un destinataire, soi ou l'autre (Martucelli, 2007 ; Osty, 2010) ; 2) une impossibilité d'agir et un pouvoir d'agir contraint pouvant se traduire en lutte ou en résistance dont la forme expressive est soit implicite (désistement, épuisement, décrochage) ou soit explicite (plainte, requête, dénonciation, questionnement) (Périlleux et Cultiaux 2009 ; Ricoeur, 1994) ; et 3) une difficulté à s'accomplir, une atteinte à son idéal professionnel (Duhamel, 2010 ; Dujarier, 2012).

Cette conception de la souffrance au travail dans une perspective organisationnelle m'amène à discuter d'enjeux de nature psychique et d'enjeux d'ordre éthique en contexte institutionnel de santé.

### **3. ENJEUX PSYCHIQUES ET ENJEUX ÉTHIQUES**

Les organisations de santé constituent des lieux de travail où couvent un certain nombre de tensions, bien que cette situation ne soit pas propre uniquement à ces milieux. Plusieurs facteurs contribuent à faire de ces organisations des environnements complexes où se posent divers enjeux ayant trait notamment aux environnements de travail en réseau, au développement des nouvelles technologies médicales et des pratiques de pointe, à la profusion des connaissances scientifiques, au contexte de pénurie de main-d'œuvre et de compressions budgétaires, à une clientèle hétérogène et vieillissante, mais plus instruite et au courant de ses droits, au rythme accéléré du travail, à une culture de performance, de compétition et d'hyperspécialisation, à

une structure hiérarchique des rapports interprofessionnels, aux modes de gestion s'exerçant principalement suivant une logique économique, et à une organisation du travail cloisonnée.

Selon Dejours (2006), l'organisation du travail elle-même divise et compartimente non seulement les rôles et les tâches au travail, mais aussi la vie intérieure des sujets par un mécanisme de clivage opposant le corps et l'esprit. Plus particulièrement, la division entre le travail de conception et les tâches d'exécution contribue à porter atteinte à la santé mentale et à l'intégrité psychique des personnes assujetties à ces conditions (Dejours, 2006). De plus, l'effritement du travail collectif, qui constituerait une sorte d'anomie morale, selon l'expression employée à l'instar de Charles Taylor par Lacroix (2009), laisse la place au développement des méthodes individuelles de travail, et ce, au détriment des ressources collectives soutenues par le travail d'équipe. Selon Pezé (2009), le véritable travail coopératif ne se réduit pas à juxtaposer les tâches, et il ne suffit pas davantage d'aligner les personnes côte à côte pour que celles-ci travaillent ensemble. En fait, ce sont les façons de faire, les manières de procéder mettant à contribution les expériences de chacun qu'il faut coordonner, et non pas les tâches. Dans le cas contraire, l'impossibilité de partager, du fait d'une organisation du travail trop rigide ou axée de façon excessive sur le rendement, conduit à des souffrances inévitables. Pezé poursuit en ces termes :

Cette possibilité de confrontation des expériences peut être gravement perturbée par une organisation du travail productiviste, traqueuse de temps dits « morts » ou trop prescrite, désobjectivante. Dans une organisation du travail qui privilégie fusions, dissolutions d'équipe, éclatements géographiques de services, modifications répétitives des procédures, la pression morale apparaît inexorablement comme levier de soumission (p. 17).

Selon cette auteure, il y a ici « impossibilité de faire remonter l'expérience et d'enrichir le contenu officiel du travail », ce qui devient en soi une source de souffrance importante pour les soignants.

Dans les organisations de santé, un grand nombre de protocoles, de guides et de règles sont mis de l'avant pour répondre à des critères de qualité des soins. Bien qu'elles soient nécessaires, ces mesures prennent une importance telle qu'elles deviennent les principales références pour orienter l'action. Dans ce contexte, le savoir devient aussi la principale voie indiquant aux soignants les pratiques qui sont adaptées. La posture des experts, qui consiste principalement à transmettre des connaissances,

s'inscrit dans le même registre. Or, comme nous l'avons rapporté précédemment à l'instar de Pezé (2009), le soignant se trouve seul face au réel. Les procédures et les savoirs technoscientifiques ne suffisent pas à garantir chez lui la réflexion sur son action dans les situations concrètes. En outre, comme le mentionne Dejours (2003), il y a toujours un inévitable écart au travail entre le prescrit et l'effectif, entre ce que la norme dicte et ce que le réel contient en part d'inconnu. Cet écart se présente comme un espace à parcourir pour tout professionnel, qui doit problématiser et agencer les situations assujetties à diverses normes pour que tout fonctionne.

Selon Le Breton (2004), l'application d'une norme exige un travail de « praticabilité » qui se présente comme suit :

L'application d'une règle ou d'une norme relève d'une compétence et non d'un aveuglement ou d'une obéissance. Elle contient un certain nombre de propriétés relatives aux circonstances. Toutes ne sont pas sollicitées en même temps. Seule la décision de l'acteur les active. Le bon usage d'une règle consiste dans la capacité pour les membres à ajuster une norme générale à un objet ou à un contexte particulier. Il s'agit d'une opération complexe qui comprend des savoirs implicites (vécu expérientiel, sensibilité éthique) et explicites (analyser, faire des liens, discuter, dialoguer) de la part de l'opérateur. Selon Schön (1994), la façon de poser un problème est un processus qui nécessite une part de réflexion active en train de se faire à même la situation concrète (p. 58).

À ce sujet, Weller (2007) ajoute que le praticien doit aussi faire appel à une certaine forme de subjectivité au travail. Il faut que le praticien appuie ses décisions sur son intériorité (croyances intimes, émotions) et sur son expérience (valeurs, représentations), mais pas seulement sur ces éléments, étant donné qu'il doit également exercer un « travail d'arbitrage » avec la situation. Par conséquent, le praticien choisit d'orienter ou de réorienter ses actions selon son évaluation du réel, et ce, en usant de créativité et en prenant des initiatives.

Les préposés aux bénéficiaires accomplissent leurs tâches dans le monde concret, ordinaire et journalier des soins (assistance à l'hygiène, à l'alimentation, aux soins de beauté, à l'habillement, aux installations au lit ou au fauteuil, etc.). Comme praticiens du quotidien, ils rencontrent couramment des situations qui exigent d'eux de faire ce travail d'arbitrage. Leurs interventions s'effectuent principalement dans la chambre du résident, un espace où ce dernier formule ses désirs et exprime non seulement ses inquiétudes, ses peines, ses joies, ses besoins de sécurité et de réconfort,

mais aussi ses attentes non comblées, ses déceptions, ses récriminations et ses revendications, un endroit intime et personnel, lieu parfois de litiges où se régulent les actions des divers acteurs (résident, proches, bénévoles, équipes de soins, intervenants interdisciplinaires, médecin traitant, gestionnaire d'unité, organisation) dans un contexte normatif pluriel où la valeur qualité devient parfois une condition *sine qua non* du travail bien fait, sans égard au contexte. Ici, la norme a préséance et la conformité aux règles préétablies est exigée.

Aussi, nous pouvons nous demander si « l'agir hors norme » est nécessairement une déviance. Pour réaliser sa tâche et pour que l'efficacité soit atteinte, faut-il contourner la norme ? À défaut d'une ouverture du milieu à interroger l'espace non normé ou lorsque la norme ne fait pas de sens et que les valeurs sont en conflit en situation singulière, la souffrance organisationnelle s'avère à toutes fins utiles évitable : entrent alors en scène la culpabilité, l'impossibilité d'agir et le sentiment d'être un mauvais soignant, ce qui cause une atteinte à l'idéal professionnel. L'écart entre le prescrit et le réel du travail représente un espace vide demandant à être défini. Et, dans ce cas, le travail d'ajustement des situations est indispensable et passe par le dialogue éthique<sup>4</sup> avec les pairs, l'infirmière responsable de l'équipe de soins et le gestionnaire de l'unité de soins.

Mais, les organisations de santé facilitent-elles ce travail de réflexion en cours d'action ? Comment ces organisations peuvent-elles non seulement favoriser la réflexion éthique auprès de leur personnel, mais aussi développer elles-mêmes des pratiques réflexives comme institution ? Quelles pistes d'interventions peuvent être envisagées auprès des différents acteurs de l'organisation ?

---

4. Le dialogue éthique est compris comme un processus communicationnel par lequel deux ou plusieurs personnes soumettent à la pensée réflexive une question théorique ou pratique issue d'une situation concrète comprenant un questionnement de sens ou des conflits de valeurs ou de normes, et qui, dans un effort convergent, parviennent à coélaborer la compréhension du problème et à coconstruire la meilleure réponse possible et raisonnable dans ce contexte. Il fait appel à une perspective interdisciplinaire et transdisciplinaire (cliniciens, malade, proches, gestionnaires, dirigeants, autres parties prenantes). Il invite les participants à développer un espace intersubjectif où chacun s'engage à prendre la mesure de ses modes de pensées, ses paradigmes, ses prémisses, ses émotions et ses valeurs pour faire progresser le discours sur la base de la confiance mutuelle, la collaboration et l'ouverture à l'autre y compris le désir d'apprendre et de créer (Lacroix et Létourneau, 2000 ; Legault, 2009 ; Patenaude, 1998a, 1998b).

#### 4. PISTES D'INTERVENTION EN ÉTHIQUE

Pour réduire la souffrance de soignants en milieu de travail, quelques auteurs du domaine de l'éthique (Béland, 2009 ; Canouï, 2003 ; Hurst, 2001 ; Legault, 2009 ; Pauchant *et al.*, 1996, 2002 ; Quintin, 2011) suggèrent à titre de solution la mise en place de groupes de discussion ou de cercles de dialogue. Un des buts recherchés par ces organisations consiste à permettre l'échange entre pairs et à favoriser l'expression du vécu de la souffrance pour que cette même souffrance puisse enfin trouver un sens. Ici, une approche narrative et réflexive permet de mettre en lumière les événements difficilement vécus et de clarifier les situations qui, une fois soumises à un bilan expérientiel, pourront servir à d'autres applications semblables. Ces formes d'espaces de dialogue comportent également un aspect régulateur lié à l'« agir éthique » attendu à l'endroit des usagers. La réflexion sur les pratiques de soins y est encouragée *a posteriori*. Enfin, en prenant une distance réflexive, les participants ont l'occasion de sonder leurs valeurs, de cerner l'influence de la culture organisationnelle sur eux, d'approfondir leur questionnement et d'identifier leurs présupposés culturels (Pauchant *et al.*, 2002).

Il importe de reconnaître les bienfaits de ces groupes et de ces cercles sur les individus et sur le climat organisationnel. Sans rejeter complètement ces initiatives, je m'interroge à savoir si ces moyens proposés ne sont pas des « voies en parallèle » qui risquent davantage d'accroître la dimension psychologique de cette souffrance. En privilégiant uniquement l'instauration d'espaces de parole, les organisations se sentiraient-elles davantage responsabilisées ? Pas nécessairement, nous dit Longneaux (2004), pour qui la souffrance obéit à d'autres lois. Pour cet auteur, toute solution visant à contrer la souffrance des soignants comporte par définition sa part d'ambivalence. Certes, elle permet de « traiter » un problème, mais elle crée d'autres difficultés par la même occasion. À ce propos, il faut se demander si, en écartant les soignants des contextes d'action, on ne les dépoussède pas d'une certaine façon de leur pouvoir d'agir dans le concret des situations qui par ailleurs les interpellent. N'y aurait-il pas lieu ici d'envisager des réponses pouvant être intégrées dans les lieux mêmes d'action où émergent les tensions éthiques (immédiateté des situations, communication journalière entre pairs, etc.), incluant les processus organisationnels (rencontres de l'équipe de soins, réunions interdisciplinaires, comité décisionnel de gestion). Comme le soulignent Gernet et Chekroun (2008), la réflexion ou l'agir éthique dans nos milieux de soins ne devrait

pas reposer sur la seule capacité de conscience morale des soignants et sur l'adoption de bonnes attitudes ou de bons comportements. De plus, la régulation entre pairs sur ce que l'on considère comme un encouragement personnel et professionnel au travail est aidante, certes, mais insuffisante.

En éthique appliquée, Girard (2009) apporte un certain nombre de solutions où elle propose une approche par les valeurs pour comprendre ce phénomène de la souffrance au travail. De son point de vue, «sacrifier une valeur importante pour soi pour en actualiser une autre imposée par son supérieur, son groupe ou les normes de l'organisation, sans que cela "fasse sens" ou soit raisonnable d'un point de vue personnel, sera générateur de malaise. Si le malaise persiste, la souffrance s'installe» (Girard, 2009, p. 133). Aussi, pour cette auteure, les conflits de valeurs (entre deux ou plusieurs personnes) sont inhérents au vécu organisationnel et il serait illusoire d'espérer les voir disparaître. Dans cette optique, Girard propose, en vue de réduire la souffrance au travail, le recours à des moyens comme la clarification des raisons du malaise, la résolution de dilemme, l'aide à la réflexion, le dialogue, le développement des habiletés groupales en gestion des conflits et la délibération éthique.

Par ailleurs, il me semble que d'autres pistes d'interventions en éthique appliquée sont envisageables pour compléter celles que nous avons déjà mentionnées. L'intervention sur les terrains de travail m'apparaît être une voie qui pourrait être féconde. Cela suppose que l'intervenant en éthique se trouve en contact avec le personnel de la gestion et les travailleurs de la santé. Ce travail près des réalités de terrain engage l'intervenant à écouter la plainte non seulement par pure empathie, mais aussi pour effectuer son travail d'accompagnement et de médiateur si le besoin s'en fait sentir. En d'autres termes, ce travail consiste à ouvrir un espace de dialogue, internormatif<sup>5</sup>, entre le monde de la gestion soucieux du fonctionnement institutionnel et le monde professionnel et clinique, près du terrain concret où se trouvent les obstacles, et où, là aussi, sont les possibles arrangements de normes, pourvu que celles-ci soient interprétées, contextualisées et discutées par les acteurs concernés en situation concrète.

Dans le même ordre d'idées, l'on pourrait concevoir que le travail de l'intervenant en éthique puisse être d'interpréter le vécu de souffrance et d'en dégager les dimensions éthiques à l'intention du personnel de gestion (sens de l'acte, créativité, initiatives). Il s'agit d'ouvrir un espace là où la normativité

---

5. Terme emprunté à André Duhamel, professeur au Département de philosophie et d'éthique appliquée à l'Université de Sherbrooke.

éthique invite au dialogue et à la réflexion critique permettant de mettre en question les pratiques professionnelles, les pratiques organisationnelles et les pratiques de gestion.

## **CONCLUSION**

La réflexion sur la souffrance au travail dans les organisations de santé n'est pas close. Cette forme particulière de souffrance constitue un phénomène complexe qui exige de tous les acteurs concernés de contribuer à la réflexion. Dans ce chapitre, j'ai interrogé cette souffrance sous l'angle de la reconnaissance au travail dans sa dimension éthique. Et, pour tenter de mieux la saisir dans une perspective organisationnelle, je l'ai posée comme étant ce qui est en mouvement chez la personne, une impossibilité d'agir, un langage qui cherche une adresse, un interlocuteur et une difficulté à s'accomplir, ou une atteinte à un idéal professionnel. Des pistes d'intervention appartenant au domaine de l'éthique appliquée ont été suggérées, allant dans le sens d'une action directe auprès du personnel de soins et de gestion afin de réduire cette souffrance par le truchement d'un dialogue en éthique. Ici, la visée recherchée consiste essentiellement à développer les habiletés réflexives et dialogiques des différents acteurs de l'organisation dans l'intérêt supérieur des usagers et du vivre-ensemble dans les milieux de santé.

La vie quotidienne dans le travail d'assistance et de soins dans les CHSLD regorge de situations variées qui invitent les soignants et les gestionnaires à réfléchir au-delà de la norme et du prescrit. Des initiatives et des mini-décisions ayant pour but de favoriser la qualité des soins aux malades sont prises par le personnel, mais le travail s'exerce en arrière-scène. Aussi, la souffrance au travail demeure invisible et les recherches doivent se poursuivre afin de la mettre en évidence pour mieux la comprendre dans ses multiples facettes.

Enfin, j'ai fait ressortir l'idée que la responsabilité de la souffrance au travail doit être partagée à tous les de niveaux l'organisation. J'ai également souligné que la subjectivité peut jouer un rôle salutaire devant la souffrance potentielle au travail. Toutefois, la condition de son déploiement repose sur l'ouverture de l'organisation (mode de gestion, type de gouvernance, etc.) qui doit accorder une autonomie et une responsabilisation réelles au personnel (Lacroix, 2010 ; Weller, 2007). Pour Weller, il s'agit d'un enjeu crucial non seulement pour la reconnaissance de la dignité de la personne, mais aussi parce qu'il concerne, en dernière analyse, la viabilité de l'institution.



## L'AIDE-SOIGNANTE EN GÉRIATRIE OU L'ORGANISATION SOCIALE DES DÉGOÛTS

*Fanny DUBOIS*

Ce chapitre propose une analyse du métier d'aide-soignante s'appuyant sur une recherche ethnographique effectuée au cœur d'un service hospitalier gériatrique. Cette démarche a été inspirée au départ par les carnets d'apprenti boxeur du sociologue français Loïc Wacquant (2002). Elle est fondée sur une « participation observante ou réflexive », au sens d'une observation conduite quotidiennement tout au long de l'année 2012 alors en poste comme aide-soignante. Les matériaux de la recherche (description des situations, témoignages) proviennent de notre journal ethnographique personnel. Participant aux situations et aux réflexions prenant place entre les membres de l'institution hospitalière, notre posture de chercheuse s'est construite et transformée au fil de l'expérience. Par un aller-retour incessant entre les éléments réflexifs de la recherche et les éléments sensoriels de la pratique, ce journal ethnographique était constamment ouvert aux réponses données par les praticiens du terrain aux questions que nous, chercheuse, auteure, leur soumettions.

Si la reconnaissance juridique du métier d'aide-soignante évolue<sup>1</sup>, certains anciens mécanismes de domination continuent d'être à l'œuvre à l'intérieur de l'expérience soignante. Ces mécanismes sont vagues, multiples, voire parfois contradictoires : « Les technologies de gouvernement agissent de façon diffuse et s'articulent sur quantité de logiques divergentes qui obscurcissent la lecture d'un enjeu organisateur » (Lebeer et Moriau, 2010, p. 29). Agir à l'encontre de ces mécanismes n'est pas une mince affaire, car ces derniers participent bien souvent à l'occultation du groupe professionnel des aides-soignantes, occultation poussant parfois celles-ci au silence et à la soumission. Nous nous proposons de mettre en lumière certains de ces mécanismes. Plus concrètement, nous avons étudié les mécanismes en question à travers les processus de subjectivation qu'ils produisent et qui construisent le « soi » soignant (Foucault, 1984). En l'occurrence, ces processus ont été observés et vécus à travers la pratique soignante depuis un point de vue particulier, à savoir l'intérieur des situations de travail, au gré d'une pratique qui, dans sa dimension de gestion de la dégradation physique et mentale, soumet le soignant à diverses épreuves dans « ses capacités morales et éthiques, c'est-à-dire dans sa capacité normative » (Lebeer et Moriau, 2010, p. 23). Les émotions qui sont ressenties dans cette pratique sont parfois faites de dégoûts qu'il faut taire, ou, au contraire, dont il faut témoigner au risque de se voir exclure par les patients, les familles, les supérieurs hiérarchiques ou les collègues de même rang. Dans cette perspective, une question se pose : les dégoûts peuvent-ils être considérés comme un outil du pouvoir à l'intérieur de l'institution hospitalière gériatrique ? Si le dégoût est vécu au quotidien par l'aide-soignante, il est bien souvent occulté, d'où l'intérêt heuristique que représente son étude. Nous avons décidé de limiter ce chapitre à une analyse des situations témoignant de cet état de choses et de laisser

---

1. En Belgique, la notion même d'aide-soignante est récente et peu précise. L'élaboration de la loi relative à la définition juridique des tâches du métier d'aide-soignante date du 10 août 2001, mais l'enregistrement à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) n'est pas encore obligatoire. Les sources statistiques de l'INAMI sont donc très largement approximatives. Il a fallu attendre la mise en application de l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement de cette profession pour accéder à des données quantitatives qui étaient scientifiquement exploitables. Actuellement, la Belgique connaît une forte augmentation du nombre d'aides-soignantes, qui est passé de 59 058 en 2009 à 74 548 en 2011. Le nombre d'infirmières augmente aussi, mais pas de manière aussi importante. Le ratio infirmières/aides-soignantes a donc diminué au fil de ces années.

dans l'ombre toute une série d'autres faits. Cela ne nous empêche pas de rappeler que l'affection qui naît dans le rapport soignant/soigné est bel et bien présente quotidiennement.

Dès lors, ce chapitre a plusieurs objets. Nous tenterons d'abord de définir, d'une part, les stratégies de pouvoir intrinsèques à une volonté de savoir (Foucault, 1976) et de contrôler ces matières repoussantes (excrémentielles ou mortes) et, d'autre part, ce que l'on pourrait appeler le savoir empathique. Ensuite, nous nous penchons sur les répercussions des technologies politiques sur les conduites dites maltraitantes et sur les souffrances soignantes. Finalement, nous présenterons les principes épistémologiques et politiques de la méthode de participation observante, une approche encore peu employée jusqu'à maintenant en sociologie.

## **1. VÉRITÉ HYGIÉNISTE : HIÉRARCHIE HOSPITALIÈRE ET INDIVIDUALISATION**

Les tâches des aides-soignantes consistent principalement à travailler les corps – morts ou vivants – en vue de les rendre plus « présentables » et plus « propres » aux yeux des autres acteurs de l'institution hospitalière afin de conserver l'ordre esthétique dans cette même institution, ce qui, selon Doniol-Shaw (2009), constitue un travail de restauration. Le rôle des aides-soignantes dans la mise sous silence et l'occultation de corporéités socialement refoulées façonne chez elles une subjectivité pour le moins dévalorisée. Elles vont alors mettre en œuvre<sup>2</sup> dans leur travail diverses stratégies de relégation du « sale boulot » (Arborio, 1995 ; Hughes, 1951). Par exemple, quand le linge d'un patient est souillé, on ferme la porte

---

2. Le service de gériatrie aiguë dans lequel travaille la chercheuse accueille des patients gériatriques ayant des pathologies dites lourdes et les cas d'urgence. Des soignants surnomment le centre hospitalier « l'hôpital des pauvres » ou encore « l'hôpital poubelle », car il est situé dans un quartier populaire de Bruxelles et qu'un nombre important de sans-abri et de patients vivant sous le seuil de la pauvreté y séjournent. Ces gens ont donc eux-mêmes déjà vécu un premier processus de « relégation sociale » (Chauvenet, 1978). Un grand nombre de personnes viennent au centre hospitalier à cause de chutes, surtout celles vivant seules à la maison. Les heures et parfois les journées passées au sol à attendre qu'un voisin, un enfant ou une assistante sociale s'inquiète et intervienne ont fortement dégradé leur corps. Escarres, incontinence, plaies nécrosées, occlusion intestinale et ainsi de suite sont les symptômes les plus fréquemment rencontrés dans le service. Les patients ayant subi un grave accident vasculaire cérébral sont aussi très nombreux et ils requièrent une assistance pour tous les besoins dits primaires. Enfin, le service accueille des personnes en fin de vie.

de sa chambre pour que les odeurs ne se répandent pas, puis on appelle l'aide-soignante afin qu'elle soit seule à supporter l'« insupportable ». La répartition du « sale boulot<sup>3</sup> » se négocie en permanence au 709b<sup>4</sup> jusque dans les interactions les plus quotidiennes. Dès la première répartition du travail du matin, les aides-soignantes elles-mêmes font en sorte que l'infirmière chargée de leur affecter les patients délègue les cas les plus « repoussants » à la nouvelle stagiaire ou aux aides-soignantes de l'équipe volante<sup>5</sup>, qui ne les connaissent pas.

Cette répulsion de la « matière », qui organise la répartition des tâches, s'articule à des technologies politiques sociohistoriques qui distinguent le sale du propre, la mort de la vie, le laid du beau, le corps de l'esprit. Ce qui nous intéresse plus particulièrement ici, c'est comment cette symbolique de l'excrémentiel et de la mort organise la hiérarchie du service. Les derniers mouvements hygiénistes visant à contrer les maladies nosocomiales ont participé de ces technologies politiques par le biais d'une réorganisation complète de l'aménagement spatial de l'hôpital. Beaucoup d'aides-soignantes, en l'occurrence les plus anciennes, ont connu les salles communes. Elles n'en gardent pas spécialement un mauvais souvenir, et l'une d'entre elles va même jusqu'à regretter le temps où tous les services n'étaient pas séparés par des portes blindées : « *On se connaissait tous. J'avais pour habitude de faire ma petite tournée pour dire bonjour à tout le monde. Maintenant, ça ne se fait plus, tout ça, on reste chacun chez soi* » (aide-soignante depuis 30 ans).

Une autre personne faisant partie du personnel soignant évoque l'ambiance particulière qui régnait à l'époque dans la salle commune : « *C'est sûr que c'était la foire, le dépotoir même, ça ne sentait pas la rose, mais, tu vois, le fait même qu'il n'y avait pas toutes ces règles de sécurité rendait l'ambiance plus décontractée. Moi, vraiment, je me marrais avec les clochards ; il m'arrivait même de leur donner de l'alcool* » (infirmière depuis 25 ans).

---

3. L'expression *dirty work* utilisée par Hughes a été traduite en français par Anne-Marie Arborio (1995) dans son analyse des aides-soignantes, mais elle ne l'emploie pas toujours dans le même sens que son auteur.

4. Nom de code emprunté pour décrire le service.

5. L'équipe volante se compose d'aides-soignantes et d'infirmières qui ne sont pas rattachées à un service particulier. Elles sont réparties dans les services de l'hôpital chaque matin en fonction de la demande de main-d'œuvre.

Les aides-soignantes les plus jeunes ne semblent pas du tout être du même avis. Mais, c'est la normativité hygiéniste contemporaine qui façonne leur représentation de l'ancien bâtiment :

*Moi, je n'aurais pas pu travailler dans le vieux bâtiment ; il paraît qu'il y avait des rats qui couraient et qu'elles n'avaient pas de gants pour changer les malades. Et puis, je me sens plus en sécurité maintenant, au niveau hygiène et tout ça. Bon, même si ce n'est pas toujours génial, je n'ose même pas imaginer les MRSA<sup>6</sup> qui devaient tourner à cette époque (infirmière depuis 3 ans).*

Les plus jeunes aides-soignantes sont prises dans un « processus de civilisation » (Elias, cité dans Memmi, 2011) qui les distingue des plus anciennes. Ce processus est dominé par les nouvelles normes hygiénistes, qui imposent une mise à distance stricte avec la matière contaminée. Si toutes les aides-soignantes sont chargées de garder les matières mortes et excrémentielles des patients gériatriques hors de la vue et de l'odorat des autres acteurs de l'hôpital, elles doivent bel et bien les manipuler et, en conséquence, transgresser les frontières symboliques de l'ordre esthétique (Jeanjean, 2011). Dans un lieu qui se veut aussi hygiéniste que l'hôpital, qui voudrait se voir associé aux bactéries contagieuses des matières fécales ? Pour « garder la face » (Goffman, 1973), ces aides-soignantes vont produire, en situation, des discours de mise à distance qui s'intègrent dans un régime ordonné autour de la question du dégoût et de la « vérité hygiéniste », et ce, d'une manière plus prononcée encore quand un témoin autre que le patient participe à la situation. Par exemple, on associe explicitement à des perversités tout comportement de proximité avec les matières dégoûtantes, qui est souvent le fait des travailleuses les plus anciennes.

*Elle, elle travaille sans gant. Comment peut-elle ? C'est dégueu [sic] !*

*Elle aime laver les morts. Je suis sûr qu'elle en jouit !*

Cette mise à distance se remarque aussi dans les conduites dites obsessionnelles, qui sont davantage observées chez les plus jeunes aides-soignantes quand elles enfilent deux paires de gants pour éviter qu'un trou ne mette leur peau en contact avec la matière excrémentielle ou encore lorsqu'elles se lavent les mains au savon ou à la solution hydroalcoolique

---

6. Le *methicillin-resistant staphylococcus aureus* (MRSA) est une infection dont beaucoup de personnes âgées sont porteuses une fois qu'elles ont séjourné en maison de repos. En français, elle est connue sous l'appellation *Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline* (SARM).

jusqu'à abîmer leur épiderme. Ces conduites viennent justifier la répartition sociale et symbolique du « sale boulot ». Les aides-soignantes qui ne prennent pas le pli de cette vérité hygiéniste se retrouvent bien souvent mises à l'écart du groupe. Les collègues peuvent se montrer méfiantes vis-à-vis d'une aide-soignante qui omet de mettre des gants lors d'un soin d'hygiène ou qui embrasse un patient. Les aides-soignantes retournent alors contre elles-mêmes le stigmate de la technologie hygiéniste, celui-là même qui participe à leur marginalisation en tant que groupe professionnel. Tout en prenant part à cette normativité qui les domine, les aides-soignantes se désolidarisent entre elles. Ainsi, les tâches les plus dégradées et le plus dégradantes imposent souvent à la travailleuse qui doit s'en acquitter l'expérience de la solitude. L'intériorisation de la vérité hygiéniste, qui instaure une mise à distance avec la matière contaminée, contribue par l'autogouvernement de soi à un mouvement d'individualisation de la profession. Un double mouvement de fracture se constitue alors autour du sale, en l'occurrence entre le groupe des aides-soignantes et leurs supérieurs hiérarchiques et entre les aides-soignantes elles-mêmes. Les mouvements de rationalisation savante participent de cette structuration hiérarchique.

## **2. SAVOIR ET POUVOIR DANS LA RELÉGATION DU SALE BOULOT**

L'institution hospitalière s'organise de manière hiérarchique sur la base de la rationalité savante. Le développement des spécialisations infirmières a renforcé les cloisonnements entre les professionnels détenteurs de différents savoirs constitués dans un contexte sociopolitique déterminé. Par exemple, dans l'hôpital à l'étude, si l'infirmière palliative est présente lors d'un trépas, elle sortira de la chambre et appellera l'aide-soignante pour que cette dernière entame la toilette mortuaire et rende plus présentable le corps repoussant<sup>7</sup> de la personne décédée. L'expertise des infirmières palliatives dans la fin de vie et le contrôle de la douleur les dispense de devoir vivre cette expérience peu valorisante. Écrit autrement, elles se déchargent des dégoûts en les reléguant à autrui. En construisant un savoir formel sur la reconnaissance de la subjectivité dans le traitement de la

---

7. La plupart du temps, le corps qui vient de s'éteindre se vide de liquides biologiques dont l'odeur est propre et assez surprenante ; il ne ressemble donc pas aux corps qu'on observera à la morgue ou au funérarium. Tout un travail d'esthétisation s'établit entre le trépas et le cercueil.

mort, elles dévalorisent les aides-soignantes par leur rhétorique de l'engagement et la théorie sur laquelle se fonde cette rhétorique. Ce mouvement de rationalisation de la valorisation symbolique des « experts dans le soin du sujet » est alors inséparable d'un mouvement de disqualification. De manière paradoxale, cette construction sociale de l'expertise a contribué à renforcer les niveaux hiérarchiques au sein de l'hôpital, ce qui tend à rendre invisible les travailleuses qui, si elles s'occupent des mêmes morts, ne sont pas reconnues « capables » dans le « soin du sujet », mais vues seulement comme bonnes à laver les corps sales. Ainsi, la relégation du « sale boulot » relatif à la matière qui distancie de l'esprit fait partie intégrante du processus de rationalisation.

Le corps médical se situe au fondement de cette gouvernabilité. Les médecins n'ont pas le même rapport à l'excrémentiel que les aides-soignantes ; tout au plus l'observent-ils à travers les petits pots de coproculture transparents que ces dernières sont chargées de remplir lorsque les patients sont soupçonnés d'être contagieux.

*Aujourd'hui, l'infirmière-chef nous a présenté un nouvel outil, qui a pour but de mieux contrôler le besoin d'élimination des patients. Sur cette feuille, une échelle de mesure constituée de dessins de matières fécales qui se différencient par leur couleur et leur substance, avec, en regard de ces dessins, des chiffres à inscrire dans une grille détaillée de journées et d'heures. Notre rôle consiste à remplir la grille le plus précisément possible sur la base de nos observations lors des changes des patients (carnet ethnographique).*

En gériatrie, l'excrément s'observe, s'analyse et se rationalise quotidiennement, mais il catégorise aussi. On serait tenté de dire que la nouvelle feuille de l'infirmière-chef rend l'excrément plus « visible » à l'hôpital, mais brise-t-elle pour autant le tabou des dégoûts (Vollaire, 2011) ? Comme l'avait remarqué Foucault dans son analyse de la sexualité, nous ne pouvons expliquer le contrôle social seulement par une distinction binaire entre ce qui est bien et ce qui est mal ou entre ce qui est beau et ce qui est sale (Foucault, 1976). Plus particulièrement, pour paraphraser Foucault, la technologie de la chair s'organise de façon plus diffuse dans les discours qui tentent de l'appivoiser (Foucault, 1976). Quoi qu'il en soit, la question des dégoûts ne saurait se réduire à cette séparation symbolique et à une mise sous silence univoque. Au contraire, l'infirmière-chef avait même insisté pour accrocher la feuille au pied des lits des malades, ce qui avait pour effet de rendre presque publique une version dessinée de leurs

excréments. Le médecin-chef adjoint du service avait refusé cette intrusion dans l'intimité du patient, et il avait finalement été décidé de placer la feuille dans le dossier infirmier.

Il n'y a pas à faire de partage binaire entre ce qu'on dit et ce qu'on ne dit pas ; il faudrait essayer de déterminer les différentes manières de ne pas les dire, comment se distribuent ceux qui peuvent et ceux qui ne peuvent pas en parler, quel type de discours est autorisé ou quelle forme de discrétion est requise pour les uns et les autres (Foucault, 1976, p. 98).

Dans cette logique, l'aide-soignante serait-elle au gériatre ce que la prostituée est au sexologue pour Foucault ?

Ici, l'excrément se trouve enrôlé dans les dispositifs mêmes du contrôle social, et il fait l'objet d'analyses et de discours scientifiques qui le rendent « tolérable » sous certaines conditions. Il se place donc au cœur d'un nouveau savoir qui participera de la distinction sociale entre les patients et les différents niveaux hiérarchiques des professionnels hospitaliers, et le discours savant vient justifier la distanciation physique à la matière que prennent les classes supérieures. Par l'intermédiaire de la grille, le médecin s'épargne non seulement le contact direct avec la matière, mais aussi la désagréable corvée de devoir demander publiquement à l'aide-soignante les particularités des déjections de chaque patient. Il s'évitera par la même occasion de devoir entendre le langage métaphorique parfois très cru qui est utilisé par les aides-soignantes pour décrire l'expérience violente des dégoûts :

*C'est la fontaine, ça n'arrête pas de couler* [diarrhée +++ en langage savant].

*Ça pue la mort!* [odeur fétide].

*Ça giclait le sang de partout* [écoulement sanguinolent].

*Dans quelle merde nous sommes tombées!*

En effet, il semble que « les mots violents, grossiers, sont les seuls [...] à exprimer véritablement la situation, à rendre compte de la violence, de l'angoisse et du dégoût que peuvent provoquer les excréments » (Jeanjean, 2006, p. 104). La feuille sera l'intermédiaire entre ces deux mondes, intermédiaire qui, plutôt que d'opérer une séparation symbolique et pratique radicale, réalise bien un ordonnancement social. Cet exemple très concret reflète la culture ambiante propre à la rationalité gériatrique. Les dossiers et les plans de soins, devenus depuis peu informatisés, les transmissions

objectivées et ciblées ainsi que le principe consistant à définir des hypothèses pour répondre à des besoins types avec des moyens types représentent autant de dispositifs à caractère positiviste qui privent de la « réflexivité indispensable à la digestion de la fréquentation mortifère et de la misère humaine concentrée dans les institutions de soins » (Perraut Soliveres, 2004, p. 128). Sans cette réflexivité, la violence institutionnelle peut parfois conduire à agir à l'encontre d'un autre cadre normatif, que nous appellerons la « vocation empathique ».

### 3. VOCATION EMPATHIQUE

La hiérarchie professionnelle s'organise donc autour notamment de l'expertise par la répartition qu'elle opère entre les détenteurs du savoir et ceux qui sont chargés de garder le silence sur leur vision du monde. Une autre technologie politique s'emboîte à cette forme de contrôle social, à savoir l'idéal vocationnel du soin, qui est très présent dans l'argumentaire des familles et de l'entourage de l'aide-soignante. Deux discours « de sens commun » s'adressent le plus souvent à elles. Le premier discours relève d'un paradoxe :

*D'accord, c'est pénible, mais elles doivent quand même avoir ce minimum empathique.*

*Je ne pourrais pas le faire. Enfin, ça ne justifie pas qu'elles soient maltraitantes (témoignages de proches de l'aide-soignante).*

Ces personnes qui « ne pourraient le faire », c'est-à-dire qui ne pourraient être responsable de la disparition des déjections corporelles, de laver les morts, de nourrir les patients paralysés, de supporter les odeurs mortifères d'escarres et tout le reste, se donnent pourtant et paradoxalement le pouvoir d'enjoindre les aides-soignantes à faire preuve d'un minimum d'empathie. De son côté, le second discours tente de valoriser le travail accompli par ces mêmes aides-soignantes :

*Je vous admire.*

*Qu'est-ce que nous ferions sans vous !*

*Quel beau métier !*

*Au moins, ça a du sens (témoignages de familles de patients).*

En dépit de leur sincérité, ces déclarations n'en demeurent pas moins des formes discursives contribuant à la gouvernementalité qui s'impose aux aides-soignantes. Donner du sens, exprimer de l'admiration édulcorée et occulte les expériences éprouvantes vécues dans le métier. Ce sont des technologies discursives qui engagent une forme professionnelle de souci de soi, elle-même relayée par les technologies de domination de la hiérarchie hospitalière. Ces technologies instaurent les aides-soignantes en « femmes fortes » tout en excluant celles « qui craquent » ou celles qui sont « fragiles » (Perraut Soliveres, 2012), toutes ces résistantes qui osent contredire ce présupposé. S'emboîte à cette image l'idée du « professionnalisme » de l'aide-soignante, qui amène cette dernière à accepter de taire et de supporter ce qui n'est pas à la portée de tout le monde. Un « faux pas » est rapidement ramené à l'ordre.

*Décembre 2011. Il est 18 heures, nous faisons le tour des changes avec ma collègue. Je termine cette journée de douze heures difficilement. La fatigue me gagne, mon visage est moins jovial que d'habitude, je décompte les minutes. En entrant dans la chambre, elle pousse un soupir, j'arrive : « Que ce passe-t-il ? Oh ! Non, pas encore ! » Comme à son habitude et à l'habitude de beaucoup de patients, l'homme est recouvert de ses excréments de la tête aux pieds. Dans ce genre de cas, nous devons entamer en pleine soirée ce que nous avons déjà fait le matin : toilette complète, changer l'entièreté des draps de lit, faire en sorte de ne pas vomir le repas que nous venons d'avalier, extraire les objets sales dans le vidoir... Nous nous mettons à la tâche en sachant qu'une vingtaine de patients attendent encore d'être changés. Entre-temps, la famille arrive ; on lui demande d'attendre dehors. Je continue le travail machinalement sans faire attention aux regards discrets de la fille du patient depuis le hublot de la porte. Les grimaces marquées sur mon visage ont été détectées, car, une fois sortie de la chambre, la fille du patient m'en fait la remarque. Selon elle, j'aurais pu avoir la délicatesse de garder pour moi tout ce que son père pouvait inspirer de dégoût à mes yeux, et mon manque de professionnalisme pourrait me coûter très cher (extrait du carnet ethnographique).*

Cette conception vocationnelle et professionnaliste du soin n'est pas seulement véhiculée par les profanes, certains discours experts participent de cette technologie politique. Durant la formation notamment se distillent les « bonnes pratiques » soignantes. Dans un élan de reconnaissance sociale, certaines professeures mentionneront souvent qu'il s'agit du « plus beau métier du monde », mais sans vraiment réfléchir aux raisons qui les ont

elles-mêmes poussées à le quitter. Un slogan, bien connu des soignants, est scandé au cours de la formation : *Infirmière, c'est plus qu'un métier, c'est la vocation!* Depuis les bancs de l'école jusqu'aux situations de travail, les savoir-faire faisant référence au «prendre soin de l'autre» et les philosophies de l'humanité, du maternage et autres formations à la bienveillance parsèment le paysage du soin. Du côté de la sociologie de la santé, des études récentes provenant du champ de la psychologie sociale, articulées autour du concept du *care* et de sa dévalorisation sociale induite par une société de plus en plus médicalisée et technicisée, prennent de l'importance. Certaines recherches s'emploient à définir, par la description minutieuse des interactions microsociales, les compétences créatrices développées dans la pratique soignante ; revendiquent une reconnaissance du professionnalisme autonome de ces actrices de terrain et expliquent les conditions de sa réalisation. Si belle soit la cause de défendre une certaine vision «plus humaine» du soin, ne devient-elle pas dangereuse quand elle ne tient pas compte des dénis institutionnels qu'elle peut produire ? Il nous semble que des faits d'occultation et d'interdiction se distribuent autour de ces nouvelles expertises, notamment cette mise sous silence des sensations de répulsion.

#### **4. SOUFFRANCES SOIGNANTES PARALYSANT LA MOBILISATION COLLECTIVE**

L'acquisition des «savoirs sensoriels» indissociables d'une expérience pratique entre en contradiction avec les prescriptions extérieures. Cette contradiction vécue, mais «qui ne peut être dite» (ou alors seulement entre aides-soignantes, dans l'ombre des supérieurs, des professeurs ou des chercheurs), contribue à la souffrance soignante. L'expérience subjective des aides-soignantes se construit sous les effets de la double domination de la rationalité de l'expertise médicale et de la normativité vocationnelle soutenue par certains discours du *care*, cette rationalité et ces discours occultant l'expérience violente provoquée par la confrontation aux dégoûts. Parfois, le discours humaniste et la vérité hygiéniste alimentent des sentiments de culpabilité face à la réalité du soin, la honte de soi, qui s'oppose à la constitution de collectifs revendicatifs.

[Aide-soignante:] «*Moi ? Je n'ai jamais dit à mes enfants ce que je faisais ici !*» [Interlocuteur:] «*Ah ! Non ?*» [Aide-soignante:] «*Qu'on nettoie la merde ? T'es folle, toi ? Non, non, dit ! Ils ne pourraient pas comprendre, ils sont trop jeunes, tu vois ? Je leur dis que maman*

*travaille dans un hôpital, c'est tout ! Puis, même, tu sais, mes sœurs, tout ça, je ne leur en parle pas, elles ne comprennent pas comment j'en suis capable, elles préfèrent encore aller pointer au chômage. Et, mon mari, j'aurais trop peur qu'il soit dégoûté. Non, non. Ça, on en rigole entre nous ; ici, il n'y a pas vraiment de gêne, mais il ne faut pas que ça sorte » (aide-soignante depuis 8 ans).*

Comme le mentionne De Gaulejac, cette honte, qui « naît sous le regard d'autrui dans la confrontation du sujet au monde » (1996, p. 142), est bien souvent dévorante et s'installe dans l'identité du sujet. Cette identité est rendue vulnérable lorsque ce dernier vit des épreuves humiliantes. Le rapport à soi est alors atteint, « comme s'il y avait quelque chose d'irréversible. Toute la vie est concernée : les croyances, les valeurs, mais aussi les relations, la famille, la culture, le rapport à la société. Tous les aspects de l'identité sont bouleversés » (De Gaulejac, 1996, p. 142). À ce propos, Jeanjean (2006) ajoute : « Le sujet honteux, intériorisant le point de vue du tiers honnisseur, éprouve du dégoût envers lui-même, dégoût qui tend à le réduire au silence, à la soumission. Ainsi, la honte, mécanisme de régulation des relations sociales, peut être envisagée comme un instrument de contrôle » (p. 247). L'intériorisation de la honte induit parfois des conduites pouvant devenir déshumanisantes.

## **5. DÉGOÛTS ET « MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE »**

La maltraitance telle qu'elle est présentée dans les médias et par les acteurs politiques renvoie bien souvent à la responsabilité des soignants, ceux-là mêmes qui sont chargés de travailler dans les conditions mortifères que nous avons décrites. Certains discours en imputent la responsabilité de la maltraitance plutôt au manque de formation et de sensibilisation éthique des individus. Ces discours participent alors à la « violence symbolique » à l'égard des praticiens, violence qui peut parfois avoir des conséquences néfastes en ce qui concerne le traitement des corps.

L'analyse du carnet ethnographique relève une transformation dans le processus de subjectivation de leur auteur entre le moment de son entrée en fonction à l'hôpital et le moment de la fin de l'expérience. Les premières semaines, elle subit la relégation sociale du novice par le collectif des aides-soignantes. Taraudée par un sentiment d'injustice et choquée par la manière dont certaines aides-soignantes traitent les corps, elle tente par souci éthique de répondre aux demandes des patients, jusqu'au jour où ses

sens lui font faux bond et où la répulsion du soi et de l'autre l'emporte sur ce souci éthique. Alors, certaines de ses conduites se déshumanisent. Face à cette défaillance éthique, elle est rongée par la culpabilité.

Les dégoûts que nous inspirent certains corps provoquent souvent des sentiments de culpabilité, une fois que j'extériorise la situation vécue. Tel a été le cas, par exemple, lorsque la subocclusion intestinale d'un patient (ça n'arrêtait pas de couler) dépendait de notre main-d'œuvre de manière constante à un point tel que nous faisons des tournantes entre nous à chaque fois que sa sonnette retentissait. Nous n'en pouvions plus et l'homme le ressentait. Quant à ses excuses, nous lui répondions par des soupirs. Un soir, je pensais à lui et je m'effondrais en larmes tellement j'avais honte de la manière dont nous l'avions traité. Une fois que j'extériorise ces sentiments, je réalise la maltraitance que nous pratiquons parfois, mais il n'en va pas de même dans la situation vécue. Lorsque la violence subie en raison des dégoûts est trop forte, j'arrive difficilement à pratiquer ce que mes valeurs voudraient que je pratique (extrait du carnet ethnographique).

La mise à nu déposée par la chercheuse témoigne de l'épreuve d'humiliation vécue dans la confrontation du soignant au patient, deux êtres vulnérables, chacun soumis à des processus d'infériorisation institutionnelle qui se rencontrent. L'aide-soignante éprouve pour ainsi dire la honte d'avoir honte pour le patient qu'elle soigne (De Gaulejac, 1996). La paralysie provoquée par le haut-le-cœur et le réflexe de mise à distance qui l'accompagne participent de l'exclusion sociale du patient, de son objectivation. Le travail réflexif effectué par l'aide-soignante quand elle s'extériorise et parle de la situation vécue permet de transformer le mépris en compassion. Bien souvent, l'aide-soignante retourne auprès du patient lors de moments moins violents pour les sens afin de retrouver l'affection perdue. La mise sous-silence de ces expériences d'humiliation et les processus de désolidarisation des professionnels soignants, dont nous avons déjà fait état, instaurent la solitude qui l'empêche parfois de mener ce travail réflexif.

## **6. PARTICIPATION RÉFLEXIVE**

Il n'est pas aisé de trouver des mots justes pour exprimer des sensations qui témoignent du « corps à l'ouvrage » (Pillon, 2012). Comme le dit Jeanjean (2006), ce sont « des savoir-faire qui échappent aux retranscriptions, se

situent en marge des prescriptions et sont réservés à ceux qui touchent et qui respirent» (p. 89). Dans le monde des aides-soignantes, «celui qui n'est pas dedans, ne sait pas !». Cette phrase est souvent entendue, qu'elle fasse référence à la direction, aux supérieurs hiérarchiques directs, aux permanents syndicaux ou aux experts du soin. Confier des expériences professionnelles assourdies par l'expérience de la honte à un chercheur ou un interlocuteur extérieur peut être difficile, voire impossible.

Le principe méthodologique de participation observante tel que nous l'entendons a été inspiré par celui du «praticien chercheur» expérimenté par Perraut Solivares (2004). Il invite le chercheur critique à problématiser sa recherche à l'intérieur même des situations vécues sur son terrain, non pas comme un anthropologue procédant par observation directe, mais en devenant le praticien qu'il étudie. Donc, son propre rapport à soi y est engagé, et les réflexions qui émanent du dedans, de l'intérieur de ces expériences subjectives sont prises en considération.

Par ailleurs, il ne faut pas confondre cette position avec les principes d'introspection ou de vulgarisation. Le chercheur ne participe pas à un voyage intérieur dont l'objectif serait de répondre à un questionnement logé dans son inconscient. La recherche tend à ouvrir les «boîtes noires» façonnant les processus de subjectivation et cherche à en dévoiler les mécanismes sociaux tout en se montrant réceptive aux réponses du terrain. Loin de se rapprocher de ce qu'on pourrait appeler la vulgarisation, le chercheur n'entend pas parler «à la place de» en traduisant son discours dans les mots de ceux dont il parle, il cherche plutôt à amener une discussion dans un lieu ouvert à la pluralité et à l'égalité des savoirs. Dans ce lieu, ce savoir implique que ses participants soient sur un pied d'égalité pour gagner en pertinence politique (Stengers, 2009).

Cette posture permet de gagner en crédibilité autant face à la communauté des praticiens que devant la communauté des chercheurs. En effet, en plus d'accéder à ce «dedans», le chercheur invite le praticien à prendre part à la réflexion. Dans ce «partage des savoirs», la démarche se veut reconnaissante des expériences subjectives dans la recherche autant que de la réflexivité dans la pratique. La recherche est alors elle-même réflexive et prend en considération les effets que ses «mots» peuvent avoir sur les savoirs pratiques, lui permettant d'atteindre un niveau analytique dépassant la prescription. Ce mode de recherche se veut dynamique, engagé et ouvert. Il n'entend pas s'arrêter à un modèle type, ni faire la preuve d'une hypothèse élaborée au départ, mais il veut plutôt instaurer des lieux de dialogue pour

toute personne intéressée, qu'il s'agisse d'un chercheur ou d'un praticien, à participer à cette composition de savoirs. Le savoir se construit et se critique en situation, laissant la porte ouverte à la création d'« autres mondes » (Deleuze, cité par Lebeer et Moriau, 2010, p. 25), invitant le praticien à se positionner par rapport aux propositions du chercheur. Ce savoir n'a alors de sens que s'il suscite des réponses, des idées, des envies ou des pratiques nouvelles, auxquelles le « praticien réflexif » peut éventuellement proposer les mots qui leur confèrent un sens (Stengers, 2010).

## **CONCLUSION**

Nous avons vu qu'une double domination de l'expertise médicale et de la vocation empathique occulte l'expérience parfois brutale du rapport aux dégoûts. Ces derniers eux-mêmes sont l'objet de technologies politiques qui procèdent à leur refoulement dans l'institution gériatrique. Ce que le sens commun appelle « maltraitance » ne semble pas sans lien avec ces mécanismes de domination, et c'est pourquoi nous préférons parler de « maltraitance institutionnelle ». Cette notion invoque le cadre extérieur à l'individu que la mouvance néolibérale tente d'obscurcir. La lutte contre la maltraitance institutionnelle ne devrait-elle pas passer par la résistance collective à cette identité humiliée et par un regard critique jeté sur son intériorisation ? Il nous apparaît indispensable de réfléchir à un cadre institutionnel qui rendrait possible ce travail réflexif. Rejoignant ici Perraut Solivares (2012), nous pensons que l'attention à l'autre ne pourra être mise en pratique tant et aussi longtemps que les responsables ne réfléchiront pas aux conditions de sa faisabilité. Des savoirs construits dans l'acte du soin ne sont pas toujours les composantes d'une philosophie humaniste du « prendre soin de l'autre », comme tant de porte-parole et d'experts le soutiennent. Ces savoirs s'élaborent le plus souvent dans des environnements conflictuels, où la symbolique des dégoûts se retrouve « enracinée dans les corps » (Jeanjean, 2011), où la mort rôde. Si certains chercheurs étudient les identités des aides-soignantes à travers le caractère profane de leur activité en se demandant comment elles peuvent se constituer professionnellement parmi les tâches « que tout le monde sait faire », nous avons plutôt opté pour une vision analytique inversée en partant justement de l'idée que ce qu'elles font, « personne ne sait le faire ». Et, c'est bien dans cette particularité que réside un certain pouvoir qui leur est propre, à savoir celui de la matière menaçante qu'elles travaillent (Lhuillier, 2011).



P A R T I E

---

4

**LES CONTRAINTES  
À LA PROFESSIONNALISATION  
DES AIDES-SOIGNANTES  
ET DES PRÉPOSÉS  
AUX BÉNÉFICIAIRES**



## LES AIDES-SOIGNANTES AU DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

### Enjeux d'autonomie et de professionnalité

*Catherine GUCHER*

En France, le système d'aide professionnelle aux personnes âgées dépendantes repose sur une galaxie d'intervenants, diversement formés et qualifiés, dont le positionnement résulte de la structuration chronologique des politiques nationales de la vieillesse et de la dépendance. En effet, au fil de l'histoire de l'intervention de l'État dans la prise en charge des personnes âgées, du fait de l'allongement de l'espérance de vie et de l'apparition de nombreuses situations de vieillesse pathologique, et au croisement des problématiques de l'emploi, fortes dès les années 1990, ont émergé de nouveaux profils d'intervention, de nouvelles définitions des compétences et de nouvelles qualifications qui ont complexifié le panorama des intervenants au domicile des personnes âgées dépendantes. Les aides-soignantes partagent désormais leur domaine d'intervention avec des auxiliaires de vie sociale et des aides à domicile. Les domaines et les frontières d'intervention de ces différents professionnels, bien qu'ils

soient en partie réglementairement définis, donnent lieu au quotidien, au domicile des personnes aidées, à de multiples négociations, voire parfois à des affrontements. Ces transactions soulignent la grande difficulté de l'exercice professionnel du *care* à domicile (Molinier, 2005) et l'existence de marges d'interprétation des fonctions et missions de chacun et donnent à voir les enjeux de pouvoir et d'autonomie à forte dimension identitaire et statutaire pour les différents intervenants.

Nos recherches montrent que le contenu des prestations d'aide à domicile – et, en conséquence, la définition des actes professionnels et les critères de la qualité de l'aide à domicile – s'élabore *in situ* à travers les interactions qui se nouent entre les bénéficiaires et les intervenants professionnels et, plus globalement, l'environnement (Gucher *et al.*, 2011). Ainsi, le domicile des personnes âgées en situation de dépendance constitue un espace dans lequel différents acteurs professionnels positionnent leurs interventions, les unes au regard des autres et, ce faisant, contribuent à affiner leurs identités professionnelles à travers leurs interactions avec l'ensemble des intervenants, mais aussi avec les bénéficiaires, qui tentent, malgré la dépendance, de sauvegarder leur identité et leur autonomie. Les travaux réalisés dans le champ de la gérontologie sociale soulignent l'importance de cet enjeu d'autonomie dans le processus de vieillissement. Plus encore au cours de la dépendance, la préservation de l'intégrité identitaire constitue un enjeu essentiel pour les personnes âgées en situation de déprise (Clément et Mantovani, 1999). Par ailleurs, en France, l'autonomie des usagers des services sociaux et médico-sociaux a fait l'objet de la loi 2002.2 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, qui affirme la nécessité de placer l'usager au cœur des dispositifs et des interventions qui le concernent. Cette loi relaie d'autres interventions législatives qui, dans le domaine de la santé ou de l'action sociale, ont construit dans les années 2000 la notion d'« usager-acteur » (Gucher, 2012). Mais, l'enjeu d'autonomie est également fort pour les professionnels, et plus particulièrement pour ceux de la santé, comme l'ont montré certains travaux en sociologie, notamment celui de Freidson (1984). Cet enjeu renvoie à la possible définition et préservation de son identité professionnelle, au maintien et au développement d'une zone d'emprise et de pouvoir, et à l'établissement et l'affirmation de son statut<sup>1</sup>, en dépit des classifications et des catégorisations. Le cadre de l'intervention, qui est le domicile des

---

1. La notion de statut est employée ici au sens wébérien d'honneur, de considération sociale, d'égards et d'avantages conférés par le corps social.

personnes, apparaît comme un élément central dans ces enjeux croisés d'autonomie. Lieu d'exercice professionnel échappant à l'enfermement et aux contraintes institutionnelles, le domicile est également lieu de vie, repaire des personnes vieillissantes, rempart ultime contre le temps qui passe, porteur de nombreuses altérations. Lors de l'intervention professionnelle, le domicile devient donc l'arène où se rencontrent et se conjuguent des problématiques convergentes, mais susceptibles de dégénérer en conflit quand l'autonomie des uns se joue au détriment de celle des autres.

## 1. MÉTHODOLOGIE

Nos approches sont issues de la recherche intitulée *Non-recours et non-adhésion : la disjonction des notions de qualité de l'aide et de qualité de vie*, développée en 2010-2011 dans le cadre d'un appel à projet de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) consacré à la qualité de l'aide à domicile.

La démarche empirique a été réalisée dans trois départements de la région Rhône-Alpes, en France (Isère, Rhône et Savoie), à l'intérieur desquels ont été délimités trois territoires présentant des caractéristiques urbaines pour les uns ou rurales pour les autres. Les analyses mobilisent principalement des données recueillies par l'intermédiaire d'entretiens menés auprès d'aides-soignantes intervenant à domicile ( $n = 11$ ) et des observations d'interactions au domicile des bénéficiaires ( $n = 55$ ). Secondairement, et sans les mobiliser directement dans le texte, nous nous référons également aux entretiens effectués auprès de bénéficiaires d'aide et de soins à domicile ( $n = 18$ ) concernant leur représentation et leur expérience de la vieillesse, les propriétés de leur quotidien, leurs rapports pratiques et subjectifs aux professionnels intervenant à leur domicile et, enfin, les modes de faire de ces derniers en situation d'intervention. Nous disposons également d'un corpus d'entretiens effectués auprès d'aides à domicile ( $n = 11$ ) intervenant dans les mêmes contextes. Les personnes âgées constituant notre panel présentent toutes une sous-consommation du nombre des heures d'aides préconisé par les évaluateurs médico-sociaux et potentiellement financé par la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Leur niveau de dépendance, qualifié par les GIR (groupes iso-ressources) de 3 et 4, représente une dépendance moyenne, mais non une situation de grabatisation permanente. Le mode de sélection des enquêtés procure une certaine diversité à la population étudiée du point

de vue du lieu de vie, de l'âge, de la profession antérieure, du niveau de revenu, de la situation familiale, de l'antériorité dans le dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie et de l'existence ou non de troubles cognitifs. Cette diversité voulue ne vise pas une quelconque représentativité statistique de l'échantillon étudié, mais elle a été mise à profit pour construire des *types de rapports* des personnes âgées à l'intervention des professionnels à domicile. Les aides-soignantes interviewées sont issues de trois services différents et exercent pour une partie en milieu rural (7/11) et pour l'autre partie en milieu urbain (4/11). Leur ancienneté professionnelle va de 3 ans à 31 ans. Enfin, la grande majorité des aides-soignantes (8/11) possèdent une expérience en milieu hospitalier antérieure à leur activité en soins à domicile.

## **2. INTERVENTION À DOMICILE : UNE GALAXIE IMPROBABLE QUI GÉNÈRE UN FLOU STATUTAIRE ET IDENTITAIRE POUR LES INTERVENANTS**

Le secteur de l'intervention à domicile s'est organisé professionnellement en France à la suite du rapport Laroque, publié en 1962 (Ennuyer, 2006). Sous l'impulsion de cette politique fondatrice, dans les années 1970, émerge le secteur de l'aide à domicile, avec la création d'une nouvelle catégorie de professionnels, à savoir les aides-ménagères, chargées à l'origine essentiellement de l'entretien du cadre de vie des personnes âgées vivant encore à leur domicile. Progressivement, une fonction d'accompagnement social est reconnue aux aides-ménagères et, en 1988, l'instauration du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD) a permis leur requalification en aides à domicile. En parallèle, pour répondre aux besoins de soins de personnes de plus en plus âgées et présentant des caractéristiques polypathologiques, le secteur des soins à domicile s'organise<sup>2</sup> à partir des compétences particulières des personnels soignants – infirmières et aides-soignants<sup>3</sup>. De nouveaux services voient le jour, et la complémentarité des actes au domicile des vieilles personnes se cherche, en même

---

2. Décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées.

3. Ces professionnels relèvent de l'organisation sanitaire, tandis que les aides à domicile relèvent de l'organisation médico-sociale, ces deux secteurs correspondant en France à des autorités de tutelle et à des financements différents.

temps que le positionnement des intervenants s'affine<sup>4</sup>. La centration, à la fin des années 1990, des politiques publiques, sur la prise en charge de la dépendance, et la Loi no 2001-647 du 20 juillet 2001, portant sur la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie, encouragent l'évolution des fonctions des aides à domicile, qui assureront désormais l'aide physique aux personnes et sont appelées à devenir auxiliaires de vie sociale. La création du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) en 2002 suppose une nouvelle définition de la fonction en ces termes :

L'auxiliaire de vie sociale par ses interventions au quotidien compense un état de difficulté ou de dépendance lié à l'âge, au handicap ou encore à la maladie. Il favorise le maintien à domicile de la personne et évite ainsi son isolement. Il repère ses besoins et ses attentes et s'y adapte pour l'accompagner au mieux. Dans le cadre d'un projet individualisé, l'auxiliaire de vie sociale *accompagne et aide la personne dans les actes essentiels et dans les activités ordinaires de sa vie quotidienne* : aide à la toilette, à la prise de médicaments, aux repas, à l'entretien du logement, mais aussi stimulation, accompagnement dans la vie sociale, maintien et restructuration des capacités [...] Il dispose d'une certaine autonomie tout en travaillant étroitement avec les autres intervenants, les institutions sociales, sanitaires (ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, 2007 ; nous soulignons).

Ces professionnelles reçoivent ainsi en partage des attributions précédemment qualifiées comme soins et relevant des seules compétences des professionnels de la santé (aides-soignantes et infirmières). Cependant, en parallèle, le développement du secteur des services à la personne à la faveur de la loi Borloo de 2005 a favorisé, en vue de la résorption du chômage des femmes peu qualifiées, l'emploi dit de gré à gré, c'est-à-dire l'emploi direct par les personnes âgées dépendantes d'intervenantes non nécessairement qualifiées (Ennuyer, 2006). Ainsi, trois sphères professionnelles distinctes peuvent être amenées à se rencontrer au domicile des personnes âgées en situation de dépendance : la sphère professionnelle des soignants – AS (aide-soignante), IDE (infirmière diplômée d'État) –, comprenant des professionnels disposant de diplômes d'État et appartenant à des corps professionnels constitués depuis longtemps ; la sphère des intervenants du secteur de l'aide à domicile, composée de professionnels possédant des

---

4. Il faut rappeler que les professionnels de santé relèvent à l'époque d'un financement quasi total par les organismes de sécurité sociale, alors que les aides-ménagères relèvent d'un financement partiel et variable selon les caisses de retraite.

curus et des formations diverses ayant vocation à s'homogénéiser autour du DEAVS ; et la sphère des emplois de services aux personnes, formée d'intervenants généralement non qualifiés, s'approchant du secteur des employés de maison. Toutefois, le degré de professionnalisation entre ces segments de l'aide à domicile<sup>5</sup> n'est pas équivalent. Alors que les uns sont nettement référencés dans l'organisation pyramidale des professions de santé, que leur formation est sanctionnée par un diplôme d'État et que des règles d'exercice professionnel encadrent depuis toujours leur exercice professionnel, les autres, réunis sous une appellation unique, mais floue, se caractérisent par leurs trajectoires d'accès à l'emploi très variées et par la faiblesse du cadre institutionnel censé encadrer leurs fonctions.

Cependant, l'accompagnement à domicile de personnes âgées en situation de dépendance met en présence ces intervenants, majoritairement des femmes, diversement qualifiés et formés, jouissant de statuts inégaux, mais tous appelés à faire preuve de compétences relationnelles proches. Nous pouvons observer comment cette injonction politique et sociale à l'exercice de compétences relationnelles ou sociales permet d'esquiver les questions préalables des qualifications et, en conséquence, les questions des formations et des statuts (D'Iribarne et Oiry, 2001). Ces compétences se définissent explicitement dans l'interaction, au plus près de la demande sociale, dans un face-à-face direct entre les salariés et les employeurs, c'est-à-dire finalement en dehors des processus formalisés de régulation sociale (Grootings, 1994).

La faible définition institutionnelle du métier d'aide à domicile ou d'auxiliaire de vie sociale implique la mobilisation de dispositions sociales genrées, ce qui concourt à une définition sur site, dans l'action de ce qui fait le métier (Avril, 2003). Cette réalité du recours aux dispositions sociales dans la définition du métier a très bien été mise en évidence par Arborio (2001) en ce qui concerne les aides-soignantes. Cependant, alors que la référence à un corps professionnel susceptible de procurer un soutien identitaire (Demailly, 2008) demeure presque impossible dans le domaine de l'aide à domicile du fait du morcellement des qualifications, du côté des aides-soignantes, la référence au monde hospitalier et à sa structure hiérarchisée, la proximité ambiguë avec les infirmières semble constituer malgré tout un soutien possible, même s'il est contesté, à l'affirmation d'une identité professionnelle (voir le chapitre 11 du présent ouvrage).

---

5. Sur les différences de profils, d'appellations et de statuts, voir Bressé (2003).

Quoi qu'il en soit, la nécessaire et permanente renégociation du positionnement professionnel, dans le face-à-face avec les vieilles personnes et dans l'écheveau des interactions entre tous les acteurs de l'accompagnement à domicile, met en permanence en jeu l'identité, l'autonomie et le pouvoir des intervenants de proximité. Dans tous les cas, l'autonomie des intervenants professionnels paraît d'autant plus établie à domicile que les personnes qui y vivent sont plus dépendantes et moins en situation d'affirmer leurs souhaits et de demeurer actrices de ce qui les concerne, y compris les soins et l'accompagnement. Dans ce contexte, l'existence d'une possible autonomie de l'usager s'avère problématique.

### **3. DOMICILE, TERRITOIRE À DÉFENDRE VERSUS TERRITOIRE À CONQUÉRIR**

Le trait commun unissant les pratiques professionnelles nous intéressant ici est qu'elles prennent place dans des domiciles privés, engageant l'intimité des lieux (Dussuet, 2005) et l'intimité des corps (Ribault, 2008). Ce domicile porte les traces invisibles des tournants de la vie, de l'histoire familiale, des moments douloureux et des joies profondes. Le mobilier, l'agencement intérieur et l'organisation même du lieu renvoient à des choix et à des décisions des personnes qui l'ont occupé, souvent depuis de très nombreuses années.

La construction d'un «chez-soi» est parfois l'affaire de toute une vie : il s'agit d'un travail qui nécessite une pragmatique de la vie quotidienne et la mobilisation permanente du rêve de foyer. Avoir un «chez-soi» est souvent associé à «avoir fondé une famille», et ces deux points génèrent fréquemment une satisfaction vis-à-vis de l'existence dans le grand âge et la fierté d'une œuvre accomplie. L'espace renvoie inmanquablement à l'expérience vécue. Le domicile se présente alors comme un support essentiel de la préservation de l'autonomie des personnes âgées et de leur posture d'usager-acteur, telle qu'elle est définie comme enjeu de l'action publique (Loncle et Rouyer, 2004) visant tout à la fois le développement de la démocratie et de la citoyenneté et l'ajustement des politiques aux besoins sociaux.

Du côté des personnes âgées, l'aspiration à l'autonomie s'impose comme enjeu fondamental de la préservation et de la continuation de soi. Elle s'exprime à travers des exigences fortes en termes non seulement de respect des habitudes, des rythmes et de l'organisation interne du domicile,

mais aussi d'attentes relationnelles, qui peuvent se comprendre comme des demandes de soutien de leur projet de vie. Et, au-delà de la simple aspiration à poursuivre sa vie conformément à ses principes directeurs antérieurs, c'est aussi une revendication de pouvoir sur soi et sur autrui qui s'exprime fréquemment. Ainsi, ces personnes dépendantes manifestent envers et contre tout une forte détermination à ne pas se laisser dicter leur conduite de l'extérieur et affichent une volonté farouche de maintenir une emprise sur leur environnement, malgré les pertes et l'affaiblissement de capacités qu'elles subissent. Elles résistent alors parfois de toutes les manières à ce qu'elles perçoivent comme des atteintes à leur corporéité, à leur intimité et à leur identité et expriment ainsi des résistances, voire font obstruction, vis-à-vis des actes de soin. Or, suivant en cela Descombes (2005), il nous apparaît possible d'affirmer que les intervenantes professionnelles, tout comme les bénéficiaires, dans le moment même de l'intervention – qui suppose une coprésence – prétendent «se diriger elles-mêmes» (p. 441), c'est-à-dire suivre librement, sans y être contraints, des règles – au sens de modèles d'action, de lignes de conduite – qui peuvent être propres à l'individu, mais qui renvoient toujours à un contexte social, à des formes de vie préexistantes à l'individu. Le domicile, en ce qu'il est rempart de l'intime pour les uns et lieu d'exercice professionnel pour les autres, devient alors l'arène dans laquelle se nouent des enjeux croisés d'autonomie.

Les trois dimensions contenues dans le fait d'habiter – instauration d'une frontière nette entre le dedans et le dehors, possible protection du secret et de l'intime, processus continu d'appropriation (Serfaty-Garzon, 1999) – se trouvent mises à l'épreuve à travers l'intervention de professionnels soignants au domicile des vieilles personnes. Pour ces dernières, l'intervention professionnelle à domicile comporte plusieurs risques, et, en tout premier lieu, celui de voir s'effacer, à travers le va-et-vient des intervenants, la frontière entre le dedans et le dehors. Si l'intervention à domicile a souvent été considérée comme un élément de lutte contre le confinement des personnes âgées et leur repli sur une sphère privée trop étroite pour soutenir leur appétit de vivre, il n'en demeure pas moins qu'elle peut être également intrusion, voire effraction, du dehors vers le dedans, et obérer la possibilité de préserver un espace secret d'intimité. Par ailleurs, au fil de l'apparition de besoins d'aide et de soins, au fur et à mesure de la transformation de la situation de dépendance des personnes, les interventions, devenant plus nombreuses, sont susceptibles de se répéter au cours de la journée et de nécessiter des soutiens techniques tels que le lit médicalisé, le lève-personne, etc. Ainsi, ce domicile lieu de vie peut progressivement

se parer des attributs d'un lieu de soin à travers la professionnalisation des interventions et leur technicisation. Pour les professionnels, ce lieu d'intervention constitue également un territoire d'exercice professionnel à conquérir, à constituer comme tel. En effet, intervenir à domicile signifie travailler à distance des cadres institutionnels qui organisent et légitiment les professions de soin, dont l'hôpital est l'emblème.

Ces cadres constitués d'une organisation hiérarchisée s'expriment le plus généralement à travers la structuration temporelle et spatiale des tâches composant la fonction soignante. Dans le secteur institutionnel – les unités de soins de longue durée des hôpitaux, qui sont entièrement encadrées par les règles du secteur sanitaire, ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui relèvent du domaine médico-social –, les rôles et les fonctions des intervenants de proximité obéissent à des principes de hiérarchisation relativement stricts qui comportent des éléments de définition des tâches incombant à chaque professionnel : des principes de distinction assez clairement établis et référés à des cadres juridiques et déontologiques de responsabilité pour chaque catégorie d'acteurs favorisent le positionnement légitime de chacun et lui confèrent un domaine d'exercice dans lequel il peut établir son expertise et son autorité. Si ces cadres institutionnels comportent une part de contrainte, ils représentent également une protection contre l'étrangeté du monde des patients et contre les incertitudes propres au traitement et à l'accompagnement des souffrances humaines. *A contrario*, le domicile apparaît parfois pour les intervenants comme un contexte d'intervention à risque (Gauthier, 2010). Les conditions de l'intervention – logement, salle de bains, etc. – ne sont pas toujours favorables et les professionnels se retrouvent alors dans la situation de devoir composer avec un environnement qui leur est étranger, sur lequel ils n'ont aucune maîtrise et qui met à mal l'ordonnancement habituel et souhaitable de leurs actions.

Djaoui (2007) évoque la charge psychique pesant sur les professionnels du fait de ce contexte particulier d'intervention représenté par le domicile, soulignant un processus de dévoilement de soi rendu incontournable par l'intrusion dans la sphère d'intimité des vieilles personnes demandeuses d'aide. Ainsi, le professionnel soignant au domicile redevient une personne à part entière, au-delà de sa fonction, et les personnes âgées tentent de rétablir une réciprocité des échanges en cherchant à comprendre et à entrer dans la sphère de sa vie intime. C'est le sens de tous les questionnements à propos de la famille, des enfants, et de la conjugalité éventuellement, que les professionnels ont parfois beaucoup de difficulté à contenir en

fonction de leurs propres besoins de distance. Par ailleurs, les contours de ces interventions professionnelles résultent d'interactions constantes entre les différents intervenants familiaux et professionnels.

À domicile, les aides-soignantes se trouvent donc dans cette situation paradoxale de travailler en dehors et à distance de leurs cadres institutionnels de référence ainsi que de la protection et du repère que donnent ces cadres tout en devant néanmoins affirmer la professionnalité de leurs interventions en incarnant la caution et la garantie de l'institution de soin à laquelle ils sont rattachés. Le domicile apparaît ainsi comme un territoire d'intimité à défendre pour les personnes âgées et comme un espace à conquérir et à instituer en tant que territoire professionnel pour les soignants.

#### **4. CINQ FORMES D'INTERACTIONS AIDANTS-AIDÉS : LA PROFESSIONNALITÉ EN JEU**

Les entretiens menés avec les personnes aidées et avec les aides-soignantes, de même que les observations effectuées *in situ*, font ressortir une problématique identitaire forte tant du côté des vieilles personnes que de celui des intervenantes. Pour tous les protagonistes de la scène du soin, il s'agit fondamentalement de préserver son identité, laquelle s'exprime à travers diverses façons d'être et de faire, et d'éviter l'envahissement et le débordement de territoire et la disqualification. Pour les professionnels comme pour les vieilles personnes, les actes de soin et de soutien comportent une mise en jeu de soi, de ses ressources et de ses qualités. Dans nos travaux, cinq formes d'interactions ont pu être mises en évidence. Elles sont construites *a posteriori* de manière typique, à partir d'indicateurs tels que la manière de s'adresser à autrui, le vocabulaire employé (registres paternaliste, infantilisant ou d'égal à égal ; ordres donnés), et les attitudes (recherche de consentement ou imposition des actes). Toutes ces interactions observées sont corroborées par les entretiens et témoignent de cet enjeu fondamental d'affirmation de son autonomie<sup>6</sup> – avec, face à, ou contre l'autre.

Premièrement, ce que nous nommons la domination acceptée constitue une des formes assez fréquentes de ces interactions (environ 30% des situations constituant notre matériau). Elle se caractérise par une

---

6. Le terme *autonomie* est bien entendu ici dans son sens littéral, c'est-à-dire en tant que capacité et possibilité de définir des lois et des choix pour soi-même et sa vie et de les faire valoir.

relation asymétrique et cependant par une convergence de perspectives entre les interactants génératrice de postures d'adhésion de la part de la personne âgée. L'expertise se situe clairement du côté des professionnels, qui font valoir leurs compétences (savoirs, savoir-faire) et convainquent, habituellement avec doigté et persuasion, les personnes âgées du bien-fondé de leur mode d'intervention.

Deuxièmement, la domination subie apparaît comme moins fréquente (20 % des situations). Elle est caractérisée également par une relation asymétrique, mais elle se complexifie à travers une divergence de perspectives entre les interactants, générant alors des postures de non-adhésion. La valeur supérieure des savoir-faire professionnels n'est pas spontanément reconnue par les bénéficiaires, qui cherchent à défendre leurs propres manières de faire et à imposer aux intervenants le rythme et le séquençage des tâches domestiques ou de soin. Chaque protagoniste de la scène du soin va alors chercher à conserver ses repères, à faire valoir sa légitimité, légitimité expérientielle pour les vieilles personnes et professionnelle pour les soignantes.

Troisièmement, d'autres formes plus rares d'interactions (15 % des situations) ont pu être décrites comme une domination inversée, dans le sens où la personne âgée exprime nettement son emprise et son pouvoir sur les intervenants professionnels. La relation est alors asymétrique et s'apparente le plus souvent à la position d'un employeur vis-à-vis de ses salariés. Le mode relationnel passe par les injonctions et les ordres, et le professionnel se retrouve alors parfois dans une situation de soumission et, en tout état de cause, dans une grande difficulté à faire valoir son expertise.

Quatrièmement, le conflit peut être également appréhendé dans quelques rares situations (5 %). Le cas échéant, les interactions se caractérisent par la symétrie de la relation et une divergence forte de perspectives entre l'aide et le bénéficiaire et sont à l'origine de postures de non-adhésion. Ces divergences concernent ici non seulement les manières d'agir, mais aussi plus fondamentalement le sens donné à la situation. Le bénéficiaire refuse de s'inscrire dans une position de dépendance et revendique une appréciation juste et légitime s'opposant à l'analyse portée par les intervenants professionnels.

Cinquièmement, certaines interactions (30 %) correspondent à des formes de coopération qui se caractérisent par une relation symétrique et une convergence de perspectives génératrices de postures d'adhésion. Dans ce cas, usagers et professionnels paraissent avoir réussi à établir

un mode relationnel et de fonctionnement, dans lequel chacun trouve sa place, exprime ses aspirations et ses contraintes et parvient à ne pas vivre l'intervention comme une menace pour son autonomie ou son identité.

Ces observations révèlent bien les enjeux croisés d'autonomie évoqués précédemment. Du côté des professionnels, les fondements de ces interactions peuvent être saisis à travers les discours des aides-soignantes<sup>7</sup>. Pour elles, il s'agit, lors de l'intervention, de soutenir le registre de la professionnalité, c'est-à-dire d'importer au domicile du bénéficiaire des règles institutionnelles auxquelles l'usager doit se conformer, tout en manifestant tout le respect qu'elles portent à la sphère privée et intime. Le défi de préservation de l'identité professionnelle consiste également à affirmer et à défendre une expertise légitime face au sens commun et à des savoirs expérientiels et à faire respecter des modes organisationnels et les rythmes propres à l'action de soin (Aubry, 2012).

La problématique de l'autonomie professionnelle se situe au cœur de l'exercice quotidien. Elle se joue à travers le « réglage » de la distance avec l'usager et ses proches. Plusieurs aides-soignantes témoignent de ce souci constant de maintenir une distance garante de la professionnalité :

*Le contexte du domicile, c'est la proximité, l'intimité des gens, ce n'est pas du tout pareil. On fait un soin, on est proche du patient, on essaie d'être proche de la famille aussi. On est proche, mais on va essayer de rester très professionnelle parce que la limite est vite dépassée, très vite dépassée par la famille ou les patients si on ne fait pas attention (participant A8).*

L'acceptation des sollicitations relationnelles teintées d'affectivité des bénéficiaires est perçue comme un risque majeur d'empiètement sur un territoire professionnel qui doit rester impénétrable pour les usagers :

*Il y a une dame, une dame en fauteuil roulant, qui, quand j'arrivais chez elle, parce que l'aide à domicile faisait la bise, elle voulait absolument que je lui fasse la bise et que je l'appelle par son prénom, et j'ai dit : « Non, non, non, non. » Je ne pense pas que ce soit un besoin affectif qu'elle avait, c'est le truc de dire : « Ah ! Bien, c'est ma... c'est un peu comme ma copine qui arrive pour me faire le soin. » Et cela a très mal passé au départ avec cette personne parce*

---

7. Les entretiens menés avec les bénéficiaires mettent en évidence leurs revendications d'autonomie et les attitudes adoptées vis-à-vis des intervenantes. Ils corroborent ainsi les propos des aides-soignantes.

*que, justement, ça a été: « Non. Je vous dis bonjour, je vous appelle par votre nom, et puis voilà. » Et l'on discute très bien et tout va bien, mais ça s'arrête là (participant A9).*

Cette préservation de la distance passe par le recours à l'équipe professionnelle et à l'encadrement, qui, même distants géographiquement, constituent un soutien à l'identité professionnelle :

*Ça, on en parle toutes ensemble. Après, s'il y a un conflit à régler, nous, on essaie d'être le plus neutre possible, de ne pas prendre position. Après, on en parle, et c'est l'infirmière coordinatrice qui va aller rencontrer la famille. Nous, on essaie de se protéger un peu... Parfois, il y a des gens, des familles un peu réactives, avec des mots... Nous, on essaie de ne pas entrer en conflit avec eux (participant A4).*

De même, la référence à la formation et au diplôme apparaît comme un élément de protection face à l'ambition égalitaire de l'expertise profane :

*La formation, ça aide. Il y a la théorie, bien sûr, on nous enseigne les bases, on ne peut pas s'improviser soignant. Il y a des techniques qu'on apprend que ça ne viendrait pas à l'idée, puis, avec la pratique on voit comment ça se passe. Après, on fait au mieux qu'on peut, on est seule, on se débrouille, mais il faut la formation parce que, autrement... il faut cette formation de base pour justifier du diplôme, qu'on est capable (participant B2).*

Cette préoccupation de la distance traduit, d'une certaine manière, la crainte de la perte d'identité professionnelle chez des aides-soignantes intervenant au domicile de personnes âgées parmi un ensemble de professionnels moins formés et déqualifiés. Les postures des aides-soignantes expriment fréquemment le souhait de préserver la spécificité d'une relation de soin face aux relations de service, qui constituent l'apanage des aides à domicile (Jeantet, 2003).

*À domicile, elles sont parfois considérées comme des bonnes à tout faire. On n'a aucun respect pour elles. J'ai été témoin de ça. Je suis arrivée un matin chez une dame. J'avais presque fini le soin, j'allais la lever, et elle dit: « Ah! Bien, elle est là, celle-là. » [Moi:] « Qui? » [La dame:] « La femme de ménage. » Je dis: « Non. C'est une auxiliaire de vie. » [La dame:] « C'est pareil. » Je dis: « Non. C'est l'aide à domicile. Et moi, vous m'appelez comment? » [La dame:] « L'infirmière. » Je dis: « Non. Je suis l'aide-soignante. » [La dame:] « C'est pareil. » Je dis: « Non, ce n'est pas pareil. » Elle lui*

*parlait avec méchanceté. J'étais mal. Je lui dis : « Mais, pourquoi vous lui parlez comme ça ? » Elle me répond : « Parce que c'est la bonne » (participant B2).*

Le risque d'asservissement des aides-soignantes par des bénéficiaires enclins à défendre leur territoire et leur autonomie, y compris au moyen de l'instauration de formes relationnelles très autoritaires et parfois peu respectueuses de leurs intervenantes, apparaît comme un risque de gommage d'une qualification professionnelle dont elles souhaiteraient qu'elle constitue un élément de distinction par rapport aux autres intervenantes. C'est alors une confrontation difficile à travers laquelle chacun tente de préserver ce qui fait sens pour lui :

*Parce que nous, on est quand même soignant, on est très dans l'hygiène, et, à domicile, il y a moins d'hygiène forcément, et puis nous, on ne peut pas imposer notre hygiène quelque part parce qu'on est chez les gens, voilà, on rentre chez eux. Donc, eux, ils auront toujours envie de faire comme ils veulent, eux, et l'on a beau leur dire : « Ce n'est pas bien, vous pouvez attraper une infection, ce n'est pas hygiénique », ils vont vous dire : « Je fais ce que je veux, je suis chez moi ». Et, parfois, pour nous, c'est difficile (participant A7).*

La non-reconnaissance du statut d'usager-client et secondairement la négation d'un espace d'autonomie et de choix pour le bénéficiaire sont le prix de cette recherche de préservation identitaire des aides-soignantes.

*C'est un dû, parfois. Je me permets de leur dire qu'on intervient par le biais du Centre communal d'action sociale : « C'est un service social, vous n'avez rien à déboursier. Vous avez besoin de nous, ça ne sert à rien de faire comme si c'était un dû. » C'est ahurissant de se positionner comme client quand on a un problème de santé. Client, c'est quand on a le choix (participant A6).*

Cependant, la revendication de l'autonomie professionnelle constitue à d'autres égards un soutien possible pour des interactions positives faites de « petits arrangements » au quotidien, dans lesquels les deux parties trouvent un bénéfice et une possible valorisation. Ces situations sont celles dans lesquelles les aides-soignantes acceptent, ou proposent de dépasser, les cadres stricts de leur domaine d'intervention pour rendre service au bénéficiaire. Ce faisant, elles se trouvent dans la position de manifester leur zone de pouvoir – ces services sont rendus selon leur bon vouloir – et, en même temps, elles contribuent à soutenir l'autonomie du bénéficiaire, qui s'autorise à exprimer ses attentes en fonction de ce qui fait sens pour lui.

*Ces personnes qui sont toutes seules, elles demandent, mais elles testent en même temps, et d'ailleurs, elles savent très bien à qui elles demandent... Par exemple, les volets, c'est vrai quand tu le dis, en soi, ça ne paraît pas grand-chose, ouvrir ou fermer les volets ; par exemple, si la personne est aux toilettes, vous avez le temps. Mais, ce temps, vous pourriez en avoir besoin pour autre chose, pour une autre personne qui est tombée (participant A4).*

Cependant, ce sont ces interactions à la marge et qui se jouent dans l'ombre d'un secret partagé avec le bénéficiaire, car n'entrant pas directement dans la définition du profil de poste institué, qui constituent finalement l'espace dans lequel l'autonomie des usagers et des intervenantes peut se comprendre et se renforcer mutuellement. Toutefois, la limite de ces interactions tient à ce qu'elles ne peuvent participer au renforcement de l'identité professionnelle, car elles relèvent davantage du service commun que d'un acte nécessitant technique et compétences particulières.

## **CONCLUSION**

Nous avons souhaité ici mettre en exergue les questionnements et les difficultés du positionnement des aides-soignantes dans le système complexe du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Le sentiment qu'elles expriment fréquemment d'être « grignotées par le haut et par le bas » témoigne d'un positionnement erratique entre deux pôles : celui de la présence aidante et familière et celui de l'intervention technique et distancée. Dans le premier cas, leur apport s'inscrit dans le registre ambigu des dispositions féminines et leur intervention se confond avec celles d'autres intervenants non soignants et peu ou pas qualifiés (famille ou aides à domicile). Dans le second cas, les aides-soignantes, rangées du côté d'une expertise soignante technique, dont le modèle est à la fois infirmier et hospitalier, perdent la gratification de la relation proche et égalitaire avec les bénéficiaires. Les entretiens réalisés mettent nettement en évidence cette ambiguïté : partagées entre le désir « d'échapper au sale boulot » (Arborio, 1995) et celui d'être « considérées comme un membre de la famille », les aides-soignantes se vivent alternativement comme disqualifiées ou distinguées face aux bénéficiaires et aux différents aidants familiaux ou professionnels qui interviennent au domicile des personnes dépendantes. Ces difficultés se trouvent accentuées par ce que nous nommons le « brouillage du *care* », qui peine à se définir entre familialisme et domesticité (Cresson et Gadrey, 2004). En effet, la fabrique, à travers les discours politiques,

professionnels, et parfois scientifiques de cette nouvelle sphère d'intervention, participe de l'effacement des frontières entre qualifications professionnelles et compétences morales. Dans ce contexte, l'autonomie demeure l'emblème de la professionnalité et se trouve inextricablement enchevêtrée aux problématiques de légitimité et de reconnaissance. Cette nécessité pour la préservation d'une identité non contestable passe par l'établissement d'une séparation entre le monde professionnel et le monde profane et par le maintien d'une relation asymétrique entre l'expert et le bénéficiaire. Toutefois, les aspirations à l'autonomie et le besoin d'emprise des vieilles personnes s'érigent en contrepoint de ces nécessités professionnelles et l'usager devient alors une figure qui dérange. Au cœur de ces enjeux croisés d'autonomie, l'expertise savante se heurte à l'expertise profane et rend impossible la reconnaissance de l'alternative expérientielle.

## LE MODÈLE HOSPITALIER DANS L'INTERVENTION DES AIDES-SOIGNANTES À DOMICILE

### Soutien et obstacle pour l'affirmation d'une identité professionnelle

*Annie MOLLIER*

*Catherine GUCHER*

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD<sup>1</sup>), instaurés en France en 1981, « assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels ». La mission de ces services, confiée à des infirmières coordonnatrices et à des aides-soignantes, consiste à permettre à des personnes âgées de plus de soixante ans, « malades ou dépendantes », à des « personnes adultes de

---

1. Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

moins de soixante ans présentant un handicap» et à des personnes adultes de moins de soixante ans atteintes de pathologies chroniques de vivre chez elles malgré les difficultés qu'elles rencontrent dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

Dans le cadre qui lui est assigné, l'aide-soignante se trouve étroitement dépendante de l'infirmière sous la responsabilité de laquelle elle exerce. Malgré la reconnaissance de compétences particulières qu'elle met au service de la vie, de l'autonomie et du bien-être des personnes, l'étendue de la mission qu'elle exerce dans des contextes très divers et le face-à-face souvent solitaire à domicile avec des usagers âgés aux situations complexes, l'aide-soignante se trouve reléguée à une posture d'exécution. Les aides-soignantes que nous avons sollicitées dans le cadre de la recherche disent avoir quitté les structures hospitalières ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour se rapprocher de leur idéal professionnel<sup>2</sup>. Et, si elles trouvent dans ces services les bénéfices attendus dans leur travail, elles se confrontent aussi à l'agressivité, à la démence, aux corps malades et souillés, aux logis insalubres et, *in fine*, à leur propre impuissance. Dans leur activité auprès de patients âgés socialement disqualifiés, les aides-soignantes doivent également se positionner face à d'autres acteurs professionnels du secteur social et médico-social et sont à la recherche de points d'appui pour inventer des pratiques adaptées aux contextes singuliers qu'elles rencontrent afin de régler leurs attitudes sur les spécificités de chaque patient et de conserver envers et contre tous des manières d'être et de faire qui signent leur professionnalisme et garantissent leur statut.

Malgré une volonté initiale de rompre avec l'hôpital, le modèle hospitalier que les aides-soignantes ont intégré au cours de leur formation et à travers leurs expériences professionnelles constitue une référence structurante qui va les guider dans leur travail quotidien, tantôt pour le revendiquer et s'y référer, tantôt pour chercher à le contourner en puisant dans d'autres modèles et en jouant sur les zones d'incertitude entourant la définition de leur rôle. Cette oscillation paradoxale à l'œuvre dans le positionnement des aides-soignantes soutient une construction qui leur permet d'articuler les attentes sociales attachées à leur rôle et l'idéal qui est le leur, dans un double mouvement de transaction objective et subjective,

---

2. La recherche CNSA 2009-2011 et la méthodologie sur laquelle se fondent ces développements, *Non-recours et non-adhésion : la disjonction des notions de qualité de l'aide et de qualité de vie*, sont présentées dans le chapitre 10 du présent ouvrage.

comme le décrit Dubar (2002). Cette identité professionnelle se traduit par un sentiment d'appartenance à un groupe professionnel qui partage une culture, des valeurs, des savoirs, des compétences et des méthodes propres au métier, dans une recherche de reconnaissance sociale.

Le présent chapitre comprend deux grandes sections. En premier lieu, nous examinerons comment les aides-soignantes mobilisent une référence au modèle hospitalier pour faire valoir une expertise, une position qui leur permet de gagner en statut et en reconnaissance dans une proximité avec le rôle infirmier qui les distingue des aides à domicile ou des auxiliaires de vie sociale. En second lieu, nous regarderons en quoi le mouvement de détachement qu'elles opèrent vis-à-vis de ce modèle vient nourrir une recherche de sens qui les conforte dans leur identité d'aide-soignante et leur permet de gagner en autonomie.

## **1. SE RÉFÉRER AU MODÈLE HOSPITALIER POUR GAGNER EN RECONNAISSANCE ET EN STATUT**

Le modèle hospitalier, qui fait sens et repère pour les aides-soignantes, qu'elles s'y soumettent, qu'elles le revendiquent ou qu'elles le rejettent, peut s'appréhender en tant que culture, faite de valeurs et de normes, qui intègre tout à la fois une vision biomédicale de l'homme et une représentation hiérarchisée de l'organisation et de la division du travail (Amourous, 2004). Sur le plan pragmatique, ce modèle regroupe des pratiques, des manières de faire accordant la primauté aux logiques techniciennes et hygiénistes. Les normes et procédures liées aux impératifs d'efficience, propres à l'hôpital moderne, confèrent une tonalité procédurale aux agirs professionnels. En se référant à ce modèle, les aides-soignantes marquent leur appartenance à la sphère médicale et soignante et font valoir leur expertise professionnelle face aux personnes chez qui elles interviennent et auprès des autres intervenants de l'aide à domicile.

### **1.1. RÉFÉRER SES AGIRS PROFESSIONNELS AU MODÈLE BIOMÉDICAL**

Le modèle biomédical repose essentiellement sur une conception de la maladie inscrite dans un schéma de causalités simples et linéaires dans lequel les facteurs biologiques sont prépondérants : un dysfonctionnement produit des manifestations qui appellent un traitement, une action clinique pour corriger ou réparer l'anomalie (Berquin, 2010). Ce mode de pensée,

d'analyse et de raisonnement réduit la personne à une position et à un statut de malade. La recherche à des fins thérapeutiques et les soins mis en œuvre dans une finalité de guérison fondent le prestige médical et la reconnaissance sociale de ses opérateurs. Les aides-soignantes adoptent le langage des médecins et des infirmières. Les personnes qu'elles soignent sont présentées comme des patients et désignées par leur pathologie (« les Alzheimers », les « SLA » [sclérose latérale amyotrophique], etc.). Ainsi, les incapacités qui justifient le plus fréquemment leur intervention disparaissent derrière des pathologies qui, bien qu'elles soient chroniques, apparaissent plus nobles que les maux liés à la vieillesse. Toutefois, ces incapacités peuvent aussi définir les personnes selon le type de soins qu'elles requièrent (« les palliatifs ») ou selon leur appartenance à un groupe spécifiant leur degré de dépendance (« GIR » [groupe iso-ressources]) : « Dès que c'est GIR 1, c'est qu'il n'y a pas la conscience. GIR 2, il est grabataire, mais il a la conscience, au moins les ordres simples, c'est plus facile. » Dans cette perspective, l'aide-soignante, comme le médecin et l'infirmière, « prend en charge » le patient, et le SSIAD procède, comme à l'hôpital, à des « entrées » et à des « sorties » : « La semaine dernière, on a eu une entrée ; elle est déjà réhospitalisée. »

Ce modèle biomédical et hospitalier, où l'étiologie précède le traitement, privilégie les soins techniques, domaine d'intervention du médecin et de l'infirmière, qui apparaissent comme étant particulièrement prestigieux. Les aides-soignantes sont exclues de ces activités thérapeutiques (Lhuillier, 2005) et les tâches qu'elles réalisent, quelle que soit leur finalité, possèdent un niveau réduit de technicité. Aussi privilégient-elles, dans la présentation de leur travail, les soins prescrits qui participent à préserver la vie et les actes de surveillance, de suivi et de prévention qui entrent dans leur fonction. Ces soins, qu'elles dispensent à domicile, témoignent des compétences techniques que les aides-soignantes ont acquises durant leur formation et lors d'expériences hospitalières et de connaissances et d'une maîtrise qu'elles redoutent de perdre parce qu'elles leur confèrent une certaine noblesse : « Les points négatifs, c'est qu'on perd la technique, on perd des connaissances. Au CHU [centre hospitalier universitaire], on se renouvelle tous les jours, on connaît les maladies, les surveillances. » Ce recours au soin technique comme élément d'une possible valorisation de leur fonction va de pair avec une certaine technicité, à savoir l'usage d'un matériel médical adapté proche de celui qui est déployé à l'hôpital, enrichissant leur action professionnelle : « On a des lits médicalisés, alors qu'au début,

*on avait du mal à faire rentrer dans les maisons. [...] Maintenant, dès que quelqu'un rentre de l'hôpital, si c'est un malade à qui l'on doit faire la toilette dans son lit et le lever après, on a des lits médicalisés.»*

La conception hygiéniste des soins constitue une autre composante du modèle hospitalier auquel les aides-soignantes se réfèrent. La performance des actes de prévention et des soins à visée curative est corrélée à l'asepsie, à la propreté des corps et à la mise en ordre de l'environnement du malade. Cependant, cette part dédaignée de l'activité médicale, le « sale boulot » qui leur est délégué (Hughes, 1951), qui assigne les aides-soignantes à une position hiérarchique située au plus bas de l'échelle (Peneff, 1992), constitue l'une des conditions préalables au soin (Lhuilier, 2005). À travers les soins d'hygiène, les aides-soignantes manifestent leur appartenance aux professions de la santé et revendiquent, en valorisant leur fonction, leur contribution à l'activité thérapeutique : « *Parce que nous, on est quand même soignant, on est très dans l'hygiène.* » Et, lorsqu'elles sont malmenées dans leurs interventions à domicile par le mode de vie des bénéficiaires, les aides-soignantes se trouvent contraintes de négocier avec ces personnes et de s'adapter à leur environnement. Ces milieux d'intervention prennent en défaut les règles d'hygiène des locaux hospitaliers qui leur sont enseignées en formation<sup>3</sup>. Alors, les aides-soignantes tentent, même *a minima*, de maintenir ce modèle hygiéniste, dans la double perspective de protéger la santé de leurs « patients » et de préserver ce qui est pour elles le sens premier de leur mission.

Si les conditions d'intervention à domicile s'avèrent bien éloignées de celles prévalant en milieu hospitalier, des modes d'organisation et de rationalisation du travail sont néanmoins à l'œuvre dans les services de soins à domicile, avec le déploiement de méthodes et d'outils proches du modèle hospitalier. Comme c'est le cas à l'hôpital, le travail à domicile est structuré sur la base de supports écrits permettant la planification et la traçabilité des soins, comme le précise cette aide-soignante :

*Tout est noté dans le classeur chez la personne. [...] On a une feuille de surveillance de selles (on a beaucoup de risques d'occlusion), une fiche douleur, une fiche état cutané. [...] C'est là qu'on sait ce qu'on doit faire et ce qui est bien. Comme on ne retourne jamais les mêmes, on sait ce qui s'est passé, on coche sur le protocole de soins. [...] On essaie d'écrire en cible pour perdre moins de temps.*

3. Circulaire n° 99-123 du 26 février 1999, *Référentiel de formation du diplôme professionnel d'aide-soignant.*

## 1.2. SE RÉFÉRER AU MODÈLE EN SE POSITIONNANT DANS LA PROXIMITÉ AVEC LES INFIRMIÈRES

Dans ce modèle hospitalier, où le soin représente l'activité noble, l'infirmière et le médecin apparaissent comme les deux figures majeures œuvrant à la guérison des malades. Dans cette division morale du travail, qui distingue les soins selon le prestige qui leur est reconnu, les aides-soignantes responsables des soins d'hygiène et de confort restent à la marge des bénéfices symboliques de cette distinction (Lhuillier, 2005). Les compétences reconnues aux infirmières et le statut social qui leur est attribué agissent pour les aides-soignantes comme une force d'attraction. L'histoire de ces deux professions « gémellaires », inscrite « dans une relation complexe de proximité-rivalité » (Amourous, 2004), illustre la difficile séparation des rôles et des territoires respectifs de leur intervention (Arborio, 1995, 2001). Si, au prix d'un long processus, l'infirmière peut s'affranchir des tâches ingrates en les déléguant aux professionnelles placées sous son autorité, les aides-soignantes tentent des rapprochements afin de réduire les écarts entre leurs deux professions.

Pour les aides-soignantes, il s'agit donc dans cette recherche – et dans cette nécessité – de proximité avec les infirmières, non seulement d'obtenir la reconnaissance sociale dont elles jouissent vis-à-vis des « malades » et de la population et d'être reconnues à la hauteur de certaines de leurs compétences, qui ne sauraient être réduites au maintien de l'hygiène corporelle, mais aussi de s'en démarquer pour affirmer une professionnalité qui leur est propre (Amourous, 2004).

Intervenir seules à domicile, dans le cadre d'une mission de soins infirmiers, engage parfois les aides-soignantes à étendre leur champ d'intervention. Mais, la définition du métier inscrite dans le référentiel de formation de l'aide-soignante est elle-même porteuse d'ambiguïté : « L'aide-soignant participe, dans la mesure de ses compétences et dans le cadre de sa formation, aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs<sup>4</sup>. » Cette participation ouvre la porte à de possibles glissements vers des soins ou des actes techniques qui relèvent du rôle infirmier, lequel constitue un rôle propre, mais aussi un rôle prescrit. Le port de la blouse blanche favorise, dans l'esprit des bénéficiaires, une confusion avec les infirmières qui s'avère valorisante pour les aides-soignantes :

---

4. *Référentiel de formation, op. cit.*, p. 12.

*Au début, ils se repèrent aux blouses parce que les auxiliaires de vie sociales, elles ont des blouses rayées et nous des blouses blanches. Ils nous appellent « les infirmières », alors on dit : « Non. Aides-soignantes. » Ils disent : « C'est pareil », alors on laisse tomber. Et, j'avais vu une différence quand on a eu des blouses de couleur jaune : on n'était plus les infirmières, on était les aides-soignantes, plus près des aides à domicile [...] parce que le blanc, c'est l'hôpital. C'est incroyable. On enlevait la blouse, bien non, ils nous parlaient d'égal à égal ; on met la blouse, c'est le professionnel qui est là, ça change. Alors, on a repris les blouses blanches. C'est incroyable ! Moi, j'ai vu la différence.*

La couleur de la blouse fonctionne aussi comme un élément de distinction vis-à-vis des autres intervenants et autorise l'affirmation d'une supériorité professionnelle par rapport aux aides à domicile moins qualifiées. Ainsi, c'est la référence à l'organisation pyramidale et hiérarchisée de l'hôpital qui se fait jour (Olivier-Amouroux, 2004). La confusion des rôles d'aide-soignante et d'infirmière, parfois entretenue, permet aux aides-soignantes de gagner en reconnaissance et en légitimité et d'occulter les incertitudes liées à la définition de leur métier.

### **1.3. RECOURIR AU MODÈLE HOSPITALIER POUR SE DISTINGUER DES AUTRES PROFESSIONNELLES DE L'AIDE À DOMICILE**

Les premières aides-ménagères, créées dans les années 1960 en France, devaient agir en tant qu'auxiliaires des infirmières auprès de vieillards malades et isolés pour éviter l'hospitalisation de ces derniers. (Ennuyer, 2003). Plus tard, et en milieu hospitalier, ce sont les aides-soignantes qui occuperont cette fonction d'auxiliaire des infirmières. À partir des années 1980, quand les aides-soignantes se trouvent intégrées dans des SSIAD, hors des murs de l'hôpital, elles se confrontent à ces aides-ménagères/aides à domicile dont les contours de la mission, recentrée dans les années 1970 sur les activités d'aide à la vie quotidienne, se sont à nouveau étendus à des interventions sur les corps, avec la multiplication des situations de dépendance des vieillards à domicile.

Cette évolution se trouve confortée par le développement des services d'aide à la personne, qui a modifié ces dernières années le paysage de l'offre de soin et d'accompagnement. La catégorisation des aides à domicile, selon le niveau de formation et les publics auprès desquels elles interviennent (Ennuyer, 2003), a contribué à obscurcir les identités professionnelles des

aides-soignantes et des aides à domicile et la répartition des rôles entre les différents intervenants. Ainsi, concurrencées par les aides à domicile qui ont progressivement élargi leur champ d'intervention aux soins d'hygiène et de confort, les aides-soignantes défendent leur spécificité en clamant haut et fort une expertise, c'est-à-dire les compétences qui leur sont propres : *«Nous, on a un regard infirmier qu'il n'y a pas chez l'auxiliaire de vie, c'est le travail en partenariat avec les infirmières libérales.»*

En se positionnant au plus près des infirmières et en affirmant des savoir-faire qui relèvent des soins infirmiers, les aides-soignantes se distinguent des intervenantes de l'aide à domicile, qu'elles situent bien en dessous de leur rang, et opposent leur formation et leur diplôme à l'amateurisme de ces femmes dépourvues de qualification : *«Leur travail est moins cadré, elles sont souvent encadrées par des bénévoles, il y a moins de professionnalisme, souvent ça dérape.»*

Afin de maintenir à leur avantage une distinction des rôles, les aides-soignantes renvoient les aides à domicile dans la sphère de la vie domestique, des gestes et des actes de la vie quotidienne. Elles cherchent ainsi à rétablir l'opposition initiale entre le travail du soin et le travail du prendre soin, dont les frontières se trouvent aujourd'hui brouillées par la définition extensive du *care*. Au demeurant, il s'agit pour elles de faire reconnaître la spécificité de leurs compétences professionnelles face aux dispositions féminines «innées» qui leur apparaissent comme les seuls fondements de l'action des aides à domicile (Bessin et Gaudart, 2009) : *«Le ménage, quand même, tu es une femme, tu sais bien ce qu'il y a à faire dans une maison.»*

Mais, si le modèle hospitalier, avec son fonctionnement et sa culture, permet aux aides-soignantes qui s'y réfèrent de gagner en statut, à leurs yeux comme au regard de leurs «patients», et d'être reconnues comme des professionnelles du soin, il peut par contre constituer un obstacle à l'exercice de leur fonction telle qu'elles se la représentent et telle qu'elle leur a été enseignée durant leur formation.

## **2. SE DÉTACHER POUR RETROUVER UN SENS AU TRAVAIL**

Le travail segmenté en milieu hospitalier comme en EHPAD et la répétition des mêmes gestes dévalorisés qui gommant l'«humanité» des personnes «prises en charge» ont conduit ces aides-soignantes à chercher un autre lieu d'exercice professionnel. Souvent, rappelant leur expérience dans les milieux hospitaliers, elles évoquent des situations d'épuisement dont l'origine se situe dans l'écart permanent entre l'idéal qui a motivé le choix de la profession et la réalité de leur pratique. L'une des causes de la «souffrance des soignants» dans les structures de soins gériatriques que décrit Ploton (1981) réside dans cette tension habitant ces derniers et opposant le désir d'être au plus près des besoins des personnes et la nécessité de faire des choix dans leurs réponses, de faire abstraction des multiples appels qu'elles perçoivent par tous leurs sens. Cet écart génère une culpabilité qui amène les soignants soit à une distanciation vis-à-vis de ces «vieillards déçus» (Ploton, 1981), soit à la recherche d'une issue dans d'autres sphères professionnelles.

Aux tensions liées au rythme du travail dans les institutions de soins et à la segmentation des tâches induite par une organisation fortement hiérarchisée et pyramidale s'ajoute un sentiment de dévalorisation de leur travail d'aide-soignante responsable du «sale boulot» (Hughes, 1951). Cette perception se trouve renforcée par la confrontation en miroir à une vieillesse dépendante, laquelle, loin d'avoir la maîtrise de sa vie et de son corps, échoue en des lieux où nul ne voudrait finir ses jours. En centre hospitalier comme en EHPAD, ces personnes âgées subissent les décisions des autres, privées dans leur dépendance de leur autonomie, de leur capacité et de leur droit à faire des choix pour elles-mêmes (Ennuyer, 2004), comme c'est justement le cas des aides-soignantes dans un système qui les positionne au bas de l'échelle dans la hiérarchie des soignants professionnels.

Face à cette double dévalorisation et privation, en dehors des murs de l'institution, il s'agit pour elles de retrouver les valeurs qui fondent leur profession, un compromis plus acceptable entre idéal et réalité, et plus fondamentalement, en se détachant du modèle hospitalier, d'anoblir leur travail en recourant au registre éthique. S'en détacher devient alors la condition pour se reconnaître pleinement comme des professionnelles du soin.

En restituant ces vieillards à leur humanité, en les reconnaissant comme des sujets de droit (autonomes), elles s'accordent à elles-mêmes cette autonomie qui leur a fait défaut dans les services hospitaliers ou en EHPAD.

## 2.1. REVENDIQUER UNE MISSION HUMANISTE EN RÉFÉRENCE À UN MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL DE LA SANTÉ ET DU SOIN

En travaillant dans un SSIAD, ces aides-soignantes s'inscrivent dans une mission plus noble que celles qui leur sont dévolues en EHPAD puisqu'il s'agit pour elles de permettre à des personnes âgées «de vivre chez elles malgré les difficultés qu'elles rencontrent dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne<sup>5</sup>» et d'y mourir. Les valeurs de l'aide et de l'accompagnement qu'elles peuvent décliner à domicile, composante essentielle pour elles de leur identité professionnelle (Causse, 2008), se situent au cœur de cette mission de soin jusqu'aux confins de la vie qui rencontre le souhait de la personne âgée de rester chez elle et respecte son refus de l'entrée en maison de retraite, emblème pour elle de l'imminence de la mort. Le respect de cette volonté se veut en harmonie avec l'objet et la philosophie des soins que les aides-soignantes réalisent, qui est «de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité<sup>6</sup>».

*Je ne sais pas comment vous dire. Au CHU, on sent les gens... ils sont dans l'agressivité ou ils ne parlent pas parce que, finalement, ils sont à l'hôpital ou en maison de retraite ; ce n'est pas forcément leur choix, donc le rapport n'est pas du tout le même. Et, à domicile, grâce à notre intervention et celle des autres, ils arrivent à rester chez eux. Moi, je le sens comme ça.*

Loin du modèle biomédical prévalant à l'hôpital, les aides-soignantes revendiquent de développer à domicile une approche globale de la personne, implicitement située en référence au modèle biopsychosocial (Engel, 1977). Ce modèle théorique et clinique de la santé et de la maladie, construit à partir de la critique du modèle biomédical dominant, se fonde sur une représentation de l'homme dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé et au développement de la maladie (Berquin, 2010). Au-delà, dans ses applications cliniques, ce modèle fonctionne également

5. Décret du 25 juin 2004, *op. cit.*

6. *Référentiel de formation, op. cit.*

comme outil de diagnostic et outil thérapeutique. En conséquence, la philosophie professionnelle des infirmières, issue de ce cadre de référence, valorise une lecture de l'ensemble des besoins des malades afin de guider leur analyse et leur démarche de soins. Pour les aides-soignantes, outre les soins d'hygiène et de confort, il s'agit dans leur pratique de resituer les personnes dans une histoire, dans un environnement familial fait d'habitudes et de souvenirs, de tenter de préserver l'identité des « patients » et de conforter dans un même temps leur propre identité professionnelle. La démarche d'accompagnement qu'elles mettent en œuvre s'adresse tout autant aux proches, aux conjoints ou aux enfants des bénéficiaires qu'aux bénéficiaires eux-mêmes de leurs soins.

*Je voulais sortir des structures et puis voir la personne âgée autrement qu'on peut l'apercevoir dans les services à l'hôpital.*

*Ah! Oui, c'est vraiment dans la globalité, c'est très élargi. C'est ça qui est enrichissant dans notre métier. Enfin, moi c'est ça qui m'enrichit. Ce n'est pas pareil que d'être en maison, en institution, en EHPAD ou à l'hôpital, ça n'a rien à voir.*

La mission que les aides-soignantes revendiquent revêt alors une dimension humaniste et éthique. De ce point de vue, leur travail prend appui sur la relation qu'elles entretiennent avec les personnes et l'acte de soin s'inscrit dans une démarche d'accompagnement dans la durée d'un parcours de vie. Les aides-soignantes accèdent ainsi au statut de témoin et de soutien privilégié des vieilles personnes dans ce temps singulier que représente la dernière étape de leur existence. Dans un face-à-face d'intimité – celle du domicile des personnes chez lesquelles elles interviennent et celle de leurs affects et de leurs émotions – les aides-soignantes sont engagées dans la relation de soin (Causse, 2008 ; Djaoui, 2011).

## **2.2. MODULER LE TEMPS DU SOIN ET DE L'ACCOMPAGNEMENT**

En délaissant l'institution hospitalière ou l'EHPAD, les aides-soignantes ont cherché à sortir d'un cadre contraignant qui leur impose des rythmes soutenus, liés, d'une part, au manque d'effectifs professionnels et, d'autre part, à l'organisation taylorienne de ces institutions, fondée sur un découpage de tâches successives qui doivent se dérouler à certains moments précis de la journée. Ainsi, le temps accordé au soin à l'hôpital est un temps court, faisant l'objet d'une normalisation précise. De même, le temps consacré aux soins en EHPAD est normalisé, prescrit par les bornes temporelles qui

encadrent les différents types de tâches à accomplir. L'organisation par roulements oblitère la possible inscription du travail des aides-soignantes dans une continuité temporelle longue. Les soins relèvent alors du registre des interventions ponctuelles et recouvrent difficilement la dimension d'accompagnement.

En revanche, les rythmes d'intervention à domicile sont fortement liés aux situations, au degré de dépendance, au contexte et à l'environnement matériel des personnes. Cette spécificité, qui peut être appréhendée comme une contrainte, est également une caractéristique du mode d'action des aides-soignantes et participe de leur autonomie. En effet, c'est au cas par cas que ces dernières apprécient le temps devant être passé auprès de chaque usager du service dans un cadre souple d'organisation qui les positionne en arbitre du temps donné à chacun. Elles détiennent ainsi le pouvoir de réguler les habituels conflits de temporalités opposant les rythmes du chronomètre et du carillon (Aubry, 2012; Rimbart, 2011), celui des professionnels soumis à l'urgence de la succession des tâches dans une organisation rationnelle et en tension et celui des usagers vieillissants, qui vivent une vie ralentie du fait des routines de l'âge et des incapacités.

Pour les aides-soignantes, le travail sur un rythme qu'elles peuvent moduler en fonction de leur appréciation des situations et des besoins fluctuants des personnes leur permet d'inscrire leur action en soutien des temporalités de l'existence des vieilles personnes, ce qui favorise le développement de liens privilégiés avec celles-ci. Le patient retrouve alors son statut de personne à travers une posture d'interlocuteur, avec lequel une familiarité peut s'établir au fil du temps dans la continuité des soins.

*C'est vrai qu'on a plus de temps, et c'est ça qui est agréable en soi. Là, on travaille aujourd'hui au CCAS [Centre communal d'action sociale] parce qu'on a 5 à 6 patients par jour et on a vraiment le temps de prendre le temps avec les patients et de prendre les personnes dans la globalité. En EHPAD, on n'a pas ce temps. En EHPAD, en institution médicalisée, vous avez de 12 à 15 patients, de 12 à 15 toilettes à faire; vous ne faites que des toilettes, vous ne parlez même pas avec la personne, vous n'avez pas le temps.*

À domicile, les aides-soignantes deviennent l'arbitre du temps qu'elles consacrent aux personnes, quand les contraintes et les nécessités du soin laissent une marge d'organisation qui n'appartient qu'à elles, à distance de leur hiérarchie. Dans l'isolement du domicile des personnes, elles peuvent, au moins en partie, échapper à l'accélération des rythmes

de travail si marquée en milieu institutionnel. Elles s'inscrivent alors dans le registre du *care* en mobilisant leurs dispositions à la sollicitude, transformant une activité à la tâche en une activité d'accompagnement au long cours (Molinier, 2010). C'est à travers la valorisation de leur relation aux vieilles personnes, dans le sens conféré aux échanges et aux interactions, qu'elles trouvent une légitimité dans la redéfinition du temps du soin et un positionnement qui, en s'éloignant de la médecine technique, rejoint le domaine de l'intervention sociale.

Toutefois, le rapport des aides-soignantes au modèle hospitalier traduit une ambiguïté à cet égard. En effet, la renonciation à la segmentation des tâches et du temps pour s'inscrire dans une relation d'accompagnement englobante sur le long terme risque de les exposer au fardeau de la chronicité et de leur faire perdre leur spécificité vis-à-vis des aides à domicile. Pour échapper à cette menace de disqualification, il faut alors aux aides-soignantes faire valoir la dimension de « travail sur l'homme » qu'elles opèrent (Goffman, 1968). C'est en rendant compte du temps des gestes qu'elles accomplissent directement sur le corps des vieilles personnes et en donnant à comprendre le temps de la relation qu'elles peuvent retrouver une valorisation de leur fonction à partir d'une double dimension technicienne et humaniste.

### **2.3. GAGNER EN AUTONOMIE POUR AFFIRMER UNE PROFESSIONNALITÉ**

Le système hiérarchique, centralisé et pyramidal qui prévaut dans le modèle hospitalier définit les rôles et les statuts de chacun des groupes professionnels qui contribuent à la mission de soins et des services. Strictement encadrées par une double hiérarchie soignante et médicale dans ce mode d'organisation, les aides-soignantes se trouvent exclues des décisions, de la définition des objectifs thérapeutiques et des modalités de mise en œuvre de ces mêmes objectifs.

Hors les murs de l'institution, les aides-soignantes peuvent se détacher du modèle hospitalier qui les situe dans une relation de domination à l'égard des infirmières et des médecins pour gagner des espaces d'autonomie dans l'exercice de leur fonction (Aïach, Fassin et Saliba, 1994). C'est dans leur lieu d'exercice professionnel, en l'occurrence le domicile des personnes, où elles interviennent loin du regard des cadres de leur institution d'appartenance, que se développe cette possible autodétermination. Contrepartie de leur position solitaire à domicile, l'autonomie dont elles disposent dans ce

contexte révèle leur capacité à exercer comme des professionnelles à part entière du soin, à évaluer, à contrôler elles-mêmes leur travail, à l'extérieur des autres champs hiérarchiques avec lesquels elles doivent exercer en institution et auxquels elles doivent se soumettre. Ainsi, cette autonomie, qu'elles peuvent déployer dans la relation et le soin aux personnes, constitue l'une des dimensions de leur professionnalité (Freidson, 1984).

Dans le quotidien de leur travail, la complexité des situations auxquelles les aides-soignantes sont confrontées, les imprévus, les changements dans l'état de santé des personnes appellent constamment une analyse des situations, une appréciation de l'« état clinique » et, par conséquent, des ajustements et des actions qui mobilisent d'importantes capacités d'adaptation. Les démarches et les tâches qu'elles sont fréquemment amenées à effectuer viennent témoigner des capacités à agir seules qu'elles ont acquises avec l'expérience: « *Travailler à domicile, c'est plus dur qu'en institution. Il faut être autonome, on ne peut pas demander de l'aide, on peut manquer de matériel, on est seule. Il faut avoir des capacités pour se retourner dans la situation, il faut savoir gérer la situation en cas d'urgence.* »

Ce sont finalement ces impératifs d'ajustement constant des actions qui légitiment leur revendication d'un rôle qui leur serait propre et qui ne serait pas systématiquement soumis au regard de l'infirmière coordonnatrice. De même que les infirmières se sont définies à l'égard du médecin en lui donnant la maladie et en se réservant le malade, selon les termes de Petitat (1994), les aides-soignantes tendent parfois à renvoyer les infirmières sur le soin technique et à conserver pour elles la relation d'accompagnement.

Et, c'est aussi dans l'organisation de leur travail que les aides-soignantes trouvent une certaine liberté, dans la planification de leurs interventions et la gestion de leur temps, qu'elles aménagent en négociant avec le cadre imposé :

*Mais, surtout, à domicile, vous gérez votre temps de travail, vous savez quand vous commencez, quand vous terminez; entre vous, vous vous débrouillez. Moi, j'aime prendre mon temps, m'organiser; marquer les heures, ça m'énerve, alors je mets comme les autres pour ne pas qu'on dise que je suis lente.*

Cependant, cette autonomie s'exerce dans des interactions constantes avec leurs pairs, elle est construite au sein d'un collectif de travail qui autorise un travail solitaire grâce à une solidarité de corps. L'autonomie suppose une certaine sécurité, et cette dimension de leur professionnalité qu'elles acquièrent dans leur travail s'insère dans un mouvement paradoxal, car elle ne semble envisageable que quand le cadre infirmier joue pour elles un rôle essentiel de soutien :

*Et puis, d'être seule pour faire ce travail, ça, c'est excellent. Et, en même temps, d'être seule et de savoir qu'il y a quelqu'un au-dessus, c'est excellent, c'est vraiment l'avantage. Je suis seule à domicile, mais, si j'ai un souci, j'appelle la coordinatrice, et il n'y a pas de souci. C'est une indépendance et en même temps une grande sécurité.*

Pour les aides-soignantes, cette revendication d'autonomie se construit dans une appropriation de l'intégralité des dimensions du soin et passe par ce qu'elles nomment l'« approche globale » des besoins des personnes. Ce faisant, elles s'inscrivent dans une relation privilégiée avec « leurs patients », qu'elles entourent, « suivent » et « gèrent » en endossant finalement la responsabilité de leur confort de vie et de leur santé au quotidien.

## CONCLUSION

Confrontées quotidiennement à la vieillesse, à la maladie, à la souffrance, à la solitude et à la mort, voire à la misère, les aides-soignantes sont en recherche de références qui viennent en soutien d'une construction identitaire inachevée. Doublement dévalorisées dans leur travail par les représentations sociales associées à leur fonction de « sale boulot » et par le regard porté sur les soins de « maternage » qu'elles adressent à des corps âgés et même parfois privés de raison, elles défendent dans leur intervention à domicile une mission essentielle pour elles comme pour les personnes qui dépendent de leur intervention pour leur vie. Cette quête de sens et de reconnaissance entreprise par les aides-soignantes n'est pas sans témoigner de mouvements contradictoires qui les font osciller entre l'identification à l'infirmière et la recherche d'une identité propre. Ce travail de construction identitaire, qui leur impose de « se référer » et de « se détacher » du modèle hospitalier, parfois dans le même instant, pour une même tâche, semble cependant plus aisé à faire domicile. Et, le domicile, parce qu'il est le lieu d'une identité qui peut être malmenée

par l'avancée en âge pour les personnes qu'elles soignent, se veut aussi le lieu d'un exercice professionnel qui peut offrir aux aides-soignantes la possibilité de s'affranchir d'un cadre qui ne sait pas les reconnaître dans cette mission sociale majeure consistant à venir en soutien à celui qui est privé de ses capacités à agir par lui-même. Et, en ce sens, cette quête est bien celle de leur reconnaissance sociale.

# DES REGARDS SUR LES DÉBATS PORTANT SUR LA PROFESSIONNALISATION DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES EN GÉRIATRIE AU QUÉBEC

## Formes de la domination symbolique

*Yves COUTURIER*

Actuellement, les métiers d'assistance aux personnes, en particulier ceux de préposés aux bénéficiaires et d'aides-soignantes œuvrant en gériatrie, font l'objet d'un grand nombre de débats. En contexte de soins prolongés, ce personnel a pour mission d'assister les personnes dont l'état de santé ou la situation sociale requiert une aide aux activités domestiques et quotidiennes. Les aides-soignantes en France ou en Belgique et les préposés aux bénéficiaires au Québec travaillent dans des contextes institutionnels lourds, où l'ensemble des besoins de base des personnes en grande perte d'autonomie fonctionnelle est pris en charge, le plus souvent selon une approche palliative. Si la variété des débats concernant ces pratiques est

grande, elle n'est cependant pas aléatoire, car elle est structurée par des thématiques importantes, dont l'identification permet de réfléchir à ce qui détermine symboliquement le groupe professionnel des préposés aux bénéficiaires et des aides-soignantes.

Ce chapitre se propose de préciser les principaux débats ayant cours présentement concernant les préposés aux bénéficiaires au Québec et d'analyser ces débats dans la perspective de la domination symbolique. Cette démarche permet de rendre visible cette structure thématique, de laisser voir la complexité du métier et, ultimement, de démontrer la cohérence de la répartition des différents points de vue exposés dans cet ouvrage. Cette cohérence se veut à la fois identitaire, puisque révélant le corps professionnel du point de vue de ce groupe d'acteurs, et sociale, parce que montrant le champ des possibles de la constitution de ce corps et la force sociale de sa mise en forme.

Le métier de préposé aux bénéficiaires est reconnu, et c'est le moins qu'on puisse dire, pour son caractère dominé et fortement contraint (Arborio, 2001) par un faisceau de forces sociales qui semblent si puissantes et si constantes qu'il peine à affirmer sa valeur dans l'espace public. Plus important encore, ce métier ne réussit pas à répondre à la forte injonction qui lui est adressée l'enjoignant à atteindre de meilleurs standards de qualité professionnelle.

Sur le plan scientifique, donner à voir la structure du questionnement sur le métier de préposé aux bénéficiaires permet de le problématiser à partir de ce qu'il *est* réellement plutôt que de ce qu'il *devrait être*. Cette élucidation favorise aussi l'affirmation du projet politique de professionnalisation des préposés aux bénéficiaires, au sens de leur reconnaissance à titre de soignants bienveillants plutôt que comme simples ouvriers non spécialisés et plus ou moins maltraitants. Ce processus de professionnalisation est soutenu par la formation professionnelle. À cet égard, la France se situe en avance sur le Québec, où la détention d'un diplôme n'est pas obligatoire légalement pour exercer ce métier (Aubry, Godin et Couturier, 2011).

## 1. STRUCTURE DU CHAMP

Comme tout individu, tout groupe professionnel occupe une position sociale inscrite dans un contexte social, politique, historique, culturel et économique déterminant les lignes de force des trajectoires et stratégies possibles pour

lui. Dynamique et sous-tension, cet espace social constitue la résultante des différents rapports de forces auxquels sont associés les agents. Les champs particuliers (professionnels, académiques, cliniques, etc.) recouverts par cet espace sont à la fois tendanciellement déterminés par le social et dynamiquement produits et reproduits par les relations établies par les agents en cours d'action, mais toujours en fonction des possibilités offertes par leur position sociale. La notion de champ est empruntée aux conceptions du sociologue français Pierre Bourdieu (1980), qui illustre ce concept au moyen de l'analogie du marché économique. Pour Bourdieu, ce dernier représente un espace symbolique de transactions dans lequel les uns et les autres agissent, mais de manière partiellement contrainte, contrairement à ce que pensent ou espèrent les agents. Préexistant à l'action des agents, le champ est formé d'une structure de valeurs reconnaissant telle ou telle transaction. Par exemple, dans le champ universitaire, il existe un marché symbolique des diplômes posant certaines disciplines ou certaines universités comme étant plus prestigieuses que les autres. De même, le champ professionnel se trouve traversé par de semblables structures de valeurs, opposant entre autres la technicité et le savoir expert, le social et le sanitaire, ou le libéralisme et le salariat.

Bien qu'il apparaisse comme une force centrale de la reproduction sociale, le champ n'est pas immuable, car, à l'instar du marché, il est transformé peu à peu par l'activité qui s'y déroule. Les agents vont s'y affronter ou s'y allier en fonction de leurs intérêts. Toutefois, le principe premier de constitution du champ réside dans la relative invisibilité des forces sociales qui le structurent, c'est-à-dire les forces qui tendent à assurer sa reproduction. Par exemple, le marché économique est souvent – et faussement – vécu comme naturel (les lois du marché, la main invisible, etc.). Pour cette raison, le marché, comme n'importe quel champ, contient une importante force d'inertie, car il possède la capacité à se reproduire, ceux qui en tirent profit œuvrant à le maintenir en fonction de leurs intérêts.

Les différents types de capitaux possédés par l'agent (diplôme, compétences, argent, etc.) valent pour un marché donné, qu'il soit économique, symbolique ou culturel, et se mettent en rapport avec la structure de valeur du champ; l'agent idoine à la structure de valeurs agira adéquatement en fonction de l'aire des possibles produite par la mise en rapport de ses divers capitaux avec ladite structure de valeurs. Ainsi, le détenteur d'un diplôme de médecine obtenu dans une faculté réputée occupera une position éminemment plus haute que celle du préposé aux bénéficiaires dans le champ professionnel. Or cette position conditionne

les pratiques sociales de l'agent. À ce propos, Bourdieu parle d'un *sens pratique* qui permet à l'agent d'effectuer dans un champ particulier une action socialement adéquate et en phase avec la structure des possibles du champ dans lequel il évolue. En outre, comme nous le mentionnions précédemment, ces forces sociales tendent à reproduire la structure du champ. De fait, la possibilité de changement de cette structure de valeurs s'accroît quand les agents se montrent réflexifs à l'égard de ce qui fonde la capacité reproductive du champ et des principes mêmes d'occultation constituant cette même capacité (Bourdieu, 2001).

C'est pourquoi une réflexivité objectivante de type « modélisation du champ particulier des préposés aux bénéficiaires » constitue sans contredit une première condition de leur émancipation. Pour contribuer à rendre visibles les valeurs structurant ce champ, nous proposons d'identifier les débats qui le traversent<sup>1</sup>. Ces derniers sont repérables dans des énoncés fondamentaux, le plus souvent structurés en une opposition fondamentale entre deux points de vue.

## 2. OBJETS DE DÉBATS

Le premier débat structurant le champ en question oppose les concepts de *cure* et de *care*, ce que résume bien l'injonction paradoxale à faire « vite et bien ». Cette maxime exprime l'impossibilité structurale profonde dans laquelle sont enfermés les préposés aux bénéficiaires. Au Québec, plusieurs initiatives et appels en matière de politiques publiques (p. ex., l'implantation de l'approche Milieu de vie dans les CHSLD) ou de formations visant à professionnaliser les préposés vont dans ce sens. Mais, en dépit des changements apportés à l'appellation et à la mission des établissements de soins de longue durée dans le contexte québécois, lesquels sont passés du statut de centre hospitalier de soins prolongés (CHSP) à celui de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au cours des dernières années, force est de constater la perpétuation de la tradition asilaire et hospitalière dans les pratiques actuelles dans ces établissements, voire à domicile. Cette pérennité du modèle industrialo-hospitalier produit de nombreux effets sur le plan de l'organisation du travail, contraignant

---

1. Sur le plan conceptuel, les éléments structurant ces débats sont des *thémata*, c'est-à-dire des oppositions entre deux façons de concevoir le métier. Ces oppositions constitutives du débat sont relativement stables dans le temps et souvent peu construites (Moscovici et Vignaux, 1994), car elles relèvent du sens commun (Holton, 1981).

les préposés aux bénéficiaires à maintenir une logique d'action sur le terrain qui est essentiellement tournée vers un *cure* techniciste selon des modalités d'exécution de type industriel. Pourtant, les préposés subissent une injonction très forte à adopter une posture de *caring*, qui se situe au cœur de la reconnaissance de la professionnalité dans les métiers de soins dans le champ de la santé et des services sociaux (Abdelmalek et Gérard, 1995). On leur demande d'aller vite et de respecter le rythme du sujet hébergé, ou encore de demeurer efficaces, mais de mettre de la vie dans un lieu délétère alors même que les CHSLD connaissent un alourdissement important et observable de leurs clientèles (Aubry et Couturier, 2013).

Du reste, cette impossible incarnation du *caring* dans une organisation du travail qui demeure essentiellement industrielle et hospitalière est relayée par l'Organisation mondiale de la santé, qui situe le métier de préposé aux bénéficiaires hors de l'espace symbolique du soin (Organisation mondiale de la santé, 2010). Cette mise à l'écart symbolique se trouve en porte-à-faux, pour ne pas dire en contradiction avec l'injonction à l'augmentation de la qualité de la prestation des préposés aux bénéficiaires, qui devrait passer par une certaine professionnalisation, pour laquelle d'ailleurs les appels se font de plus en plus insistants, et ce, tant de l'extérieur que de l'intérieur du groupe professionnel. Les pôles de ce débat révèlent aux préposés une fausse attribution de résistance au changement, voire de maltraitance. Constatant l'impossibilité structurelle de répondre adéquatement à l'appel qui leur est lancé, les préposés aux bénéficiaires développent des stratégies collectives de repli dans le but de réduire la dissonance cognitive se situant au cœur de leur métier : faire vite et bien, être efficace et bienveillant, et être un ouvrier hospitalier et un accompagnateur dévoué aux besoins du sujet-résident (Aubry, 2012).

La profondeur et l'étendue de ce paradoxe montrent la récurrence de la thématique de la domination de ces acteurs, qui semble quasi homologique à celle des résidents, comme si le modèle asilaire était tout aussi néfaste à l'autonomie de ces derniers qu'à la professionnalisation des préposés aux bénéficiaires. Ici, la professionnalisation n'est pas une finalité, mais bien une stratégie visant à réduire la souffrance au travail générée par le modèle hospitalier d'organisation du travail. Par ailleurs, cette professionnalisation pourrait également permettre d'atténuer l'attribution de maltraitance dont les préposés aux bénéficiaires font souvent l'objet dans les médias. L'exécution d'un travail difficile et peu payant, reconnu pour la part de sale qu'il comporte (Arborio, 2001), dans une organisation productrice de souffrance, n'est pas une condition psychologique tenable.

La voie de la professionnalisation a pour premier marqueur sociologique la reconnaissance publique de la part de *prendre soin* dans le métier réel. Pourtant, l'homologie structurale partielle liant les usagers et les préposés aux bénéficiaires – notamment par la souffrance, la domination et l'invisibilité des besoins (Kane, 1994) – ne produit pas une possibilité claire d'alliance entre ces deux groupes, alliance qui pourrait potentiellement constituer le précurseur d'une transformation radicale de l'organisation des soins dans le contexte des CHSLD.

La reconnaissance de la part de soin dans l'activité professionnelle des préposés aux bénéficiaires est conditionnée par un second débat, mettant en opposition le déjà-là et ce qui est à advenir. Dans la pratique effective des préposés aux bénéficiaires, il y aurait une part de prendre soin non reconnue, mais tacite, voire indicible, car elle s'accomplirait en négatif de la positivité indiscutable du métier réel, à savoir la performance ouvrière. Ce déjà-là s'exprime clairement dans l'idée que, individuellement et collectivement, il faut «trouver un sens malgré tout», sinon le métier est trop dur. Pour tenir, il faut pour soi et «entre nous» affirmer cette part de bienveillance, non seulement à l'encontre des attributions extérieures d'incompétence et de maltraitance, mais aussi et surtout devant le refus de reconnaître l'effet de l'organisation du travail sur la possibilité et la capacité des préposés aux bénéficiaires à réaliser leur intention de prendre soin. Par-delà cette conviction pour soi, il s'agirait pour d'aucuns de rendre dicible ce que tous font pour que la structure fondamentale du champ soit transformable.

Bien que l'affirmation de la part du prendre soin dans les discours identitaires des préposés aux bénéficiaires soit grande (Aubry, 2012), sa force se trouve toutefois réduite par une autre affirmation de force égale, à savoir l'impossibilité structurelle de la rendre effective dans les pratiques. Le sens de cette affirmation identitaire de la noblesse du métier tient dans le projet et l'intention professionnelle qu'il importe aux préposés aux bénéficiaires de faire advenir dans l'espace public. Au demeurant, il faut constater que ce projet est énoncé avec autant de force par les préposés aux bénéficiaires que dans le discours des divers détracteurs refusant la professionnalisation explicite du groupe des préposés. Cette convergence apparente cache un point fondamental de tension entre ces deux perspectives antagonistes : les préposés aux bénéficiaires imputent l'impossible effectivité de leur projet aux conditions structurelles qui ne changent pas, tandis que leurs détracteurs attribuent au groupe des préposés un *ethos* de résistante au changement. Les détracteurs semblent refuser ou être incapables de discuter ouvertement de la perpétuation du modèle organisationnel

industrialo-hospitalier, qui encadre de façon si fondamentale le travail des préposés. Mais, comment peut-on résoudre cette tension entre ces deux points de vue ? Sur le plan conceptuel, il faut sans aucun doute articuler le projet de professionnalisation à ses déterminants organisationnels. Mais, à ce propos, suffit-il de dire que les préposés sont naturellement bienveillants, mais corrompus par l'organisation du travail ? Que connaissons-nous de cette bienveillance, et en particulier de ses conditions sociales d'expression dans l'espace symbolique ? Force est de constater que les études ethnographiques sur le métier de préposés aux bénéficiaires se sont surtout montrées sensibles à la part difficile et sale de ce travail. Cette part est probablement plus extraordinaire que les gestes professionnels du prendre soin, lesquels sont par nature plus ordinaires et par conjoncture plus furtifs. Reste donc à montrer la part du prendre soin bienveillant, plus difficile à objectiver en savoirs concrets. Cela permettrait sans doute d'ajouter au projet de professionnalisation une certaine reconnaissance de la dimension relationnelle, fondée non plus seulement sur les discours identitaires d'affirmation de soi ou les discours managériaux de types « gestion participative » ou « relations humaines » reconnaissant discursivement la contribution relationnelle des préposés, mais gardant le silence sur les contradictions majeures induites par une organisation du travail qui demeure durablement industrielle. Pour accéder à cette activité de quête de sens, mais surtout à sa réalité clinique, il importe de donner la parole au groupe des préposés aux bénéficiaires, dont le point de vue n'est ni attendu ni entendu, en parallèle à la mise en chantier de travaux ethnographiques permettant d'élucider la part effective de prendre soin.

En attendant, il reste donc un écart sensible entre le projet individuel de reconnaissance, la capacité collective de reconnaissance et les conditions organisationnelles de cette reconnaissance. L'appel insistant à l'augmentation de la qualité du travail adressé aux préposés aux bénéficiaires ne demeurera qu'un discours sans effet s'il n'est pas soutenu concrètement, dans la pratique, *in situ*, notamment par une réorganisation du travail, par la mise en place d'une agora, espace public autorisant des délibérations collectives sur la qualité des pratiques, ou encore par une gestion participative. Ce constat montre à l'évidence qu'il importe moins d'innover en matière de formation ou de modèles conceptuels (philosophie de l'humanité, approche relationnelle de soins, approche Milieu de vie, etc.) que d'accroître la cohérence entre le projet sincère de reconnaissance de la part de prendre soin dans la pratique des préposés aux bénéficiaires et la capacité de ce groupe, de ce collectif, de rendre effectif ce projet dans la prestation de services.

Le débat opposant le *cure* et le *care*, incarné par le projet de reconnaissance du prendre soin et de la part relationnelle du métier, est lui-même sous-tendu par le débat entre la professionnalisation considérée comme un projet, d'une part, et vue comme une imposition, d'autre part. Certes, il se présente diverses occasions de reconnaissance (p. ex., l'implantation des nouvelles philosophies de soin), mais une récurrence forte du modèle industrialo-hospitalier constitue une situation paradoxale qui se révèle coûteuse non seulement pour les individus et le groupe professionnel, mais aussi pour les organisations de soins. Cette controverse renvoie peut-être ultimement à l'un des débats les plus fondamentaux qui soient, à savoir celui de la distribution genrée du travail. Membres d'un métier très féminisé, les préposés aux bénéficiaires sont sans doute coincés dans la tension entre une inscription patrilinéaire hospitalière explicite, où la maîtrise de la productivité est valorisée, et une inscription matrilinéaire indicible, où le prendre soin se trouve confiné à un espace quasi intime, socialement construit dans la féminisation et la naturalisation. Si d'autres groupes professionnels ont réussi à s'attaquer à ce débat fondamental (Abdelmalek et Gérard, 1995), justement en se professionnalisant, on se retrouve ici devant un soin si primaire (laver, nourrir, mobiliser, etc.) que sa naturalisation genrée est radicale.

### 3. GESTION DES PARADOXES

Le difficile dépassement du débat fondateur entre les concepts de *care* et de *cure* produit différentes stratégies de gestion des paradoxes dans le champ. La première stratégie est individuelle et concerne la reconnaissance (difficile) et le détachement (possible). Ainsi, l'individu qui se sait de passage dans le métier et qui travaille avec des usagers qui sont eux aussi de passages, notamment en raison de leur courte espérance de vie, peut tenir le coup en adoptant une posture de détachement à l'égard des subjectivités et de la dureté du travail, en attendant de trouver mieux ou de terminer ses études. Le détachement lui est possible, pourvu qu'il n'entrave pas la capacité du collectif à maintenir le rythme de travail (Aubry, 2012). Le détachement fait en sorte que le préposé privilégie la tâche, telle qu'elle est empiriquement définie par l'organisation du travail. Par contre, le préposé aux bénéficiaires qui n'est pas de passage, qui s'est engagé dans cet emploi en raison d'une trajectoire sociale aux effets apparemment durables, doit trouver un équilibre entre une stratégie de détachement et une stratégie de reconnaissance. Il lui faut savoir se détacher de la souillure pour tenir,

comme il doit contenir les demandes singulières provenant des sujets hébergés pour pouvoir conserver le bon rythme. Mais, pour ceux refusant de prendre une posture radicalement distanciée, la part du prendre soin s'effectuera, lorsque possible, dans les trous d'un travail séquencé, industriel. Le collectif des préposés aux bénéficiaires ne peut que reprendre cette posture ambivalente, cherchant tout à la fois à être protecteur (conservateur) et promoteur (professionnalisant) du groupe. En raison de cette nécessité pragmatique de faire tenir ensemble les deux pôles de cette dialectique, le collectif permet et enferme la parole, ce qui, paradoxalement, rend le projet de professionnalisation dicible sur le plan collectif en tant que politique de contestation du pouvoir managérial, mais plus faiblement dicible comme projet professionnel autonome. Si les entrevues de recherche, certaines observations et certains autorécits de pratique provenant des préposés aux bénéficiaires eux-mêmes permettent d'entendre le projet de professionnalisation, les personnes exerçant ce métier sont nombreuses à penser que seuls ceux qui touchent les corps et respirent l'air des centres d'hébergement peuvent accéder au sens véritable de la pratique<sup>2</sup>. Ce présupposé, qui est sans aucun doute en partie fondé, rend difficile l'engagement sur la voie de la professionnalisation que constitue la formation.

## CONCLUSION

Les recherches s'intéressant aux préposés aux bénéficiaires au Québec se montrent sans doute plus sensibles à identifier les conditions de la souffrance au travail de ces travailleurs et leur projet de reconnaissance qu'à comprendre le déjà-là de la part du prendre soin dans leur travail, et notamment la dimension symbolique des enjeux de professionnalisation. Peu de travaux tentent d'élucider les savoirs discrets, moins spectaculaires que le « sale boulot » (*dirty work*), que personne ne souhaite observer et qui, pourtant, est mieux connu que le reste. D'une certaine manière, les productions scientifiques dont nous discutons ici reprennent les débats que nous avons exposés plus haut de manière succincte, en restant plus sensibles au couple conceptuel, conditions de travail et effets sur la professionnalité, qu'aux fondements de la revendication des préposés à être *de facto* des soignants de plein droit.

---

2. Voir le chapitre 9 du présent ouvrage.



# Conclusion

---

## RESPONSABILISATION ET RECONNAISSANCE DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES ET AIDES-SOIGNANTES

*François AUBRY*

*Yves COUTURIER*

Les divers chapitres de cet ouvrage font état d'un enjeu fondamental touchant les aides-soignantes en France et en Belgique et les préposés aux bénéficiaires au Québec, en l'occurrence l'immense décalage existant entre la grande responsabilisation qu'on en exige et la faible reconnaissance qu'on leur prodigue. En effet, les aides-soignantes et les préposés aux bénéficiaires sont de plus en plus responsabilisés à réaliser des pratiques de qualité auprès des patients et des résidents (partie 1), à contribuer au développement du centre d'hébergement comme un milieu de vie respectant les besoins et favorisant l'autonomie des résidents (partie 2) et à réduire les risques de troubles mentaux, de lésions professionnelles et de souffrance éthique qui les guettent au travail en intégrant dans leurs tâches de bonnes pratiques de santé (partie 3), et ce, dans un contexte où les conditions, notamment sur le plan organisationnel, tendent à faire perdurer l'état de domination que leur confère leur statut de dominé (partie 4).

Les différents chapitres mettent donc l'accent sur cette contradiction. Cependant, même si l'invisibilité des aides-soignantes et des préposés aux bénéficiaires (Arborio, 2001) ou la discrétion des savoir-faire qu'ils développent (Molinier, 2005) ont déjà été démontrées, tout nous porte à croire

que l'écart entre l'appel à leur responsabilisation et les conditions de leur reconnaissance continuera de grandir. De plus, le vieillissement démographique va poursuivre sur sa lancée et s'intensifiera au cours des prochaines années, ce qui amènera une augmentation du nombre d'aides-soignantes et de préposés aux bénéficiaires dans le secteur des soins, principalement à domicile, dans une organisation singulière ne possédant pas une culture organisationnelle de type hospitalier. Plusieurs questions se posent. Cette évolution favorisera-t-elle la professionnalisation des aides-soignantes et des préposés aux bénéficiaires ? De manière plus générale, l'accroissement des exigences à l'endroit de ces métiers contribuera-t-il à leur reconnaissance en France, en Belgique et au Québec ? Le cas échéant, par quels mécanismes ? La reconnaissance statutaire de ces métiers, c'est-à-dire leur professionnalisation, constitue une voie possible, notamment au Québec. S'agira-t-il de créer un ordre professionnel, de procéder à une standardisation des formations, ou encore de renommer la catégorie « préposé », issue de la logique administrativo-syndicale, en une catégorie qui se veut davantage expressive de la nature réelle du métier ? Tout cela reste à voir.

Une autre voie susceptible de mener à une meilleure reconnaissance des aides-soignantes et des préposés aux bénéficiaires a trait au développement de leur autonomie au moyen d'une prise en compte plus explicite de leurs compétences professionnelles et des stratégies collectives et individuelles qui sont trouvées et déployées par ces acteurs en vue de s'adapter à la complexité de leur tâche. Par leur participation plus active à l'équipe multidisciplinaire de travail, les personnes exerçant ces métiers peuvent contribuer grandement à l'efficacité de l'organisation tout en trouvant une plus grande valorisation dans leur travail. Les gestionnaires qui sont à la tête des organisations hospitalières et gériatrique et des soins à domicile devraient reconnaître la part importante d'innovation développée, consciemment ou inconsciemment, individuellement et collectivement, par les aides-soignantes et les préposés aux bénéficiaires dans le cadre de leur pratique quotidienne auprès des résidents pour gérer la contradiction majeure à laquelle ils se trouvent constamment confrontés dans ces situations d'aide, en l'occurrence l'opposition entre la qualité du travail et la quantité de travail (Aubry, Couturier et Etheridge, 2013). Les aides-soignantes et les préposés aux bénéficiaires devraient être davantage reconnus pour les pratiques qu'ils mettent en œuvre dans des conditions difficiles afin de faire émerger, dans l'espace du visible et du valorisé, leurs pratiques professionnelles discrètes et invisibles.

En fait, agir et être vu comme des sujets sensibles, innovants, à la fois singuliers et collectifs, et non plus comme des agents auxquels on impose davantage de contrôle, obligés de suivre de nouvelles formations ou de se soumettre à des études évaluatives portant sur leur capacité à se conformer auxdites règles et formations, semble être la problématique majeure à laquelle sont confrontés actuellement les aides-soignantes et les préposés aux bénéficiaires. La psychologue française Pascale Molinier (2006) avait très bien identifié et cerné cette situation :

Ce qui manque aux catégories dominées [...], c'est la possibilité de se reconnaître dans les façons dont les discours savants les représentent. Ce qui pose problème est d'y être représenté seulement comme un objet dont on parle [...] et jamais comme un sujet qui parle et théorise en son nom propre à partir de son expérience propre (p. 46-47).

En définitive, donner aux personnes travaillant comme aide-soignante ou préposé aux bénéficiaires les conditions de leur reconnaissance en leur accordant une plus grande autonomie dans leurs pratiques quotidiennes (Aubry, Etheridge et Couturier, 2013) apparaît comme une avenue intéressante à suivre pour leur permettre de se sentir et d'être davantage considérées comme compétentes, efficaces et valorisées dans le cadre de leur pratique d'assistance quotidienne auprès des résidents dans les institutions d'hébergement et de soins de longue durée.



# Bibliographie générale

---

- Abdelmalek, A. et J. Gérard (1995). *Sciences humaines et soins*. Paris : Interéditions.
- Aïach, P., D. Fassin et J. Saliba (1994). Crise, pouvoir et légitimité. Dans P. Aïach et D. Fassin (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (p. 9-42). Paris : Anthropos.
- Alderson, M. (2006). « Milieu de vie » ou « milieu de soins » : un débat chaud en centres d'hébergement et de soins de longue durée. *Vie et vieillissement*, 5(1), 9-15.
- Alderson, M. (2009). Les relations de travail d'infirmières œuvrant en soins de longue durée : source de souffrance et de fragilisation de leur santé mentale. *L'infirmière clinicienne*, 6(1), 1-10.
- American Medical Association (1987). Elder abuse and neglect. *Journal of the American Medical Association*, 257(7), 966-971.
- Amourous, C. (2004). L'hôpital et les soignants, leurs entours. Dans C. Amourous (dir.), *Que faire de l'hôpital* (p. 27-72). Paris : L'Harmattan.
- Ancessi, H. (2010). *Prévention et repérage des risques de maltraitance en unité de soins de longue durée : quels outils pour l'inspecteur* (mémoire de maîtrise, École des Hautes études en santé publique, Rennes, France). Paris : EHESP.
- Anderson, R. A. *et al.* (2005). Nurse assistant mental models, sensing making, care actions and consequences for nursing home residents. *Qualitative Health Research*, 15(8), 1006-1021.
- Arborio, A.-M. (2001). *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos.
- Arborio, A.-M. (1995). Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences sociales et santé*, 13(3), 93-126.
- Arendt, H. (1996). *Considérations morales* (6<sup>e</sup> éd.). Paris : Rivages.

- Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2004). *Une vision pour les ressources publiques d'hébergement et de soins de longue durée*. Montréal: Association des CLSC et des CHSLD du Québec.
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales – ASSTSAS (2014). *Approche relationnelle de soins* (formation). Récupéré de <<http://www.asstsas.qc.ca/formations/calendrier/ars.html>>.
- Aubry, F. (2011). *La transmission des compétences professionnelles des aides-soignantes et des préposées aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques en France et au Québec. Comparaison internationale sur le rôle central de l'intégration à l'organisation comme processus d'habilitation des nouvelles recrues par le groupe de pairs* (thèse de doctorat en sociologie et en gérontologie, Université de Franche-Comté et Université de Sherbrooke, France et Canada).
- Aubry, F. (2012). Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante. Conséquences sur la santé au travail de rythmes temporels contradictoires, en France et au Québec. *Temporalités*, 16. Récupéré de <<http://temporalites.revues.org/2237>>.
- Aubry, F. (2013). L'innovation en milieu hypernormalisé. Le cas des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec. *Cahiers de recherche sociologique*, 53, 11-32.
- Aubry, F. et Y. Couturier (2012). L'habilitation des nouveaux préposés aux bénéficiaires par le groupe de pairs dans les organisations gériatriques de type CHSLD au Québec. *Phronesis*, 1(2), 5-14.
- Aubry, F. et Y. Couturier (2013). La contradiction des rythmes temporels subie par les aides-soignantes en gériatrie: une cause de leur épuisement professionnel. Dans P. Zawieja et F. Guarnieri (dir.), *L'épuisement professionnel: innovations théoriques et méthodologiques* (p. 159-181). Paris: Armand Colin.
- Aubry, F., Y. Couturier et F. Etheridge (2013). Conceiving the skills development of nurse aides working in geriatrics as a collective process. *Innovation RICEC*, 4(1). Récupéré de <[http://ricec.info/images/stories/articlerevue/volume4\\_N1/IRICEC\\_Vol4\\_1\\_Aubry\\_al.pdf](http://ricec.info/images/stories/articlerevue/volume4_N1/IRICEC_Vol4_1_Aubry_al.pdf)>.
- Aubry, F., F. Etheridge et Y. Couturier (2013). Facilitating change among nursing assistants in long term care. *OJIN-The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(1). Récupéré de <<http://www.nursingworld.org/OJIN>>.
- Aubry, F., K. Godin et Y. Couturier (2011). Les préposées aux bénéficiaires face au processus d'implantation de l'approche Milieu de vie en soins de longue durée: critiques et perspectives futures. *Vie et Vieillesse*, 9(3), 36-42.
- Avril, C. (2003). Les compétences féminines des aides à domicile. Dans F. Weber, S. Gojard et A. Gramain (dir.), *Charges de famille* (p. 187-207). Paris: La Découverte.
- Aylward, S. et al. (2003). Effectiveness of continuing education in long-term care: A literature review. *The Gerontologist*, 43(2), 259-271.

- Banerjee, A. et al. (2008). *Hors de contrôle: la violence contre le personnel de soutien des établissements de soins de longue durée*. Ottawa et Toronto: Université Carleton et Université York.
- Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*. Paris: Presses universitaires de France.
- Beaulieu, M. (2007). Maltraitance des personnes âgées. Dans M. Arcand et R. Hébert (dir.), *Précis pratique de gériatrie* (p. 1145-1163). Acton Vale: Edisem/Maloine.
- Béland, J.-P. (dir.) (2009). *La souffrance des soignants*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Bélanger, L. et J. Mercier (dir.) (2006). *Auteurs et textes classiques de la théorie des organisations*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Belzile, L. et al. (2011). Penser l'hébergement de longue durée comme un milieu de vie. Une condition de la bientraitance institutionnelle. *Forum*, 134(12), 32-39.
- Belzile, L. et al. (2013). *Le développement des compétences des préposés aux bénéficiaires. Recension d'écrits scientifiques*. Sherbrooke: Centre affilié universitaire, Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CAU, CSSS-IUGS).
- Benbow, S. M. (2008). Failures in the system: Our inability to learn from inquiries. *Journal of Adult Protection*, 10(3), 5-13.
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue médicale suisse*, 6, 1511-1513.
- Bessin, M. et C. Gaudart (2009). Les temps sexués de l'activité: la temporalité au principe du genre? *Temporalités*, 9. Récupéré de <<http://temporalites.revues.org/979>>.
- Bessone, M. (2004). L'approche pragmatique de la raison pratique chez John Dewey. Dans M. Bienenstock et A. Tosel (dir.), *La raison pratique au XX<sup>e</sup> siècle* (p. 179-197). Paris: L'Harmattan.
- Bilodeau, H., D. Berthelette et G. Robert-Huot (2012). *Connaissances, pratiques et perceptions en matière de prévention et de contrôle des infections acquises en milieu hospitalier chez le personnel d'entretien et préposés aux bénéficiaires* (rapport de recherche). Québec: Syndicat canadien de la fonction publique – Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (SCFP-FTQ).
- Blanchard, M. (2006). Le pragmatisme. Dans L. Thiaw-Po-Une (dir.), *Questions d'éthique contemporaine* (p. 378-394). Paris: Stock.
- Boitte, P. et al. (2003). *Pour une bioéthique clinique. Médicalisation de la société, questionnement éthique et pratiques de soins*. Villeneuve d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion.
- Boitte, P. et al. (2007). Le contexte institutionnel de l'éthique clinique. *Éthique et Santé*, 4, 33-37.

- Boudjémaa, M. (2013). *Le point de vue des intervenants sur la mise en œuvre de l'approche milieu de vie en CHSLD* (mémoire de maîtrise en gérontologie, Université de Sherbrooke, Canada).
- Bourbonnais, R. *et al.* (2005). Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 7(2). Récupéré de <<http://pistes.revues.org/3207>>.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (2001). *Science de la science et réflexivité*. Paris : Raisons d'agir.
- Boyd, M. A., V. Luetje et A. Eckert (1992). Creating organizational change in an inpatient long-term care facility. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(3), 47-54.
- Bressé, S. (2003). L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile. *Retraite et société*, 39, 120-143.
- Brush, J. A. *et al.* (2008). First of a four-part series Creating home and building community ii : The urban experience. *Long-Term Living : For the Continuing Care Professional*, 57(9). Récupéré de <<http://www.ltlmagazine.com/article/first-four-part-series-creating-home-and-building-community-ii-urban-experience>>.
- Buelow, J. R., K. Winburn et J. Hutcherson (1998). Job satisfaction of home care assistants related to managerial practices. *Home Health Care Services Quarterly*, 17(4), 59-71.
- Canoui, P. (2003). La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques. *Revue internationale de soins palliatifs*, 18(2), 101-104.
- Canoui, P. et A. Mauranges (2001). Éthique et syndrome d'épuisement professionnel. Dans P. Canoui et A. Mauranges (dir.), *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses* (2<sup>e</sup> éd., p. 196-208). Paris : Masson.
- Caroly, S. et Y. Clot (2004). Du travail groupe de pairs au groupe de pairs du travail. Développement des stratégies d'expériences. *Formation-Emploi*, 88, 43-55.
- Caroly, S. et A. Weil-Fassina (2004). Évolutions des régulations de situations critiques au cours de la vie professionnelle dans les relations de service. *Le travail humain*, 67(4), 305-332.
- Causse, L. (2008). Les formes d'engagement des aides-soignantes dans les relations d'aide : des mouvements d'amour contradictoires et réversibles. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 6(2), 85-105.
- Cerf, M. et P. Falzon (2005). Une typologie des situations de services. Dans M. Cerf et P. Falzon (dir.), *Situations de services : travailler dans l'interaction* (p. 5-20). Paris : Presses universitaires de France.
- Charpentier, M. (2004). De l'institution au marché : transformation de l'hébergement des personnes âgées et enjeux actuels. *Vie et vieillissement*, 3(2), 2-8.

- Chauvenet, A. (1978). *Médecines au choix, médecine de classe*. Paris : Presses universitaires de France.
- Choinière, R. (2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Québec : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
- Chouinard, T. (2013, 25 avril). « Maltraitance et congédiement dans un CHSLD de Montréal », *La Presse*. Récupéré de <<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201304/25/01-4644449-maltraitance-et-congediement-dans-un-chsld-de-montreal.php>>.
- Chouinard-Desrosiers, L. et J.-J. Camera (2003). *Rapport concernant la situation à la résidence Saint-Charles-Borromée du CHSLD Centre-Ville de Montréal* (remis au président-directeur général de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre en vertu des articles 414 et 415 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*). Montréal : CHSLD Centre-Ville de Montréal.
- Clarke, J. et al. (2007). *Creating Citizen-Consumers. Changing Publics and Changing Public Services*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Clément, S. et J.-P. Lavoie (2005). *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec*. Paris : Érès.
- Clément, S. et J. Mantovani (1999). Les déprises en fin de parcours de vie. Les toutes dernières années de la vie. *Gérontologie et société*, 90, 95-108.
- Cloutier, E. et al. (2006). *Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile* (Études et recherches, résumé RR-453). Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
- Cognet, M. et L. Raigneau (2002). Le genre et l'ethnicité : les critères voilés de la délégation des actes de santé. *Les Cahiers du GRES*, 3(1), 25-38.
- Cohen, M. et al. (2010). Elder abuse in long-term care residences and the risk indicators. *Ageing and Society*, 30(6), 1027-1040.
- Cohen-Mansfield, J. et J. E. Mintzer (2005). Time for change: The role of nonpharmacological interventions in treating behavior problems in nursing home residents with dementia. *Nursing*, 19(1), 37-40.
- Cometti, J.-P. (2010). *Qu'est-ce que le pragmatisme ?* Paris : Gallimard.
- Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques (2007). *Pratiques exemplaires de la prévention et du contrôle des infections pour les soins de longue durée, les soins à domicile et les soins communautaires, y inclus les bureaux de soins de santé et les cliniques de soins ambulatoires*. Récupéré de <[www.phac.aspc.gc.ca](http://www.phac.aspc.gc.ca)>.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (2001). *L'exploitation des personnes âgées. Vers un filet de protection resserré* (rapport de consultation et recommandations). Québec : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

- Conseil des aînés (2007). *État des situations sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Contandriopoulos, D. et al. (2005). *L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Couturier, Y. (2005). *La collaboration entre travailleuses sociales et infirmières. Éléments d'une théorie de l'intervention interdisciplinaire*. Paris : L'Harmattan.
- Covelet, R. (2003). La familiarité du personnel gérontologique envers les résidents. *Gérontologie et société*, 104, 115-124.
- Cready, C. M. et al. (2008). CNA empowerment effects on job performance and work attitudes. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(3), 26-34.
- Créoff, M. (2000). Les maltraitements institutionnels. *Actualité et dossier en santé publique*, 31, 52-56.
- Cresson, G. et N. Gadrey (2004). Entre famille et métier : le travail du care. *Nouvelles questions féministes*, 23(3), 26-41.
- D'Iribarne, A. et E. Oiry (2001). La notion de compétence : continuités et changements par rapport à la notion de qualification. *Sociologie du travail*, 43(1), 49-66.
- De Gaulejac, V. (1996). *Les sources de la honte*. Paris : Desclée de Brouwer.
- De Gaulejac, V. (2009). *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris : Seuil.
- Dejours, C. (1996). Prescription, transgression et souffrance dans le travail. Dans J. Girin et M. Grosjean (dir.), *La transgression des règles au travail* (p. 107-118). Paris : L'Harmattan.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Seuil.
- Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*. Versailles : Éditions Quae.
- Dejours, C. (2006). Nouveau regard sur la souffrance humaine dans les organisations. Dans L. Bélanger et J. Mercier (dir.), *Auteurs et textes classiques de la théorie des organisations* (p. 485-501). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Dejours, C. (2009). *Le travail vivant* (t. 2). *Travail et émancipation*. Paris : Payot.
- Delforge, F. et T. Périlleux (2012). Premiers jalons d'une recherche auprès de professionnels soignants. Souffrance morale et identité institutionnelle. *Revue d'éthique et de théologie morale*, 271, 67-83.
- Demailly, L. (2008). *Politiques de la relation. Sociologie des métiers et du travail de relation*. Paris : Septentrion.
- Descombes, V. (2005). *Le complément de sujet*. Paris : Gallimard.
- Dewey, J. (2004). *Comment nous pensons*. Paris : Seuil.
- Dewey, J. (2011). *La formation des valeurs*. Paris : La Découverte.

- Djaoui, E. (2011). Intervention au domicile. Gestion sociale de l'intime. *Dialogues*, 192(2), 7-18.
- Djaoui, E. (2007). De l'intimité du professionnel dans l'intervention au domicile. *Gérontologie et société*, 122, 157-162.
- Dodier, N. (1995). *Les hommes et les machines*. Paris : Métailié.
- Doniol-Shaw, G. (2009). L'engagement paradoxal des aides à domicile face aux situations repoussantes. *Travailler*, 22, 27-42.
- Dubar, C. (2002). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.
- Duhamel, A. (2010). Une éthique du moindre agir. Dans J. Quintin (dir.), *Cheminer vers soi. Hommage à Jean-François Malherbe pour son soixantième anniversaire* (p. 251-264). Montréal : Liber.
- Dujarier, M.-A. (2012). *L'idéal au travail*. Paris : Presses universitaires de France.
- Dujarier, M.-A. (2006). Personnalisation vs standardisation. Le consommateur mis au travail d'organisation. Dans S. Maugeri (dir.), *Au nom du client. Management néo-libéral et dispositifs de gestion* (p. 61-83). Paris : L'Harmattan.
- Dujarier, M.-A. (2002). Comprendre l'inacceptable : le cas de la maltraitance en gériatrie. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 8, 111-124.
- Dussuet, A. (2005). *Travaux de femmes. Enquêtes sur les services à domicile*. Paris : L'Harmattan.
- Emilsson, U. M. (2006). Supervision as pedagogy and support in the Swedish eldercare: A developmental project. *Journal of Gerontological Social Work*, 47(3-4), 83-102.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model : A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Ennuyer, B. (2006). *Repenser le maintien à domicile*. Paris : Dunod.
- Ennuyer, B. (2004). *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*. Paris : Dunod.
- Ennuyer, B. (2003). Les aides à domicile : une profession qui bouge. Un rôle clé dans le maintien à domicile, mais toujours un manque de reconnaissance sociale. *Gérontologie et société*, 104(1), 135-148.
- Estryn-Behar, M. et al. (2011). Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie. *Activités*, 8(1), 77-103.
- Fahey, C. (2003). Culture change in long-term care facilities : Changing the facility or changing the system ? *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 2(1-2), 35-51.
- Faulkner, M. (2008). *L'organisation du travail et de l'entreprise*. Paris : L'Harmattan.

- Fédération québécoise des centres d'hébergement et de soins de longue durée (1995). *Les CHSLD : une mission, une vision, une passion. Orientations 1995-2000*. Montréal : Fédération québécoise des centres d'hébergement et de soins de longue durée.
- Feillou, I. *et al.* (2013, 28-30 août). *Adapter les soins d'hygiène aux résidents : obstacles et facilitateurs en soins de longue durée au Québec*. Communication présentée au Congrès 2013 de la Société d'ergonomie de langue française (SELF), Paris, France.
- Feldman, P. H. et R. L. Kane (2003). Strengthening research to improve the practice and management of long-term care. *Milbank Quarterly*, 81(2), 179-220.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité* (t. 1). *La volonté de savoir*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1984). *Histoire de la sexualité* (t. 3). *Le souci de soi*. Paris : Gallimard.
- Fournelle, B. (1991). *Les relations de l'approche psycho-sociale avec la qualité de vie au travail du personnel et la satisfaction de vie des bénéficiaires dans un centre d'accueil d'hébergement* (mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, Canada).
- Frega, R. (2006). *John Dewey et la philosophie comme épistémologie de la pratique*. Paris : L'Harmattan.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- Gadrey, J. (1994). Les relations de service dans le secteur marchand. Dans J. De Bandt et J. Gadrey (dir.), *Relations de service, marchés de service* (p. 23-41). Paris : CNRS Éditions.
- Gagnon, É., M. Clément et E. Raizenne (2009). *Évaluation de l'équipe de soutien en hébergement du Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord* (rapport de recherche du Centre affilié universitaire du CSSS de la Vieille-Capitale). Québec : Centre affilié universitaire (CAU), Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale.
- Gagnon, L. et A. Savoie (2008). *Préparons l'avenir avec nos aînés* (rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés, Direction des relations publiques et des communications). Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gauthier A. (2010). Le domicile : un contexte à risques. *Vie sociale et traitements*, 108(4), 98-102.
- Gernet, I. et F. Chekroun (2008). Travail et genèse de la violence : à propos des soins aux personnes âgées. *Travailler*, 20(2), 41-59.
- Gernet, I. et C. Dejours (2009). Évaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2(8), 27-36.
- Gershon, R. R. *et al.* (2000). Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *American Journal of Infection Control*, 28(3), 211-221.

- Gineste, Y. et J. Pelissier (2007). *Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Paris : Armand Colin.
- Girard, D. (2009). Conflits de valeurs et souffrance au travail. *Éthique publique*, 11(2), 129-138.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Éditions de Minuit.
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne. La présentation de soi*. Paris : Éditions de Minuit.
- Green, L. W. et al. (dir.) (1980). *Health Education Planning : A diagnostic Approach*. Mountain View, CA : Mayfield Publishing Company.
- Greenhalgh, T. et al. (2004). Diffusion of innovations in service organizations : Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Grégoire, A., M. Levesque et D. Proulx (2010). *Organisation du travail et revalorisation des pratiques : les rôles des membres de l'équipe de soins en CHSLD*. Sherbrooke : Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS).
- Grelet, L. (2005). *La lutte contre la maltraitance en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : quelle politique du directeur des soins ?* (mémoire, École nationale de santé publique, Rennes, France).
- Grenier, C. (2004). *Les concepts de milieu de vie et de qualité de vie en centre d'hébergement et des soins de longue durée : la vision des intervenants* (mémoire de maîtrise, Université Laval, Québec, Canada).
- Grenier, N. (2008). *Portrait de la main-d'œuvre : préposées aux bénéficiaires* (rapport Grenier). Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Grootings, P. (1994). De la qualification à la compétence : de quoi parlons-nous ? *Revue européenne de formation professionnelle*, 1, 5-7.
- Gucher, C. (2012). Pouvoir de l'usage et citoyenneté dans un contexte de compensation de la dépendance : les enjeux des conflits d'expertise. *Gérontologie et société*, 143, 95-110.
- Gucher, C. et al. (2011). *Non-recours et non-adhésion : la disjonction des notions de « qualité de vie » et « qualité de l'aide à domicile »* (rapport de recherche CNSA 2008-2011). Hyper article en ligne – Sciences de l'Homme et de la Société (HAL-SHS).
- Guérin, F. et al. (2006). *Comprendre le travail pour le transformer : la pratique de l'ergonomie*. Lyon : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.
- Guillaumin, C. (2010). La réflexivité comme compétence : enjeu des nouvelles ingénieries de la formation. Dans D. de Robillard (dir.), *Réflexivité, herméneutique. Vers un paradigme de recherche ?* (p. 85-101). Rennes : Presses universitaires de Rennes.

- Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory pour innover ? *Recherches qualitatives*, 26(1), 32-50.
- Hébert, R. *et al.* (2003). PRISMA: A new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 3. Récupéré de <<http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AUI%3A10-1-100315/145>>.
- Hill, T. E. *et al.* (2005). Improving end-of-life care in nursing facilities: The Community State Partnership to Improve End-of-Life Care – California. *Journal of Palliative Medicine*, 8(2), 300-312.
- Holton, G. (1981). *L'imagination scientifique*. Paris: Gallimard.
- Horn, S. D. *et al.* (2010). Pressure ulcer prevention in long-term-care facilities: A pilot study implementing standardized nurse aide documentation and feedback reports. *Advances in Skin and Wound Care*, 23(3), 120-131.
- Howe, J. L. et D. Witt-Sherman (2006). Interdisciplinary educational approaches to promote team-based geriatrics and palliative care. *Gerontology and Geriatrics Education*, 26(3), 1-15.
- Hughes, E. C. (1951). Studying the nurse's work, *American Journal of Nursing*, 51(5), 294-295.
- Hurst, S. (2001). Quand la médecine se pratique la mort dans l'âme. La souffrance des soignants face au dilemme moral. *Frontières*, 13(2), 81-85.
- Jeanjean, A. (2006). *Basses œuvres. Une ethnologie dans les égouts*. Paris: Éditions du Comité des travaux historiques et scientifiques (CTHS).
- Jeanjean, A. (2011). Travailler à la morgue ou dans les égouts. *Ethnologie française*, 41(1), 59-66.
- Jeantet, A. (2003). À votre service ! La relation de service comme rapport social. *Sociologie du travail*, 45(2), 191-209.
- Kane, R. A. (1994). Ethics and the frontline care worker: Mapping the subject. *Generations* 18, 71-74.
- Kaskie, B. et S. Coddington (2004). A strategic response to the challenges presented by older patients with Alzheimer's disease and other types of dementia. *Journal of Healthcare Management*, 49(1), 32-46.
- Kato, M. *et al.* (2008). Development of a fall prevention program for elderly Japanese people. *Nursing and Health Sciences*, 10(4), 281-290.
- Kelly, M. et E. McSweeney (2009). Re-visioning respite: A culture change initiative in a long-term care setting in Eire. *Quality in Ageing*, 10(3), 4-11.
- Kinjerski, V. et B. J. Skrypnik (2008). The promise of spirit at work: Increasing job satisfaction and organizational commitment and reducing turnover and absenteeism in long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(10), 17-25.
- Kitwood, T. (2008). Towards a theory of dementia care: The interpersonal process. *Ageing and Society*, 13(1), 51.

- Ko, A. *et al.* (2012). Aggression exhibited by older dementia clients toward staff in Japanese long-term care. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(1), 1-16.
- Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2), 312-317.
- Lachance, M.-L. et M. Beaulieu (2010). *Définitions de la maltraitance*. Document inédit.
- Lacroix, A. (2009). La dimension éthique de l'organisation du travail. *Éthique publique*, 11(2), 139-146.
- Lacroix, A. et A. Létourneau (dir.) (2000). *Méthodes et interventions en éthique appliquée*. Montréal: Fides.
- Lambert, C. (2006). Espoir et fin de vie: un paradoxe source de tension morale. *Perspective infirmière*, 3(6), 41-44.
- Lambert, C. et D. Blondeau (1999). Chemins et impasses du jugement clinique au quotidien. Dans J.-F. Malherbe (dir.), *Compromis, dilemmes et paradoxes en éthique clinique* (p. 39-61). Namur et Montréal: Artel et Fides.
- Langlois, L. *et al.* (2009). Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs. *Éthique publique*, 11(2), 20-30.
- Laramée, P. (2010, 1<sup>er</sup> septembre). «La majorité des personnes âgées vit en CHSLD: mythe ou réalité?». Récupéré du blogue de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, <<https://www.aqesss.qc.ca/1793/blogues.aspx?sortcode=1.1.10.11.11&month=8&year=2010&postid=91>>.
- Larochelle, D. et F. Bussièrès (2006). L'approche relationnelle de soins: tout un défi! *Objectif Prévention*, 29(4), 19-21.
- Lebeer, G. et J. Moriau (dir.) (2010). *(Se) gouverner. Entre souci de soi et action publique*. Bruxelles: Peter Lang.
- Le Boterf, G. (2002). De quel concept de compétence avons-nous besoin? *Soins cadres*, 41, 20-22.
- Le Breton, D. (2004). *L'interactionnisme symbolique*. Paris: Presses universitaires de France.
- Legault, G. (2009). Dialoguer sur la souffrance des soignants: pourquoi est-ce si difficile? Dans J.-P. Béland (dir.), *La souffrance des soignants* (p. 73-87). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Levenson, S. A. (2010). The basis for improving and reforming long-term care. Part 4: Identifying meaningful improvement approaches (Segment 2). *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(3), 161-170.
- Levenson, S. A. (2009). The basis for improving and reforming long-term care. Part 1: The foundation. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10, 459-465.
- Lewis, K. L. et J. Thompson (2009). Health care professionals' perceptions and knowledge of infection control practices in a community hospital. *The Health Care Manager*, 28(3), 230-238.

- Lhuilier, D. (2005). Le sale boulot. *Travailler*, 14(2), 73-98.
- Lhuilier, D. (2011). Souillure et transgression : le travail sur le négatif psychosocial. Dans D. Corteel et S. Le Lay (dir.), *Les travailleurs des déchets* (p. 35-43). Toulouse : Érès.
- Loncle, P. et A. Rouyer (2004). La participation des usagers : un enjeu de l'action publique locale. *Revue française des affaires sociales*, 4, 133-154.
- Longneaux, J.-M. (2004). La souffrance des soignants et des médecins n'existe pas. *Ethica Clinica*, 35, 24-33.
- Madelrieux, S. (2010). Le pragmatisme et les variétés de l'expérience. Dans L. Perreau (dir.), *L'expérience* (p. 111-131). Paris : Vrin.
- Maesschalck, M. (2004). Souffrance au travail et institution. *Ethica Clinica*, 35, 15-23.
- Martuccelli, D. (2007). La souffrance et le modèle de l'individu psychologique. Dans M.-H. Soulet (dir.), *La souffrance sociale. Nouveau malaise dans la civilisation* (p. 31-50). Fribourg : Academic Press Fribourg.
- Masso, M. et G. McCarthy (2009). Literature review to identify factors that support implementation of evidence-based practice in residential aged care. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 7(2), 145-156.
- Matthews, E., G. Farrell et M. Blackmore (1996). Effects of an environmental manipulation emphasizing client-centred care on agitation and sleep in dementia sufferers in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 439-447.
- Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- McDonald, L. et al. (2008). *Institutional Abuse of Older Adults : What We Know, What We Need to Know*. Strategic Policy Research Directorate, Strategic Analysis, Audit and Evaluation Branch. Document inédit.
- McDonald, L. et al. (2012). Institutional abuse of older adults : What we know, what we need to know. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(2), 138-160.
- Memmi, D. (2011). Introduction. La fabrication du dégoût. *Ethnologie française*, 41(1), 5-16.
- Meyer, J. P., N. J. Allen et C. A. Smith (1993). Commitment to organizations and occupations : Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78(4), 538-551.
- Ministère de la Famille et des Aînés (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*. Québec : Gouvernement du Québec.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Visites d'appréciation de la qualité des services*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006a). *L'amélioration de la qualité du milieu de vie en hébergement et en soins de longue durée*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006b). *Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009*. Québec : gouvernement du Québec. Récupéré de <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-209-01.pdf>>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Agir auprès de la personne âgée. Programme de la formation pour les préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010a). *Espace informationnel*, <<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca>>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010b). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Visites d'appréciation de la qualité. Rapport national. Septembre 2004 à Juin 2007*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). *Prévention et contrôle des infections nosocomiales. Plan d'action 2010-2015*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité (2007). *Arrêté du 4 juin 2007 relatif au diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale*. Paris : ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité. Récupéré de <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000278075&dateTexte=&categorieLien=id>>.
- Molinier, P. (2005). Le *care* à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. Dans P. Paperman et S. Laugier (dir.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care* (p. 299-316). Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS).
- Molinier, P. (2006). *Les enjeux psychiques du travail. Introduction à la psychodynamique du travail*. Paris : Payot.
- Molinier, P. (2010). L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ? Logique de gestion ou logique de *care*. Dans Y. Clot et D. Lhuillier (dir.), *Agir en clinique du travail* (p. 157-167). Toulouse : Érès.
- Molinier, P. et A. Flottes (2012). Travail et santé mentale : approches cliniques. *Travail et Emploi*, 129, 51-66.
- Molinier, P., L. Gaignard et M.-A. Dujarier (2010). Introduction au dossier : sale boulot, boulot sale. *Travailler*, 24, 11-20.

- Moscovici, S. et G. Vignaux (1994). Le concept de thématas. Dans C. Guimelli (dir.), *Structures et transformations des représentations sociales* (p. 25-72). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Olivier-Amouroux, M. (2004). La blouse à l'hôpital. Dans G. Francequin (dir.), *Le vêtement de travail, une deuxième peau* (p. 100-109). Toulouse: Érès.
- Ontario Network Prevention of Elder Abuse – ONPEA (2007). *Libre de toutes formes de violence. Guide des meilleures pratiques sur les mauvais traitements envers les femmes âgées*. Toronto: ONPEA. Récupéré de <<http://www.onpea.org/french/download.php?name=FreeFromHarmTools-french.pdf>>.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec – OIIQ (2000). *L'exercice infirmier en soins de longue durée. Au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie. Guide d'exercice*. Montréal: OIIQ.
- Organisation mondiale de la santé – OMS (2002a). *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. Genève: OMS. Récupéré de <[www.inpea.net/images/TorontoDeclaration\\_English.pdf](http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaration_English.pdf)>.
- Organisation mondiale de la santé – OMS (2002b). *Viellir en restant actif. Cadre d'orientation*. Madrid: OMS.
- Organisation mondiale de la santé – OMS (2010). *Classifying Health Workers: Mapping Occupations to the International Standard Classification*. Genève: OMS.
- Osty, F. (2010). La reconnaissance, un impensé organisationnel. Dans Y. Clot et D. Lhuillier (dir.), *Agir en clinique du travail* (p. 266-278). Toulouse: Érès.
- Paillé, P. et A. Mucchielli (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2<sup>e</sup> éd.). Paris: Armand Colin.
- Paquet, S. (2001). *Folie, entraide et souffrance. Anthropologie d'une expérience parentale*. Québec et Paris: Presses de l'Université Laval et L'Harmattan.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle. Approche anthropologique du développement chez les adultes*. Paris: Presses universitaires de France.
- Patenaude, J. (1998a). L'apport réflexif dans les modèles professionnels. Par-delà l'efficacité. Dans G. A. Legault (dir.), *L'intervention: usages et méthodes* (p. 99-133). Sherbrooke: GGC Éditions et Université de Sherbrooke.
- Patenaude, J. (1998b). Le dialogue comme paradigme éthique. *Réseaux*, 82-84, 73-83.
- Patrick, D. L. (1997). Rethinking prevention for people with disabilities. Part 1: A conceptual model for promoting health. *American Journal of Health Promotion*, 11(4), 257-260.
- Pauchant, T. C. et al. (2002). *Guérir la santé. Un dialogue de groupe sur le sens du travail, les valeurs et l'éthique dans le secteur de la santé*. Montréal: Fides/Presses des Hautes Études commerciales.

- Pauchant, T. C. et al. (1996). *La quête du sens. Gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature*. Montréal et Paris : Éditions Québec Amérique et Éditions de l'Organisation.
- Payne, B. K. et J. K. Appel (2007). Workplace violence and worker injury in elderly care settings : Reflective of a setting vulnerable to elder abuse ? *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 14(4), 43-56.
- Peneff, J. (1992). *L'hôpital en urgence*. Étude par observation participante. Paris : Métailié.
- Périlleux, T. et J. Cultiaux (dir.) (2009). *Destins politiques de la souffrance. Intervention sociale, justice et travail*. Toulouse : Érès.
- Perraut Solivares, A. (2012). Attention, fragile... *Chimères*, 78, 17-20.
- Perraut Solivares, A. (2004). *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris : Presses universitaires de France.
- Petitot, A. (1994). La profession infirmière. Un siècle de mutation. Dans P. Aïach et D. Fassin (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité* (p. 238-252). Paris : Anthropos.
- Pezé, M. (2009). Corps et souffrance dans le travail. *Corps*, 6(2), 15-21.
- Pillon, T. (2012). *Le corps à l'ouvrage*. Paris : Stock.
- Pineault, A. (1999). *L'approche socialisante et la qualité de vie des personnes âgées en centre d'hébergement et de soins de longue durée* (mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, Canada).
- Ploton, L. (1981). La souffrance des soignants en gériatrie. *La revue de gériatrie*, 6(3), 117-122.
- Poulin, P., J. Bleau et Y. Gineste (2004). La formation à l'approche relationnelle de soins, la rencontre des humanités. *Vie et vieillissement*, 3(2), 32-40.
- Poulin, P., J. Bleau et Y. Gineste (2005). Approche relationnelle de soins : la rencontre des humanités. *Objectif prévention*, 28(1), 3-5.
- Quintin, J. (2011). La souffrance du médecin, un malaise éthique ? *Le médecin du Québec*, 46(4), 51-55.
- Ragsdale, V. et G. J. McDougall Jr (2008). The changing face of long-term care : Looking at the past decade. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(9), 992-1001.
- Ramarajan, L., S. G. Barsade et O. R. Burack (2008). The influence of organizational respect on emotional exhaustion in the human services. *Journal of Positive Psychology*, 3(1), 4-18.
- Renault, E. (2007). Reconnaissance et travail. *Travailler*, 18(2), 119-135.
- Renault, E. (2012). Dewey et la centralité du travail. *Travailler*, 28(2), 125-148.
- Ribault, T. (2008). Aide à domicile : de l'idéologie de la professionnalisation à la pluralité des professionnalités. *Revue française de socio-économie*, 2, 99-118.
- Ricoeur, P. (1994). La souffrance n'est pas la douleur. *Autrement, souffrances*, 142, 58-69.

- Rimbert, G. (2005). Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite. *Lien social et politiques*, 54, 93-104.
- Rimbert, G. (2011). *Vieillards sous bonne garde. Réparer l'irréparable en maison de retraite*. Paris : Éditions du Croquant.
- Rivault, F. (2004). *Réduire et prévenir les négligences en institutions par une réorganisation des services* (mémoire, École nationale de la santé publique, Rennes, France).
- Robinson, S. B. et R. B. Rosher (2006). Tangling with the barriers to culture change: Creating a resident-centered nursing home environment. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(10), 19-25.
- Rodriguez, A. (2004). La souffrance: effondrement et refondation des valeurs. *Éthique et santé*, (1), 64-69.
- Rosen, J. et al. (2006). Ability, incentives, and management feedback: Organizational change to reduce pressure ulcers in a nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(3), 141-146.
- Rosenfield, Z. et A. Branch (2005). TOPS: The Optimum Performance Scale approach to improving nursing home performance. *Care Management Journals*, 6(4), 191-202.
- Sainsaulieu, I. (2003). *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*. Paris : L'Harmattan.
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (4<sup>e</sup> éd., p. 293-316). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (5<sup>e</sup> éd., p. 337-360). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Sbordone, R. J. et L. T. Serman (1983). The psychologist as a consultant in a nursing home: Effect on staff morale and turnover. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14(2), 240-250.
- Schön, D A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques.
- Schoot, T. et al. (2006). Client-centered home care : Balancing between competing responsibilities. *Clinical Nursing Research*, 15(4), 231-237.
- Serfaty-Garzon, P. (1999). *Psychologie de la maison: une archéologie de l'intimité*. Montréal : Éditions du Méridien.
- Shaller, D. (2007). *Patient-Centered Care : What Does It Take ?* Stillwater, MN : Shaller Consulting.
- Shanley, C. (2007). Navigating the change process: The experience of managers in the residential aged care industry. *Journal of Organizational Change Management*, 20(5), 700-720.

- Simard, M. et al. (1999). *La participation des travailleurs à la prévention des accidents dans le secteur manufacturier* (Études et recherches, rapport R-211). Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
- Simmel, G. (1992). *Le conflit*. Paris : Circé.
- Soares, A. (2010). *Les (in)visibles de la santé* (rapport préliminaire de recherche). Montréal : Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN), Service aux collectivités (SAC) et Université du Québec à Montréal.
- Soulet, M.-H. (2003). Penser l'action en contexte d'incertitude : une alternative à la théorisation des pratiques professionnelles ? *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 125-141.
- Soulières, M. et G. Ouellette (2012). *L'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie au Québec. Des enjeux et des parcours difficiles pour les personnes concernées*. Montréal : Regroupement provincial des comités des usagers.
- Stengers, I. (2009). *Au temps des catastrophes. Résister à la barbarie qui vient*. Paris : La Découverte.
- Stengers, I. (2010). *Résister à la barbarie qui vient*. Communication présentée à l'Université populaire de Bruxelles, Belgique.
- Stolee, P. et al. (2005). Factors associated with the effectiveness of continuing education in long-term care. *The Gerontologist*, 45(3), 399-409.
- St-Vincent, M. et al. (2011). *L'intervention en ergonomie*. Québec : Éditions Multimondes.
- Suchitra, J. B. et N. Lakshmi Devi (2007). Impact of education on knowledge, attitudes and practices among various categories of health care workers on nosocomial infections. *Indian Journal of Medical Microbiology*, 25(3), 181-187.
- Tellis-Nayak, V. (2007). A person-centered workplace : The foundation for person-centered caregiving in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(1), 46-54.
- Theureau, J. (2006). *Cours d'action : méthode développée*. Toulouse : Octarès.
- Thuderoz, C. (2000). *Négociations. Essai de sociologie du lien social*. Paris : Presses universitaires de France.
- Turcotte, M. et G. Schellenberg (2006). *Un portrait des aînés au Canada*. Ottawa : Statistique Canada.
- Verbeek, H. et al. (2008). Small, homelike care environments for older people with dementia : A literature review. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 252-264.
- Vérificateur général du Québec (2013). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014. Vérification de l'optimisation des ressources*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Vézina, A. et D. Pelletier (2009). Le maintien du pouvoir chez la personne âgée hébergée souffrant de déficits cognitifs. *Service social*, 55(1), 97-110.

- Viau-Guay, A. *et al.* (2013). Person-centered care training in long-term care settings: Usefulness and facility of transfer into practice. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 32(1), 57-72.
- Vinatier, I. (2009). *Pour une didactique professionnelle de l'enseignement*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Vladeck, B. C. (2003). Unloving care revisited: The persistence of culture. Dans A. S. Weiner et J. L. Ronch (dir.), *Culture Change in Long-Term Care* (p. 1-9). New York, NY : Haworth Social Work Practice Press.
- Vollaire, C. (2011). Le tabou du dégoût. L'anesthésie du soignant. *Ethnologie française*, 41(1), 89-97.
- Wacquant, L. (2002). *Corps et âmes. Carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur* (2<sup>e</sup> éd.). Marseille : Agone.
- Weber, A. (2006). Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005. DREES. *Études et résultats*, 491, 1-8.
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Weller, J.-M. (2007). Fatigue ou épuisement ? La subjectivité de l'agent public à l'épreuve du travail. Dans F. Cantelli et J.-L. Genard (dir.), *Action publique et subjectivité* (p. 146-156). Paris : Librairie générale de droit et de jurisprudence (LGDJ).
- White-Chu, E. F. *et al.* (2009). Beyond the medical model: The culture change revolution in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(6), 370-378.
- Wiener, J. M. (2003). An assessment of strategies for improving quality of care in nursing homes. *The Gerontologist*, 43(n° spécial 2), 19-27.
- Wilson, R. S. *et al.* (2007). Nursing home placement, day care use, and cognitive decline in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 164, 910-915.
- Yeatts, D. E. *et al.* (2004). Self-managed work teams in nursing homes: Implementing and empowering nurse aide teams. *The Gerontologist*, 44(2), 256-261.

# Notices biographiques

---

**François Aubry**, chercheur au centre affilié universitaire du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), et professeur associé, École de travail social de l’université de Sherbrooke.

**Marie Beaulieu**, professeure à l’école de travail social de l’université de Sherbrooke et chercheure au centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS).

**Marie Bellemare**, professeure au département des relations industrielles, Université Laval.

**Louise Belzile**, candidate au doctorat en gérontologie, Université de Sherbrooke.

**Henriette Bilodeau**, professeur au département d’organisation et ressources humaines, École des sciences de la gestion (ESG), Université du Québec à Montréal (UQAM).

**Johanne Boivin**, consultante et intervenante en éthique appliquée.

**Malika Boudjémaa** est titulaire d’une maîtrise en gérontologie de l’Université de Sherbrooke.

**Yves Couturier**, professeur titulaire, École de travail social de l’Université de Sherbrooke, et chercheur au centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS).

**Johanne Desrosiers**, professeure à l'École de réadaptation, Université de Sherbrooke.

**Fanny Dubois**, aide-soignante et doctorante en sociologie, Université Libre de Bruxelles (Belgique).

**Francis Etheridge**, candidat au doctorat en gérontologie, Université de Sherbrooke.

**Isabelle Feillou**, professionnelle de recherche, Université Laval.

**Frédéric Gilbert**, professeur, département d'organisation et ressources humaines, École des sciences de la gestion (ESG), Université du Québec à Montréal (UQAM).

**Catherine Gucher**, maître de conférence, SFR Santé Société, UMR PACTE (Unité Mixte de Recherche – Politiques publiques, Action politique, Territoires), Université Grenoble-Alpes, France.

**Annie Mollier**, ingénieure d'étude, SFR Santé Société, UMR PACTE (Unité Mixte de Recherche – Politiques publiques, Action politique, Territoires), Université Grenoble-Alpes, France.

**Caroline Pelletier**, candidate au doctorat en gérontologie, Université de Sherbrooke.

**Émilie Raizenne**, candidate à la maîtrise en sociologie, Université Laval.

**Geneviève Robert-Huot**, candidate au doctorat en administration à l'école des sciences de la gestion (ESG), Université du Québec à Montréal (UQAM).

**Marie-Josée Robitaille**, adjointe à la direction générale de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS).

**Louis Trudel**, professeur associé, département de réadaptation, Université Laval.

**Annabelle Viau-Guay**, professeure au département d'études sur l'enseignement et l'apprentissage, Université Laval.



**La prise de décision en éthique clinique**

Perspectives micro, méso et macro  
*Sous la direction de Yanick Farmer,  
Marie-Ève Bouthillier et Delphine Roigt*  
2013, ISBN 978-2-7605-3905-1, 256 pages

**L'interaction entre les problèmes  
de gestion des ressources humaines  
et de santé et de sécurité au travail**

Études de cas  
*Sylvie Gravel, Monique Lortie,  
Henriette Bilodeau, Jessica Dubé*  
2013, ISBN 978-2-7605-3689-0, 240 pages

**Internet et santé**

Acteurs, usages et appropriations  
*Sous la direction de Christine Thoër  
et Joseph Josy Lévy*  
2012, ISBN 978-2-7605-3521-3, 506 pages

**L'agression sexuelle envers les enfants –  
Tome 2**

*Sous la direction de Martine Hébert,  
Mireille Cyr et Marc Tourigny*  
2012, ISBN 978-2-7605-3015-7, 468 pages

**La contraception**

Prévalence, prévention  
et enjeux de société  
*Sous la direction de Laurence Charton  
et Joseph Josy Lévy*  
2011, ISBN 978-2-7605-2942-7, 288 pages

**L'agression sexuelle envers les enfants –  
Tome 1**

*Sous la direction de Martine Hébert,  
Mireille Cyr et Marc Tourigny*  
2011, ISBN 978-2-7605-3012-6, 522 pages

**Minorités sexuelles, Internet et santé**

*Sous la direction de Joseph J. Lévy,  
Jean Dumas, Bill Ryan et Christine Thoër*  
2011, ISBN 978-2-7605-2939-7, 278 pages

**La régulation sociale  
des minorités sexuelles**

L'inquiétude de la différence  
*Sous la direction de  
Patrice Corriveau et Valérie Daoust*  
2010, ISBN 978-2-7605-2633-4, 274 pages

**Le syndrome du bébé secoué  
(traumatisme crânien non accidentel)**

Vers une convergence des interventions  
*Sous la direction de Annie Stipanivic,  
Pierre Nolin et Gilles Fortin*  
2010, ISBN 978-2-7605-2411-8, 270 pages

**Les médias et la santé**

De l'émergence à l'appropriation  
des normes sociales  
*Sous la direction de Lise Renaud*  
2010, ISBN 978-2-7605-2423-1, 448 pages

**Faire équipe pour l'éducation à la santé  
en milieu scolaire**

*Sous la direction de Johanne Grenier,  
Joanne Otis et Gilles Harvey*  
2009, ISBN 978-2-7605-2481-1, 276 pages

**Les soins de santé primaires**

Critiques d'une orthodoxie  
*Roberson Édouard et Michèle Clément*  
2009, ISBN 978-2-7605-2474-3, 184 pages

**Médias, médicaments et espace public**

*Sous la direction de Christine Thoër,  
Bertrand Lebouché, Joseph Josy Lévy  
et Vittorio Alessandro Sironi*  
2009, ISBN 978-2-7605-2470-5, 350 pages

**Diversité sexuelle  
et constructions de genre**

*Sous la direction de Line Chamberland,  
Blye W. Frank et Janice Ristock*  
2009, ISBN 978-2-7605-2462-0, 424 pages

**La fascination**

Nouveau désir d'éternité  
*Luce Des Aulniers*  
2009, ISBN 978-2-7605-2436-1, 418 pages

**Tests d'évaluation de la capacité  
fonctionnelle chez l'adulte  
de 55 ans et mieux**

*Sous la direction  
d'Émilie Kalinova et Mario Leone*  
2009, ISBN 978-2-7605-2446-0, 160 pages

**Génération et cycles de vie**

Au carrefour des temps biologiques  
et psychosociaux  
*Sous la direction de Laurence Charton  
et Joseph Josy Lévy*  
2009, ISBN 978-2-7605-2430-9, 252 pages

**Tango, corps à corps culturel**

Danser en tandem pour mieux vivre  
*Sous la direction de France Joyal*  
2009, ISBN 978-2-7605-2392-0, 276 pages



**Pour une approche intégrée en santé**

Vers un nouveau paradigme  
*Jean-Claude Magny, Gilles Harvey,  
Yves Lévesque, Daniel Kieffer,  
Anne Taillefer et Denis Fourniery*  
2008, ISBN 978-2-7605-1589-5, 150 pages

**Intersections**

Cultures, sexualités et genres  
*Sous la direction de Shari Brotman  
et Joseph Josy Lévy*  
2008, ISBN 978-2-7605-1581-9, 494 pages

**Épidémie silencieuse**

Le traumatisme craniocérébral léger :  
symptômes et traitement  
*Sous la direction de  
Frédéric Banville et Pierre Nolin*  
2008, ISBN 978-2-7605-1547-5, 310 pages

**Danse et santé**

Du corps intime au corps social  
*Sous la direction de Sylvie Fortin*  
2008, ISBN 978-2-7605-1543-7, 326 pages

**Les médias et le façonnement  
des normes en matière de santé**

*Sous la direction de Lise Renaud*  
2007, ISBN 978-2-7605-1526-0, 318 pages

**La chaîne des médicaments**

Perspectives pluridisciplinaires  
*Sous la direction de  
Joseph J. Lévy et Catherine Garnier*  
2007, ISBN 978-2-7605-1510-9, 522 pages

**Vieillir en milieu d'hébergement**

Le regard des résidents  
*Michèle Charpentier*  
2007, ISBN 978-2-7605-1477-5, 180 pages

**Homosexualités**

Variations régionales  
*Sous la direction de  
Danielle Julien et Joseph J. Lévy*  
2007, ISBN 2-7605-1471-3, 284 pages

**La surdité vue de près**

*Colette Dubuisson et Christiane Grimard*  
2006, ISBN 2-7605-1449-8, 436 pages

**Trouble déficitaire de  
l'attention avec hyperactivité**

Soigner,  duquer, surtout valoriser  
*Sous la direction de Nicole Chevalier,  
Marie-Claude Guay, André Achim,  
Philippe Lageix et Hélène Poissant*  
2006, ISBN 2-7605-1463-3, 336 pages

**Souffrance et médecine**

*Serge Daneault*  
2006, ISBN 2-7605-1452-8, 180 pages

**Surdité et société**

Perspectives psychosociale,  
didactique et linguistique  
*Sous la direction de Daniel Daigle  
et Anne-Marie Parisot*  
2006, ISBN 2-7605-1407-2, 220 pages

**La santé s'affiche au Québec**

Plus de 100 ans d'histoire  
*Lise Renaud*  
2005, ISBN 2-7605-1344-0, 264 pages

**Histoire des orthophonistes  
et des audiologistes au Québec:  
1940-2005**

Pratiques cliniques, aspirations  
professionnelles et politiques de la santé  
*Julien Prud'Homme*  
2005, ISBN 2-7605-1378-5, 166 pages

**Les traitements antirétroviraux**

Expériences et défis  
*Sous la direction de Joseph J. Lévy,  
Janine Pierret et Germain Trottier*  
2004, ISBN 2-7605-1276-2, 252 pages

**Enjeux psychosociaux de la santé**

*Sous la direction de  
Joseph Josy Lévy, Danielle Maisonneuve,  
Henriette Bilodeau et al.*  
2003, ISBN 2-7605-1233-9, 352 pages









Collection

# SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Sous la direction de Danielle Maisonneuve

**L**es préposés aux bénéficiaires au Québec, tout comme les aides-soignantes en France et en Belgique, réalisent de 80% à 90% des actes de soin envers les patients, et ce, tant dans les centres hospitaliers et les institutions gériatriques qu'à domicile. Or, dans la suprématie du monde du soin représenté par les infirmières et les médecins (le *cure*), leur métier, dévolu largement au travail relationnel (le *care*), reste souvent dans l'ombre. De même, dans la littérature scientifique, leur travail ne fait l'objet que d'un nombre restreint d'études.

Afin de mettre en lumière les éléments fondamentaux du métier de préposé aux bénéficiaires et d'aide-soignante, cet ouvrage réunit différentes études autour de quatre thèmes centraux : 1) le rapport aux patients et aux résidents, 2) l'approche Milieu de vie et la qualité des pratiques, 3) la santé au travail et 4) la professionnalisation des aides-soignantes et des préposés aux bénéficiaires. Pour toutes ces thématiques, explorées tant en contexte québécois que belge et français, l'enjeu soulevé demeure le même : une responsabilisation accrue est imposée aux préposés aux bénéficiaires et aux aides-soignantes, sans tenir compte des conditions permettant de développer leurs compétences et de reconnaître leur pratique. Tous les chapitres font explicitement référence à cette tension, dans l'espoir que des solutions soient trouvées pour la réduire progressivement.

---

FRANÇOIS AUBRY est chercheur d'établissement au centre affilié universitaire du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS). Il est également professeur associé à l'École de travail social de l'Université de Sherbrooke.

YVES COUTURIER est chercheur au centre de recherche sur le vieillissement (CDRV) du CSSS-IUGS et professeur titulaire à l'École de travail social de l'Université de Sherbrooke. Il est également titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie.

## Ont collaboré à cet ouvrage

François Aubry  
Marie Beaulieu  
Marie Bellemare  
Louise Belzile  
Henriette Bilodeau  
Johanne Boivin  
Malika Boudjémaa

Yves Couturier  
Johanne Desrosiers  
Fanny Dubois  
Francis Etheridge  
Isabelle Feillou  
Frédéric Gilbert  
Catherine Gucher

Annie Mollier  
Caroline Pelletier  
Émilie Raizenne  
Geneviève Robert-Huot  
Marie-Josée Robitaille  
Louis Trudel  
Annabelle Viau-Guay

PUQ.CA

ISBN 978-2-7605-4045-3



9 782760 540453