

Les CHSLD en question

Synthèse du colloque

Université Laval, Québec, 4 novembre 2019



Centre de recherche
sur les soins et les services de
première ligne de l'Université Laval

IIIVPSA
Institut sur le vieillissement
et la participation sociale des aînés
de l'Université Laval

UQO
UNIVERSITÉ
DU QUÉBEC
EN OUTAOUAIS

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**
Québec 

Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Auteurs de la synthèse

Éric Gagnon

Chercheur, Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval

Centre d'excellence sur le vieillissement

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Olivier Tremblay-Paradis

Étudiant-chercheur, Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval

François Aubry

Professeur en travail social à l'Université du Québec en Outaouais,

Chercheur au Centre de recherche de l'Institut Universitaire de gériatrie de Montréal

Citation suggérée :

Gagnon É., Tremblay-Paradis O., Aubry F. (2020). Les CHSLD en question. Synthèse du Colloque tenu à l'Université Laval le 4 novembre 2019. Québec: Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval

Ce document peut être reproduit, le contenu de ce document peut être cité à condition d'en mentionner la source.

Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés (2020)

Dépôt légal – 1e trimestre 2020

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN: 978-2-924502-23-5 (version PDF)

Table des matières

Introduction.....	4
1. Présentation du colloque : objectifs et déroulement	5
2. Une vision contrastée.....	7
3. Fragilités	8
Vulnérabilité	8
Ruptures et isolement.....	9
La maltraitance.....	10
4. Faire équipe	10
Au sein des unités de vie	10
La reconnaissance des préposées aux bénéficiaires.....	11
À l'extérieur.....	12
5. Formations et gestion du changement	13
Importance des formations.....	13
Difficultés d'implantation.....	13
Conséquences de la mauvaise implantation.....	14
6. Vers des milieux de vie	15
Une importance trop grande accordée à la maladie et aux soins	15
Espace et aménagement.....	16
Loisirs et plaisirs	17
Conclusion	19
Annexe 1 – Pour aller plus loin :.....	20
Annexe 2 – Programme de la journée.....	23
Annexes 3 – Résumés des conférences.....	24

Introduction

Le 4 novembre dernier se tenait à l'Université Laval un colloque sur les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec. Intitulé *Les CHSLD en question*, il réunissait des personnes provenant de différents horizons, toutes préoccupées par les conditions de vie et de travail dans ces établissements. La qualité des présentations et des échanges, mais également l'importance et l'urgence de repenser les centres d'hébergement, nous ont incités à proposer une synthèse du colloque.

Les CHSLD sont dans la tourmente. Depuis quelques années, ils ont fait l'objet de nombreuses critiques dans les médias, où l'on dénonçait la maltraitance dont seraient victimes des résidents, la piètre qualité des soins ou de la nourriture, le manque de personnel et de sécurité. Les centres d'hébergement font l'objet d'actions en justice, de sorties publiques des syndicats et même de discussions lors de la plus récente campagne électorale provinciale. Ils suscitent inquiétudes et méfiances au point de devenir un thème courant de conversations privées et un problème social sur lequel le gouvernement doit agir. Ils hébergent des personnes très vulnérables et dépendantes, qui ont besoin d'assistance, de soutien et de surveillance, et dont on s'inquiète pour la sécurité, le confort et la dignité. Dans ce contexte, et dans le prolongement des multiples programmes, orientations ministérielles, visites d'appréciation de la qualité, évaluations et forums, dont les centres d'hébergement ont fait l'objet au cours des deux dernières décennies, nous avons senti le besoin de faire le point et de réunir des personnes qui connaissent bien ces établissements et leurs difficultés, pour en parler et proposer des pistes de solution.

Premier colloque spécifiquement consacré aux centres d'hébergement québécois *Les CHSLD en question* a réuni 145 personnes : des chercheurs et des étudiants de plusieurs universités et centres de recherche, des représentants de différents ministères, des gestionnaires et des intervenants du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et d'autres établissements du Québec, des membres de groupes communautaires, organisations citoyennes et associations intéressés par la condition des personnes âgées. Le colloque s'inscrivait dans le cadre des journées annuelles de l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval (IVPSA). Il a été conçu et organisé par Éric Gagnon et François Aubry, avec le soutien de Mireille Fortier. Il a reçu un appui financier, logistique et scientifique de l'IVPSA, du Centre de recherche sur les soins et services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL) et du Centre d'excellence sur le

vieillesse de Québec (CEVQ) et de la direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) du CIUSSS de la Capitale-Nationale¹.

La présente synthèse ne fait pas le tour de tout ce qui s'est dit lors de la journée ni ne résume chacune des interventions. Ce serait long et fastidieux. Elle porte sur ce qui nous a semblé être les grandes idées qui ressortent des échanges, et les principaux thèmes débattus, ceux qui ont traversé l'ensemble ou une grande partie des conférences, des tables rondes et des périodes de questions. On trouvera en annexe les résumés des communications et un ensemble de références qui permettent au lecteur d'aller plus loin et d'approfondir certains points.

1. Présentation du colloque : objectifs et déroulement

Les chercheurs n'ont pas attendu les polémiques récentes pour s'intéresser à ces établissements. Diverses recherches ont été réalisées ou sont présentement menées, portant sur différents aspects du travail et de la vie en CHSLD : les conditions de travail des préposées et des infirmières, les soins palliatifs, les loisirs, le bénévolat, les médicaments, les relations avec la communauté, etc. Mais ces travaux demeurent dispersés et peu connus. Quels éclairages la recherche apporte-t-elle sur les CHSLD ? Quels enseignements en tirer pour transformer les CHSLD ? Telles sont les questions ou préoccupations qui ont conduit à l'organisation de cette journée. Le colloque poursuivait deux objectifs :

1) Réunir un ensemble de chercheurs, praticiens et usagers afin de croiser différents regards sur les CHSLD et d'enrichir la perspective de chacun avec les observations et analyses des autres. Il ne s'agissait pas d'examiner tour à tour et pour elles-mêmes différents aspects ou différentes pratiques, mais de partir de différents points de vue pour jeter un regard sur les centres d'hébergement dans leur ensemble, leur réalité et leur spécificité, ce qui est le plus déterminant sur le travail et les conditions de vie.

2) Mettre en lumière des réalités à prendre en considération dans tout effort pour repenser les centres d'hébergement, réorganiser le travail, les activités de la vie quotidienne et l'aménagement. Le colloque se voulait une occasion pour discuter et

¹ Les organisateurs du colloque remercient M. Pierre Durand qui a animé la rencontre, Mme Bernadette Dallaire et M. André Tourigny, codirecteurs de l'IVPSA parrain de l'évènement, M. Jean-Pierre Després et Mme Anne Chamberland du CERSPL, qui ont apporté leur soutien à l'organisation du colloque, Mmes Sophie Barsetti, Johanne Deschênes, Isabelle Després du CIUSSS-CN, qui ont rendu possible la participation d'intervenants et de résidents, Mmes Line d'Amour, Dominique Giroux, Danielle Laurin, Danielle Lepage et Annie Vézina du CEVQ qui ont facilité la tenue du colloque.

transmettre un certain nombre de conclusions issues de la recherche, et pour mesurer leurs implications dans la transformation des centres d'hébergement.

Il s'agissait de mettre en dialogue les chercheurs entre eux, mais également les acteurs des centres d'hébergement et le ministère de la Santé et des Services sociaux². Les interventions ne se sont pas limitées à des conférences et à des exposés de résultats de recherche. Le

LES CHSLD

Quelques chiffres. En 2020, on compte 440 CHSLD publics et privés au Québec, dont 403 publics ou privés conventionnés. Ils hébergeaient un peu plus de 37 000 personnes, soit environ 4 % des personnes âgées de 75 ans et plus. La durée moyenne d'un séjour est de 27 mois. La plupart des résidents sont des personnes âgées. La moyenne d'âge des résidents est de 84 ans. 45 % des résidents ont plus de 85 ans, 10 % seulement ont moins de 65 ans.

colloque a débuté par une communication d'une représentante du MSSS, qui a présenté les mesures prises par le ministère pour améliorer la qualité de vie et le travail en CHSLD. Deux tables rondes offraient une tribune aux intervenants et aux usagers des centres pour qu'ils fassent entendre leur point de vue et réagissent aux interventions des chercheurs. La première table a réuni une infirmière, un médecin et un préposé aux bénéficiaires; la seconde donnait la parole à deux résidents, un bénévole et une proche aidante. Ces personnes ont porté un regard

sur les CHSLD à partir de leur propre pratique ou de leur propre expérience, qui faisait souvent écho aux propos des conférenciers, pour les renforcer ou les nuancer. Le colloque a ainsi permis l'expression de multiples préoccupations, idées et visions.

Nous souhaitons également aller au plus près des expériences des résidents, des soignants, des proches, tout en jetant un regard d'ensemble sur les centres d'hébergement, en s'arrêtant sur les dimensions organisationnelles, les programmes, l'environnement, les conditions de travail, les ressources disponibles, qui structurent ces expériences. Nous voulions éviter les analyses très pointues portant sur des pratiques ou programmes particuliers, en privilégiant des points de vue plus larges ou transversaux. C'est ce qui distinguait le colloque d'autres événements, forums ou rencontres qui se sont tenus ces dernières années.

Dans la première partie de la rencontre, en avant-midi, nous nous sommes davantage intéressés au travail en CHSLD, au rôle des gestionnaires, des préposés aux bénéficiaires, des médecins et des infirmières, aux défis auxquels ils sont confrontés. Dans la seconde partie, en après-midi, notre attention s'est déplacée vers les résidents et leurs proches. Mais il va sans dire qu'on ne peut parler intelligemment des uns sans parler des autres, et que la relation

²Voir le programme et les résumés des présentations en annexe.

entre le personnel et les résidents fut au centre de toutes nos discussions, en ne perdant jamais de vue le contexte organisationnel dans lequel cette relation s'établie.

2. Une vision contrastée

Les propos tenus lors du colloque ont donné une image d'ensemble des CHSLD nuancée et tout en contraste. Loin des représentations monolithiques – négatives ou positives – ce sont des centres d'hébergement traversés par des contradictions que nous avons découverts, des situations paradoxales et des expériences de vie et de travail souvent ambivalentes ou en tension.

Tous les participants s'entendaient sur une série de grands problèmes auxquels font face les centres d'hébergement aujourd'hui. Le premier, et le plus important, est le manque et le roulement important de personnel soignant. Les équipes réduites affectent d'abord le personnel lui-même, qui voit sa charge de travail accrue, s'épuise et se blesse davantage. Les personnes sont moins satisfaites de la qualité de leur travail et n'ont pas toujours le sentiment de donner les soins et services adéquats. Le manque d'effectif et le roulement du personnel affectent également les résidents, dont les besoins ne sont pas toujours satisfaits de manière adéquate (ex : usage des protections plutôt que d'aller à la toilette). Les relations avec le personnel en pâtissent : l'écoute est moins grande, les interventions plus rapides, les services plus impersonnels. La seconde grande difficulté est la vulnérabilité des personnes qui y sont hébergées et la grande dépendance dans laquelle elles se trouvent (incapacité à faire soi-même, incapacité à dire, à se défendre); une vulnérabilité et une dépendance propices à la solitude et à l'ennui, et qui les exposent à la négligence et à la maltraitance. Enfin, la troisième difficulté, liée en grande partie aux deux premières, est l'image négative des CHSLD dans les médias et la méconnaissance du travail de soins qu'on y réalise. Si on y dénonce des choses qui doivent l'être, on passe sous silence bien des réalités. Ce que font et savent faire les préposées, par exemple, est peu valorisé. Ces trois grandes difficultés étaient à l'arrière-plan de toutes les interventions, explicitement ou non.

Mais, par-delà le consensus sur ces difficultés, les conférenciers et les panélistes ont donné du travail et de la vie en CHSLD des images fort contrastées. Si l'un insistait sur le travail réalisé avec intelligence, tact et savoir-faire par les préposées aux bénéficiaires, un autre mettait l'accent sur la négligence et la maltraitance. Si une analyse portait sur les contraintes subies par le personnel, un témoignage mettait en lumière des initiatives pour en limiter les répercussions négatives. Si une description de la vie quotidienne dans les centres insiste sur la routine et la lenteur, une autre souligne la désorganisation constante des équipes engendrée par le manque de personnel. Dans certains centres d'hébergement, on semble parvenir à surmonter les difficultés, en partie du moins, alors que d'autres sont véritablement en crise. Une présentation insistait sur la solitude des résidents, alors qu'une autre mettait en évidence la présence des proches et des bénévoles. La passivité et l'ennui des résidents furent soulignés, mais le plaisir et la joie le furent également, et une résidente nous a étonnés par son autonomie et ses initiatives, malgré ses grandes limitations. Les centres furent comparés à

des prisons, on a dit qu'ils étaient conçus selon un modèle asilo-industriel, mais un résident a surpris tout le monde en déclarant qu'il était dans une meilleure situation que sa femme demeurée à domicile, et qu'il ne voudrait pas vivre ailleurs qu'au centre où il se trouve.

Il n'y a pas à départager entre ces différents jugements et représentations. Elles ont toutes leur part de vérité, elles traduisent toutes des expériences réelles. Ce qu'il faut plutôt chercher à comprendre, c'est leur coexistence : la complexité des situations et la manière dont les phénomènes, en apparence contradictoires, se renforcent parfois les uns les autres. Ainsi, comme l'ont souligné É. Gagnon et N. Jeannotte dans leur présentation, si les préposées aux bénéficiaires tantôt affichent un regard neutre et impassible, tantôt adoptent une attitude extrêmement chaleureuse et affectueuse à l'égard des résidents, c'est en raison des conditions dans lesquelles elles se trouvent : l'impassibilité comme la très grande familiarité sont deux manières de résister et de surmonter le manque de temps et les difficultés dans les relations avec les résidents. Si les formations et les programmes ne donnent pas entièrement les résultats escomptés, ce n'est pas nécessairement qu'elles sont inappropriées, mais parce qu'on ne parvient pas à les implanter et les intégrer complètement, comme l'ont montré F. Aubry, N. Jauvin et F. Etheridge. L'approche personnalisée de soins et l'approche milieu de vie en sont de bons exemples; très appréciées du personnel, elles ne sont que partiellement mises en œuvre.

Que ces contrastes et ces nuances soient ressortis, cela tient en grande partie à l'orientation donnée au colloque et aux préoccupations des personnes qui ont pris la parole. Tant les organisateurs que les conférenciers étaient préoccupés par l'expérience des individus – résidents, soignants, proches –, par la signification qu'ils donnent à leur travail ou leur situation, et par les contraintes qui pèsent sur celles-ci. Cette expérience et cette signification ne peuvent s'exprimer à travers une liste de tâches à exécuter ou de besoins à combler, ou encore des indicateurs de performance et «facteurs facilitants», mais à travers des témoignages et des parcours de vie, à travers des récits de situations vécues, la description d'espaces de vie, d'interactions, d'échanges et de sentiments (impuissance, compétence, reconnaissance). De tels récits et de tels tableaux sont très souvent contrastés et nuancés.

3. Fragilités

Vulnérabilité

En raison des politiques visant à maintenir les personnes le plus longtemps possible chez elles et à retarder, sinon à éviter, le placement en centre d'hébergement, mais également en raison des places limitées et des listes d'attentes, les personnes hébergées sont beaucoup moins autonomes qu'autrefois. Elles ont beaucoup plus de limitations, elles souffrent davantage de troubles cognitifs et elles se trouvent souvent à un stade plus avancé de la maladie. Elles nécessitent davantage d'aide et peuvent avoir besoin de deux personnes pour se lever et s'habiller, par exemple.

Cette moins grande autonomie, couplée à un manque de personnel, accroît les difficultés des résidents, qui trouvent moins facilement et moins rapidement réponse à leurs besoins. Elles doivent attendre parfois longtemps pour être levées ou pour aller à la toilette. Les soins d'hygiène sont plus espacés ou raccourcis. Les résidents ont souvent plus de difficultés à s'exprimer et le personnel a moins de temps pour les écouter et les comprendre.

À leur façon, É. Gagnon et N. Jeannotte ont décrit la vulnérabilité des résidents par leur manque d'autonomie, leur vulnérabilité accrue, leur dépersonnalisation et le manque d'attention. Tout ce qui fait leur humanité, et dont la reconnaissance contribue à en faire des personnes à part entière est restreint ou menacé : leur *autonomie* ou leur capacité de décider ou d'entreprendre, leur *vulnérabilité* et la protection nécessaire pour se sentir en sécurité, leur *individualité* ou la singularité de leur histoire, de leurs besoins et de leurs désirs, et *l'empathie*, l'attention accordée à soi et aux autres. La menace ne vient pas seulement de leur condition physique et de la maladie, mais de l'organisation des centres (des mesures de sécurité restrictives, uniformisation des horaires et des tâches) et des limites que rencontre le personnel (manque de temps).

Ruptures et isolement

Le placement en centre d'hébergement contribue en lui-même à accroître la vulnérabilité des personnes. Celles-ci doivent, en effet, faire le deuil d'une grande partie de leur vie : de leur chez-soi, de leurs meubles et de leurs biens, de leurs relations sociales et de leurs habitudes quotidiennes, de la cohabitation et de la vie intime avec leur conjoint. Le placement entraîne une coupure avec leur passé, les prive des activités et des objets sur lesquels prend appui la mémoire et qui donnent à leur vie sa singularité. Il accroît l'isolement social, diminue les relations avec la famille et les amis. Il crée une forme de séparation avec le monde «extérieur» : les activités, les échanges, les conversations et les soucis quotidiens des autres.

Plusieurs interventions lors du colloque ont attiré l'attention sur les transitions d'un milieu à un autre, de la maison à la résidence et au centre d'hébergement. Ces transitions ont un effet délétère sur les personnes âgées (deuils, fortes émotions, déclin, fatigue, mort). Elles doivent être minimisées et leur effets atténués, les départs et l'accueil dans les centres repensés, le personnel mieux formé pour recevoir les nouveaux, note F. Camiré, ou faire face à leur «départ», c'est-à-dire, leur décès. Cette préoccupation pour les transitions et bouleversements vécus par les personnes invite à représenter les services en fonction des besoins des individus tout au long de leur trajectoire et de leur vie, estime Y. Couturier.

Les transitions soulèvent la question de la place des proches aidants. Dans son témoignage, N. Leblond a souligné plusieurs aspects de leur rôle : réduire l'isolement, faciliter la participation du résident aux activités du centre, exercer une surveillance. La place des proches aidants en CHSLD est également ressortie des échanges sur le travail en équipe et le milieu de vie (voir plus bas), mais il faut reconnaître qu'elle fut trop brièvement abordée lors du colloque.

La maltraitance

La vulnérabilité et l'isolement favorisent la maltraitance, qu'elle soit institutionnelle ou individuelle, intentionnelle ou non intentionnelle. La maltraitance est caractérisée par une relation de pouvoir entre un intervenant et un résident, ou encore, entre un proche aidant et un résident. La présentation de M. Couture, M. Alary et S. Israel a permis de faire le point sur la question. L'identification de la maltraitance et l'instauration de mesure pour la prévenir requièrent du temps, des outils et de la formation. L'organisation doit en faire une priorité.

4. Faire équipe

Au sein des unités de vie

Il n'y a pas que les résidents qui soient fragiles. Le personnel des CHSLD et les équipes le sont également. Cette fragilité s'est notamment exprimée autour de la cohésion des équipes et de la nécessité de travailler davantage ensemble, dans la reconnaissance et le respect de chacun.

C'est au sein des unités de vie qu'il importe d'abord de faire équipe. F. Aubry et N. Jauvin ont souligné un manque de communication et de coordination entre les soignants. Le roulement du personnel, le manque d'espace et de temps pour échanger et la charge de travail rendent cette communication et cette coordination difficiles, nuisent à la solidarité et au soutien entre les membres d'une même équipe. La qualité des soins s'en ressent : les préposées et les infirmières connaissent moins les besoins de chaque résident et les changements de leur condition et du plan d'intervention.

J. Germain, médecin, a insisté sur le fait qu'elle a besoin des préposées aux bénéficiaires pour pratiquer une bonne médecine (afin de connaître l'évolution de leur condition, de leurs symptômes, de leurs réactions aux traitements) et que les préposées ont besoin d'elle pour prendre soin convenablement des résidents (afin d'avoir le bon diagnostic pour établir le bon protocole, donner les soins adéquats, faire les bons déplacements). Une meilleure communication permettrait de « ramer dans le même sens ». Les résidents des CHSLD ont des besoins multiples et, du fait de leur fragilité, ils nécessitent des soins complexes. La communication est d'autant plus importante que l'information sur l'état de santé des résidents est de plus en plus grande. Des accidents peuvent découler de ce manque de coordination, d'échanges et de soutien.

F. Camiré a indiqué qu'il faut du temps pour faire équipe, mais que le temps pris à la coordination et aux échanges n'est pas perdu. Au contraire, il permet d'en gagner plus tard en donnant des soins plus adaptés, de meilleure qualité et de manière plus efficace. J. Germain mentionne qu'une période supplémentaire de rencontres a été ajoutée là où elle travaille.

La question de la communication se pose également avec les familles et les résidents. F. Etheridge estime que les relations entre le personnel, les familles et les résidents sont marquées par une « communication pauvre, une faible quantité de relations avec les proches

et un manque de confiance mutuelle ». Or, les familles jouent (ou peuvent jouer) un rôle important dans le quotidien des résidents, de par leur connaissance des résidents (leurs besoins, leurs conditions, leurs histoires, leurs préférences) et le soutien qu'elles leur apportent au quotidien. Elles ont aussi besoin d'être informées sur l'évaluation de la condition de leur proche, le plan de traitement, les soins offerts, les services offerts. Malgré leur importance sur les plans humains et médicaux, les familles ont de la difficulté à obtenir les informations sur l'état de santé de leur proche en CHSLD. Il importe de faire davantage équipe avec les familles.

La reconnaissance des préposées aux bénéficiaires

Faire équipe passe par une véritable reconnaissance des compétences, des savoirs faire et du travail des préposées aux bénéficiaires. Celles-ci n'ont toutefois pas le sentiment que leurs compétences sont reconnues; elles ont plutôt le sentiment d'être invisibles.

Les préposées prennent très peu part à l'élaboration des plans d'intervention et elles se font moins entendre que les autres intervenants lors des réunions d'équipe. L'instabilité et le roulement des employés constituent un premier facteur explicatif. Mais surtout, les préposées exercent un métier de l'ombre; elles ont le sentiment [d'être] invisibles aux yeux des professionnels », rapportent F. Aubry et N. Jauvin. Cela explique également qu'elles ne voient généralement pas l'intérêt de prendre la parole dans un tel contexte d'invisibilité. Elles sont plutôt portées par un sentiment de méfiance. Cela engendrerait aussi un manque de solidarité entre les préposées elles-mêmes.

Les personnes qui ont abordé cette question lors du colloque étaient toutes d'accord quant au fait qu'il faut intégrer davantage les préposées dans les processus décisionnels, la gestion quotidienne du travail et les réunions d'équipe. F. Camiré a proposé que davantage de responsabilités leur soient confiées afin qu'elles *aient* à participer aux réunions (étant donné leur imputabilité). Y. Couturier a toutefois émis des réserves quant à cette proposition, avançant que plus de responsabilités pouvaient fragiliser les préposées alors qu'elles le sont déjà (débordées et fatiguées). F. Aubry et N. Jauvin soutenaient quant à eux que certaines conditions favorisent le travail en équipe : le style de gestion et d'animation des équipes favorise la participation, la structure et la vie des équipes favorise le soutien, la reconnaissance aide à avoir sa place et à la prendre.

On dit souvent que les préposées aux bénéficiaires sont les yeux et les oreilles des infirmières : ce sont elles qui connaissent le mieux les résidents, leurs besoins, leurs malaises et leurs difficultés, l'évolution de leur santé et de leur condition générale, et elles peuvent en informer les infirmières. Mais comme le faisait remarquer J. Fournier, lors de la première table ronde, les yeux et les oreilles sont avant tout les leurs. Les préposées ne servent pas qu'à enregistrer et transmettre des informations : elles sont capables de comprendre ces informations, de les évaluer et d'ajuster leurs interventions, elles sont souvent capables de juger des mesures à prendre. Ce sont des soignantes à part entière, pas simplement les yeux et les oreilles des autres, pas uniquement de simples auxiliaires et exécutantes. J. Fournier invitait d'ailleurs les

participants du colloque à trouver un nouveau titre ou appellation pour les désigner, « préposé aux bénéficiaires » ne permettant ni de comprendre ni de valoriser ce qu'elles font réellement.

LES PRÉPOSÉES AUX BÉNÉFICIAIRES

Au total, 42 000 préposées aux bénéficiaires travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux, dont la majorité (environ 60 %) œuvre dans les CHSLD, où elles constituent la plus grande proportion des soignants et dispensent 80-90 % de tous les soins. Environ 80 % des préposées sont des femmes. Sur le plan des accidents et des problèmes de santé, elles sont principalement touchées sur le plan psychologique par la dépression et les troubles d'adaptation, et sur le plan physique, par des lésions et des maux de dos. Ces troubles, particulièrement élevés, se traduisent par un fort taux d'absentéisme, soit près de 4 % selon les chiffres de la CNESST.

À l'extérieur

Le « faire équipe » doit être étendu aux relations avec les services et organisations avec lesquels les CHSLD collaborent. Les présentations et de nombreuses interventions des auditeurs du colloque permettent d'identifier deux autres lieux avec lesquels il serait bénéfique d'améliorer la coopération/coordination et la communication.

D'abord, les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Il faudrait faciliter la transmission d'informations avec les hôpitaux, les médecins de famille et d'autres acteurs du réseau. Selon J. Germain, la chasse aux informations peut être ardue, d'autant plus que les résidents et la famille ne sont pas toujours capables d'aiguiller les médecins. La santé des résidents est aujourd'hui plus fragile. Ceux-ci sont davantage appelés à fréquenter les hôpitaux pour des examens, des chirurgies et des urgences, et le suivi est parfois difficile à faire. Les soins ne sont pas toujours prodigués par le même médecin, voire dans la même institution.

Ensuite, le milieu communautaire. Un meilleur arrimage avec celui-ci peut être également bénéfique. Si cet enjeu ne fût pas abordé par les présentateurs ou durant les tables rondes, ce sont les auditeurs qui, par leurs questions et leurs commentaires ont nourri cette réflexion. Il est difficile pour les organismes communautaires d'organiser des activités pour les résidents des CHSLD. Pourtant, ceux-ci offrent des activités pensées spécifiquement pour le profil des résidents.

5. Formations et gestion du changement

Importance des formations

Les formations dispensées au personnel des CHSLD ont beaucoup retenu l'attention. Comme l'a rappelé S. Cayer, de nombreuses formations via différents programmes ont été conçues au cours des dernières années pour améliorer la qualité de vie et la qualité des soins, et soutenir le personnel. Les plus connues sont l'approche milieu de vie et l'approche relationnelle de soins, mais il y en a plusieurs autres comme celles touchant notamment les soins buccodentaires et le recours aux interventions non pharmacologiques.

M. Couture et H. Carbonneau ont toutes deux insisté sur l'importance des formations pour améliorer la qualité de vie. Pour la première, les outils de sensibilisation des praticiens à la maltraitance permettent de corriger les fausses idées, qui sont en elles-mêmes un facteur de risque de la maltraitance, en plus d'améliorer la vigilance et la capacité des personnes à rapporter les situations de maltraitance. Pour la seconde, en plus de donner aux intervenants les outils adéquats, l'approche par le plaisir permet d'identifier, de valoriser et de partager les « savoirs discrets », c'est-à-dire les connaissances et les pratiques développées par les intervenants eux-mêmes, qui facilitent les relations avec les résidents et qui améliorent leur qualité de vie.

Difficultés d'implantation

Cependant, si essentielles soient les formations, de nombreuses réserves ont été émises quant à leur réelle implantation. Y. Couturier avance que 70 % des innovations que les organisations tentent de mettre en place tombent à plat (Balogun et Hailey, 2004). Cet enjeu était au cœur de deux présentations.

La première difficulté, soulignée par F. Aubry et N. Jauvin, est le manque de participation des personnes ciblées par les formations, le manque d'ancrage et le contexte organisationnel. Pour que les formations soient mises en place, il est important que les intervenants se consultent et se coordonnent, et que des espaces de discussion et de décision soient mis à leur disposition. L'étude d'implantation des *principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires* (PDSB) a révélé que les préposées doivent développer diverses stratégies afin de concrétiser ces principes sur le terrain, comme « la hiérarchisation des tâches et la réduction du temps nécessaire pour arriver à faire ce qui est prescrit », des stratégies « relationnelles » et les « savoirs discrets », qui facilitent les interactions quotidiennes. Ces stratégies et ces savoirs varient non seulement d'un centre à l'autre, mais d'une unité de vie à une autre. Or, pour être efficaces, ces stratégies doivent être connues de l'ensemble des préposées et être coordonnées avec les autres soignants. Un espace laissé au *collectif de travail*, soit à l'ensemble des praticiens, est donc nécessaire.

Cet espace n'est toutefois pas suffisant si le collectif de travail est déjà « fragilisé ». Quatre facteurs contribuent à fragiliser les collectifs : 1) l'intensification de la charge de travail et le taux élevé de roulement du personnel, qui rendent difficile la négociation quotidienne entre la charge de travail élevée et les ressources disponibles, 2) la faible autonomie décisionnelle des préposées et le fait qu'elles sont peu consultées par les chefs d'unité, 3) le manque de reconnaissance du travail des préposées, tant au sein des CHSLD que dans l'ensemble de la société et 4) le manque de soutien social de la part des pairs (collègues et supérieurs). Plusieurs études convergent dans leur diagnostic quant à la fragilisation du personnel soignant, touché individuellement et collectivement par ces phénomènes, quoique de manière variable selon les établissements et les équipes.

La seconde difficulté liée à l'implantation des formations, étudiée par F. Etheridge, est le manque de temps dont disposent les gestionnaires. Leur attention est entièrement prise par les affaires courantes, ce qui les empêche de se consacrer adéquatement à l'implantation de nouvelles pratiques. Le rythme des changements dicté par le ministère est élevé, ce qui rend la mobilisation des équipes plus difficile, une observation également faite par F. Camiré durant la première table ronde. L'imputabilité des gestionnaires quant à la mise en place des nouvelles pratiques est plus grande, en même temps que leur autonomie diminue, ce qui crée une forte tension. Finalement, les gestionnaires ont une perception mitigée des avantages associés à l'instauration des formations et des programmes ministériels. En effet, les bénéfices associés à ces changements sont perçus comme étant surtout externes aux CHSLD, comparativement aux difficultés qu'ils engendrent à l'interne. L'intégration reste superficielle, suffisamment pour satisfaire à certains indicateurs, mais pas assez pour obtenir des gains et améliorations significatives sur les soins et le travail.

Conséquences de la mauvaise implantation

Outre l'incapacité à générer toutes les améliorations que pourraient apporter les formations et les programmes, leur mauvaise implantation a des effets pervers :

- 1) Elle produit des incohérences entre les anciennes manières de faire persistantes et les nouvelles qui s'y ajoutent, sans qu'on ait les leviers pour corriger les incohérences. Les effets de la formation sont limités et d'anciennes pratiques très utiles sont remplacées par des nouvelles moins efficaces;
- 2) Elle génère des résistances du personnel à adopter les nouvelles pratiques, dont ils ne comprennent pas l'utilité ou les bénéfices, du fait de l'absence d'une réelle appropriation. La formation n'est plus vue comme un outil, mais comme une tâche supplémentaire;
- 3) Le « processus d'implantation perd de son dynamisme : les actions qui doivent normalement améliorer la situation sont d'une faible force et ont conséquemment un faible impact. S'installe au sein des équipes une fatigue face aux changements. Les capacités à s'engager dans un processus d'amélioration s'en trouvent diminuées et le cercle vicieux se maintient. Une « diminution de la réceptivité au changement » est observée par F. Etheridge. Les employés ont le sentiment que la vision de

l'organisation est instable, ce qui se répercute sur la main-d'œuvre également instable. L'arrivée de nouveaux programmes, sans que les ressources et l'espace nécessaires ne soient rendus disponibles, renforce le cercle vicieux;

- 4) On ne retrouve au sein des équipes que des « débris de formation », des éléments de programmes, des documents peu consultés, des pratiques inégalement répandues ou partiellement assimilées.

Pour remédier à la situation et favoriser une meilleure implantation des formations, plus dense et plus durable, il importe: 1) de mieux comprendre et de reconnaître la spécificité et le contexte particulier des CHSLD – le travail et les besoins sont différents des autres établissements de santé, 2) d'accorder une plus grande marge de manœuvre aux centres d'hébergement et à leurs gestionnaires, d'éviter d'homogénéiser les processus et 3) de créer des espaces afin de permettre une meilleure communication et d'améliorer la cohésion entre les soignants.

Il faut mettre en place une vision et des programmes centrés sur le résident, plutôt que sur le contrôle, en revoyant les critères d'évaluation comme le souligne F. Etheridge. Les indicateurs de qualité sont de nature clinique (ex : chutes, plaies), alors que les besoins des résidents sont plus de nature psychosociale (ex : solitude, ennui, impuissance). Les critères d'évaluation des pratiques manquent de raffinement pour répondre à ces besoins (ex : ils mesurent le nombre d'activités de loisirs et non leur adéquation avec les besoins et les capacités des résidents, ou le nombre de bains plutôt que la qualité du soin d'hygiène). Les règles et prescriptions sont disproportionnées en fonction des ressources disponibles et des capacités du personnel. Enfin, les critères d'évaluation de mise en œuvre des programmes se fondent sur une documentation écrite qui encourage les organisations à rédiger des documents et remplir des formulaires, plutôt que de travailler à des améliorations effectives et significatives.

6. Vers des milieux de vie

Une importance trop grande accordée à la maladie et aux soins

Les centres d'hébergement ne sont pas des hôpitaux. Si plusieurs participants au colloque ont tenu à le rappeler, c'est que ça ne va pas de soi. La prestation des soins y occupe en effet une grande place et retient parfois toute l'attention (dans les médias ou les programmes gouvernementaux). Plus largement, comme l'ont montré É. Gagnon et N. Jeannotte, l'organisation du travail détermine l'ensemble de la vie en centre d'hébergement : l'horaire des activités, y compris les loisirs, les visites et le temps libre, les réponses apportées aux demandes des résidents et les besoins qui sont satisfaits en priorité, les relations entre le personnel, les résidents et les familles, l'aménagement des lieux, etc. Dans les faits, les CHSLD sont d'abord des milieux de travail et de soins, avant d'être des milieux de vie.

Que la vie des centres soit centrée sur l'organisation du travail et la dispensation des services contribue à accroître la dépendance et la passivité des résidents, qui deviennent avant tout

des bénéficiaires de services. Elle accroît la routine, la dépersonnalisation des lieux et des services. Elle réduit la communication et les échanges inutiles à l'exécution du travail et la solitude des résidents. Le manque et le roulement du personnel renforcent ce phénomène, obligeant tant le personnel soignant à se concentrer sur la dispensation de services et le personnel administratif sur l'organisation du travail. Le fait que les résidents soient moins autonomes que par le passé a eu pour effet d'accroître le temps et les énergies consacrées aux soins, mais c'est surtout la perspective dans laquelle les centres sont pensés et organisés qui en fait des établissements de soins de santé plus que des milieux de vie.

Comme l'ont souligné É. Gagnon, N. Jeannotte et F. Etheridge, les règles de sécurité (prévenir les fugues, l'étouffement, la contagion, les chutes) sont nombreuses et leur application uniforme. Cela nuit à la qualité de vie des résidents, qui mangent une nourriture moins appétissante ou voient leurs déplacements et leurs sorties limitées.

Tous s'entendent pour dire qu'il faudrait faire beaucoup plus et repenser les centres d'hébergement pour en faire de véritables milieux de vie. Dans sa présentation, P. Voyer a rappelé les résultats de quelques études menées dans divers pays qui montrent que les résidents sont souvent contents des services reçus et apprécient le personnel, mais qu'ils s'ennuient, se sentent isolés, voire en captivité, impuissants, inutiles et pas du tout chez eux. C'est également ce qui ressort de l'étude menée au Québec par É. Gagnon et J. Jeannotte, qui décrivent le placement en centre d'hébergement comme un « éloignement du monde ».

De nombreuses activités et initiatives favorisent la création d'un milieu. M. Gérardin, bénévole, et N. Leblond, proche aidante, ont donné un bel aperçu de ce qu'ils apportent aux résidents en dehors des soins et des services pour leur rendre la vie plus agréable. S. Mercier, résidente, a montré comment elle s'implique dans la vie de l'ensemble des résidents. Plusieurs chercheurs ont souligné l'engagement des préposées et la manière dont elles parviennent, malgré les contraintes et les difficultés, à humaniser les soins. Il reste cependant beaucoup à faire, un tournant doit être pris.

Espace et aménagement

Outre l'état de délabrement de certains édifices souligné par les deux résidents qui ont pris la parole, leur architecture et leur aménagement n'ont pas été conçus pour des milieux de vie. Ils favorisent l'ennui, la dépersonnalisation et le manque d'intimité : de longs corridors, des chambres alignées et un poste infirmier d'où l'on assure la surveillance, peu d'espaces pour recevoir les familles, des moyens de contentions et de contrôle visibles, des espaces communs peu invitants, des freins à la circulation à l'intérieur du centre (étages et ascenseurs).

Il y aurait lieu, comme nous y invitait P. Voyer, à s'inspirer des Villages Alzheimer, *Greenhouse* ou autres maisonnées pour personnes âgées qui ont des incapacités importantes, construites au Québec et ailleurs dans le monde. Ces résidences ont des espaces communs plus ouverts, une plus grande proximité avec la nature (animaux, végétation), des espaces de rencontre qui favorise interactions et sociabilité, des espaces de jeu pour les enfants en visite, des cuisines

accessibles, des horaires plus souples. Elles offrent la possibilité pour les résidents de participer à des activités (repas, ménage, entretien du jardin, etc.). Elles ont une décoration, une fenestration et un aménagement plus résidentiels. Elles sont plus ouvertes sur l'extérieur, plus accueillantes pour les visiteurs, elles permettent aux résidents de mieux recevoir leurs proches, d'être moins coupés de leur famille, de leur passé, du monde environnant. Cet aménagement rapproche la vie en centre d'hébergement de celle vécue chez-soi, de la vie quotidienne ordinaire. Les milieux de vie plus petits, d'apparence résidentielle, freinent ou ralentissent le déclin fonctionnel, maintiennent la santé cognitive, réduisent anxiété et affects négatifs, diminuent les hospitalisations, améliorent en somme la qualité de vie.

P. Voyer concluait sa présentation en soulignant le fait que les petites résidences coûtent, par résident, moins chers que les CHSLD. Il est également possible de rénover sans tout défaire. Selon lui, il n'y a aucune raison de ne pas changer l'aménagement des CHSLD. Il faut cependant éviter, selon plusieurs participants, de créer un système à deux vitesses : des centres neufs et attrayants d'un côté, auxquels un petit nombre a accès, et des centres anciens, vétustes et inhospitaliers pour le plus grand nombre.

Ces observations sur l'aménagement rejoignent celles des autres conférenciers portant les besoins des résidents et le travail des préposées : le personnel devrait avoir plus de temps pour parler avec les résidents, les écouter et échanger. Il faut une plus grande souplesse dans son emploi du temps, afin de s'ajuster aux besoins, particularités et désirs de chacun.

Loisirs et plaisirs

Dans le même esprit, une attention particulière fut accordée aux loisirs et aux plaisirs, principalement dans la conférence de H. Carbonneau, mais également dans celle de P. Voyer et dans les témoignages de M. Gérardin (bénévole) et de J. Pelletier (résident).

On a raconté une sortie à la pêche, au cours de laquelle un résident atteint d'une démence, ancien pêcheur, retrouvait ses habilités et son plaisir. On a parlé d'un centre où il est possible pour un résident de recevoir ses invités dans une salle avec un bar et aménagée pour prendre un verre. On a évoqué divers jeux et activités, et toute une série de conduites et de stratégies des soignants, qui créent des moments plaisants, provoquent le rire, rendent la vie de tous agréable : chanter une chanson, prendre soin des plantes, regarder ensemble des photographies, etc.

L'approche par le plaisir dans les soins et services a fait l'objet d'une présentation particulière par H. Carbonneau. Cette approche vise l'organisation d'activités de loisirs moins axées sur la performance, davantage centrées sur le moment présent et le contact avec la personne, favorisant le bien-être et les émotions positives. Ce sont souvent des activités très simples (« pas besoin de réinventer la roue »), qui ne nécessitent pas nécessairement de grands moyens, et qui reposent souvent sur la mémoire affective et auxquelles peuvent participer les résidents atteints de troubles cognitifs. Ce sont des activités profitables aux résidents, mais

également aux familles et à l'ensemble du personnel qui y trouvent plaisir, gratification, sentiment d'efficacité et d'utilité, qui donnent sens à leur présence et à leur travail.

Il s'agit également de travailler davantage avec les organismes communautaires environnants, et de s'appuyer sur ce que les intervenants font déjà, leur imagination, leur intelligence et leurs habiletés. Les intervenants en loisir ont un rôle important à jouer. Mais les préposées, les infirmières, les médecins, les bénévoles, les proches aidants, les préposés à l'entretien et le personnel des cuisines peuvent également contribuer à faire des centres de véritables milieux de vie. Là encore il s'agit de reconnaître les savoirs discrets et travailler davantage en équipe, sans accroître une charge de travail déjà trop lourde.

Conclusion

Les centres d'hébergement et de soins de longue durée ne sont pas les endroits déshumanisants décrits dans certains médias. Mais y vivre et y travailler est difficile, souvent très difficile.

Les difficultés rencontrées étaient présentes avant l'actuelle pénurie de main-d'œuvre, dont il fut beaucoup question lors du colloque, bien que celle-ci ait pour effet de les accentuer. Comme le soulignait J. Fournier dans son intervention, la « crise ne doit empêcher de penser l'avenir et de régler les autres problèmes auxquels font face les CHSLD ». Ces difficultés se retrouvent dans tous les centres d'hébergement, les très grands comme les plus petits, dans les grands centres comme en zone rurale, dans les anciens hôpitaux reconvertis comme dans les nouvelles installations appelées « maisons ». Partout la question du « faire équipe » et de la communication entre les diverses personnes concernées (préposés, infirmières, médecins, gestionnaires, proches aidants) se pose. Partout on se demande comment améliorer l'offre de loisirs, améliorer la relation entre le résident et le soignant, réduire la négligence et la maltraitance, avec un succès plus ou moins grand. Si l'environnement physique doit être entièrement repensé et transformé, et s'il est possible de le faire en améliorant sensiblement la qualité de vie des résidents, on ne doit pas le faire sans également revoir les modes de gestions et les critères d'évaluation des services et des soins. Si la formation continue du personnel est essentielle, il faut revoir ses modes d'implantation.

Les CHSLD sont à un tournant de leur histoire. Certains problèmes comme le manque de personnel ont atteint un niveau à ce point aigu, qu'ils appellent une révision complète des pratiques et des changements importants à la vie et au travail en CHSLD. Il revient au gouvernement et à la collectivité dans son ensemble de montrer leur réelle volonté de les transformer.



Crédit photo : [North Metropolitan TAFE](#)

Annexe 1 – Pour aller plus loin :

Références thématiques :

Sur les CHSLD en général

Gagnon, É. et Jeannotte N. (2019). *Vivre et travailler en centre d'hébergement - Un portrait*. Québec, *Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL)*.

http://www.cersspl.ca/fileadmin/user_upload/documentations/fichiers/Portrait_des_CHSLD_-_decembre_2019_VF_01.pdf

Fragilités

Charpentier, M. (2007). *Vieillir en milieu d'hébergement. Le regard des usagers*. Québec, PUQ.

Couture, M., Alarie, M., & Israël. (2019). *Modèle du continuum de gestion des situations de maltraitance envers les personnes âgées : Outil de synthèse*. Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale.

<https://www.creges.ca/programmes-guides-et-outils/>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2018). *État des connaissances : Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie*.

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Qualite_milieu_de_vie.pdf

Wiersma, E. et Dupuis S. (2010). Becoming institutional bodies : Socialization into a long-term care home. *Journal of Aging Studies*, 24(4), 278-291. DOI: [10.1016/j.jaging.2010.08.003](https://doi.org/10.1016/j.jaging.2010.08.003).

Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., and Sethi, D. (2018). The prevalence of elder abuse in institutional settings: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 0(0), 1-10. DOI: [10.1093/eurpub/cky093](https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093)

Faire équipe

Aubry, F., Couturier, Y. (2018). Intégrer une organisation gériatrique comme préposées aux bénéficiaires au Québec : un processus complexe de redéfinition de l'éthique du prendre soin, Dans Gagnon, E. et Anchisi, A., *Aides-soignantes et autres funambules du soin. Entre nécessités et arts de faire* (p. 71-88). PUQ.

Aubry, François et Yves Couturier (dir.). (2014), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes. Entre domination et autonomie*, Québec, PUQ.

Aubry, F., Feillou, I., Torres, M., Ledoux, E., Couturier, Y. et Desmarais, L. (2017). L'influence des rythmes de travail sur l'appropriation et l'application des principes généraux du PDSB par

les préposés aux bénéficiaires dans les centres d'hébergement du Québec. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail (IRSST).

<https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100963/n/contraintes-temporelles-appropriation-deplacement-securitaire-recrues-preposes-beneficiaires>

Jauvin, N. et Allaire, É. (2018). La participation des préposés aux bénéficiaires : un défi individuel, collectif et organisationnel à relever. Dans Anchisi, A. et Gagnon, É. (dir.), *Aides-soignantes et autres funambules du soin* (p.163-171). PUL.

Zhang, Y., Punnett, L. & Gore, R. (2014) Relationships Among Employees' Working Conditions, Mental Health, and Intention to Leave in Nursing Homes. *Journal of Applied Gerontology*, 33(1), 6-23. DOI: [10.1177/0733464812443085](https://doi.org/10.1177/0733464812443085)

Formations et gestion du changement

Alvesson, M., & Spicer, A. (2012). A stupidity-based theory of organizations. *Journal of Management Studies*, 49(7), 1194-1220. DOI: [10.1111/j.1467-6486.2012.01072.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2012.01072.x)

Aubry, F., Etheridge, F., & Couturier, Y. (2013). Facilitating change among nursing assistants in long term care. *OJIN - The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(1). 1-12.

DOI: [10.3912/OJIN.Vol18No01PPT01](https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No01PPT01)

Balogun, J., & Hailey, V. H. (2004). Exploring strategic change. 2. utgave.

Banerjee, A., & Armstrong, P. (2015). Centring care: Explaining regulatory tensions in residential care for older persons. *Studies in Political Economy: A Socialist Review*, 95, 7-28.

DOI: [10.1080/19187033.2015.11674944](https://doi.org/10.1080/19187033.2015.11674944)

Etheridge, F. (2018). Étude des fondements managériaux des difficultés d'amélioration des CHSLD. Savoirs UdeS. <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/12160?show=full>

Vers des milieux de vie

Couturier, Y., Bonin, L., & Belzile, L. (2016). *L'intégration des services en santé : une approche populationnelle*. PUM.

Éthier, S., & Carbonneau, H. (2016). Soutenir la participation en loisir des personnes avec des troubles de la mémoire. *Bulletin de l'Observatoire québécois du loisir*, 13(5), 1-4.

Fortune, D., & Dupuis, S. L. (2018). The potential for leisure to be a key contributor to long-term care culture change. *Leisure / Loisir*, 42(3), 323-

345. DOI: [10.1080/14927713.2018.1535277](https://doi.org/10.1080/14927713.2018.1535277)

Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J., Lacasse-Bédard, J., Desrosiers, J., Therriault, P.-Y., Tourigny, A., Couturier, Y., & Carbonneau, H. (2016). Personalized citizen assistance for social participation (APIC): A promising intervention for increasing mobility, accomplishment of

social activities and frequency of leisure activities in older adults having disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64(May-June), 96-102. DOI: [10.1016/j.archger.2016.01.001](https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.001)

Smit, D., De Lange, J., Willemse, B., Twisk, J., & Pot, A. M. (2016). Activity involvement and quality of life of people at different stages of dementia in long term care facilities. *Aging & mental health*, 20(1), 100-109. DOI: [10.1080/13607863.2015.1049116](https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1049116)

Verbeek, H., Zwakhalen, S. M., van Rossum, E., Kempen, G. I., & Hamers, J. P. (2012). Small-scale, homelike facilities in dementia care: a process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff. *International journal of nursing studies*, 49(1), 21-29. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2011.07.008](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.008)

Zeisel, J., Silverstein, N. M., Hyde, J., Levkoff, S., Lawton, M. P., & Holmes, W. (2003). Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special care units. *The Gerontologist*, 43(5), 697-711. DOI: [10.1093/geront/43.5.697](https://doi.org/10.1093/geront/43.5.697)

Sur les soins palliatifs

Gagnon, É. et Allaire, É. (2018). Une expérience d'accompagnement bénévole en centre de soins de longue durée. *Les cahiers francophones de soins palliatifs*, 18(1), 68-79.

Sur les comités de résidents

Gagnon, É., Clément, M. et Bordeleau, L. (2017). Speaking Out and Being Heard: Residents' Committees in Quebec's Residential Long-Term Care Centre. *Health Care Analysis*, 25(4), 308-322. DOI : [10.1007/s10728-015-0301-3](https://doi.org/10.1007/s10728-015-0301-3)

Les présentations PWP des participants sont disponibles via l'URL suivant :

<https://www.ivpsa.ulaval.ca/publications>

Annexe 2 – Programme de la journée

08h00 : Accueil

08h30 : Mot d'ouverture par Madame Sophie Barsetti, Directrice du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Présentation du colloque

Éric Gagnon et François Aubry

09h15 : Les travaux et orientations du MSSS en matière d'hébergement

Sylvie Cayer

09h30 : Valoriser l'expérience des préposés aux bénéficiaires en CHSLD : un facteur de prévention de leur santé au travail

François Aubry et Nathalie Jauvin

10h00 : Pause

10h15 : Les gestionnaires en CHSLD : font-ils partie du problème ou de la solution?

Francis Etheridge

10h45 : Table ronde : travailler en CHSLD

→ *France Camiré, infirmière* ; Les conditions d'exercice des compétences, un enjeu de cohérence

→ *Jacques Fournier, préposé aux bénéficiaires* ; Repenser le rôle et la fonction de préposé aux bénéficiaires

→ *Judith Germain, médecin* ; Le CHSLD : un milieu de vie pour des personnes qui ont besoin de soins

12h00 : Diner (sur place)

13h00 : Innover dans l'aménagement des CHSLD pour répondre aux besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs proches

Philippe Voyer

13h30 : Vivre en centre d'hébergement et de soins de longue durée : dimensions d'une expérience

Éric Gagnon et Nancy Jeannotte

14h00 : L'identification de la maltraitance en CHSLD : nécessité et complexité

Mélanie Couture, Milaine Alarie, et Sarita Israel

14h30 : Pause

14h45 : L'approche par le plaisir dans les soins et services en CHSLD : une meilleure qualité de vie pour tous

Hélène Carbonneau

15h15 : Table ronde : Vivre en CHSLD

→ *Jocelyn Pelletier et Sylvie Mercier, résidents* ;

→ *Nicole Leblond, proche aidante* ;

→ *Martine Gérardin, bénévole*

16h15 : Mot de clôture par *Yves Couturier* (fin : 16h30)

Valoriser l'expérience des préposés aux bénéficiaires en CHSLD : un facteur de prévention de leur santé au travail

François Aubry, professeur, département de travail social, UQO. Chercheur au Centre de recherche de l'Institut Universitaire de gériatrie de Montréal

Nathalie Jauvin, chercheure, conseillère scientifique spécialisée, INSPQ / professeure associée, département de réadaptation, Université Laval

Les préposés aux bénéficiaires forment la catégorie d'emploi la plus importante en termes de volume de main-d'œuvre en CHSLD. Ils fournissent de 80 à 90 % de l'ensemble des soins d'assistance envers les résidents. Il s'agit aussi de la main-d'œuvre la plus fragilisée en terme de santé et sécurité du travail, ce qui se traduit en un taux d'absentéisme très élevé pour des raisons de blessures ou maladies. D'une part, cette fragilisation tient au fait qu'il s'agit d'un travail physiquement et émotionnellement exigeant. D'autre part, on peut constater un manque d'investissement (financier et humain), particulièrement au niveau de la prévention des risques psychosociaux auxquels sont exposés les préposés dans ces organisations. Un projet porteur en CHSLD devrait viser la valorisation de l'expertise des préposés. À partir d'un exemple concret d'un projet de recherche-action en cours, nous présenterons les conditions et les stratégies favorables à cette valorisation. Nous pensons que cette thématique vient interroger les gestionnaires de CISSS/CIUSSS et les hauts gestionnaires du MSSS sur les modalités organisationnelles (« top down », programmes imposés) à l'œuvre actuellement dans les CHSLD; le projet décrit vient mettre en lumière des principes d'organisation du travail misant sur la participation des employés (latitude décisionnelles, prise de décision), trop peu appliqués auprès des préposés.

Les gestionnaires en CHSLD : font-ils partie du problème ou de la solution?

Francis Etheridge, Ph. D., Consultant, chargé de projet et chercheur, et affilié à Humanique Conseil inc.

Le discours public à propos de la problématique des CHSLD est majoritairement concentré sur leur manque de financement et l'inadéquation des ressources qui en découle (p ex. : ratios soignant/résidents insuffisant, infrastructures désuètes, etc.). L'augmentation du financement octroyé au CHSLD devient ainsi la solution à tous leurs maux. Sans diminuer la valeur qu'aurait l'octroi de plus de ressources pour la clientèle des CHSLD, nos travaux nous ont mené à constater l'ampleur de la sous-potentialisation de leurs ressources actuelles. De notre point de vue, la gestion des ressources affectées au fonctionnement et au développement organisationnel des CHSLD est inefficente. Pourtant, la formation et les habiletés des gestionnaires des CHSLD nous apparaît généralement suffisante. Si les gestionnaires des CHSLD, comme le reste des gestionnaires du réseau de la santé, sont à la fois représentés comme coupables par les acteurs de terrain, incompetents selon plusieurs écrits scientifiques ou superflus par les promoteurs d'une réduction de la bureaucratie gouvernementale, ils nous semblent davantage prisonniers et victimes d'une gouvernance mésadaptée. À notre avis, les connaissances, expériences et habiletés de ces gestionnaires méritent plutôt d'être appréciées comme des solutions latentes à l'amélioration de la performance des CHSLD. Cette présentation aura comme

objectif d'identifier et de décrire les dynamiques systémiques qui influencent les contributions des gestionnaires en CHSLD ainsi qu'à proposer des solutions à leur rehaussement.

Les conditions d'exercice des compétences, un enjeu de cohérence.

France Camiré, infirmière, B. Sc. inf., M. Sc. (adm. de la santé)

La rareté de ressources et la fragilité de la clientèle en CHSLD mettent en évidence le fait que *nous n'avons pas assez de temps pour faire les choses et pour bien les faire*. Cet énoncé renvoie à la nécessité d'orienter différemment la pratique de l'infirmière, mais également celle de toute l'équipe. Comment assurer la prise en compte de tous les aspects relatifs à chacun des résidents dans une optique d'individualisation des services? La nature même des interventions ne correspond pas toujours aux besoins spécifiques de la clientèle et l'affectation des ressources ne permet pas d'assurer une pleine cohérence avec les principes d'action relatifs au milieu de vie auprès d'une clientèle vulnérable. La présentation vise à proposer des principes d'action et des conditions qui permettent de donner du sens à la pratique des infirmières, de la légitimité à l'exercice de leurs compétences et de voir leur contribution sous une nouvelle perspective. De plus, certains aspects de l'organisation seront abordés et discutés sous l'angle de facteurs déterminants favorisant la mise en œuvre de meilleures pratiques en CHSLD.

Repenser le rôle et la fonction de préposé aux bénéficiaires

Jacques Fournier, préposé aux bénéficiaires, Centre d'hébergement Sacré-Cœur, CIUSSS CN

La pénurie de personnel affecte directement l'organisation ainsi que les conditions d'exercice du travail au quotidien pour les préposés aux bénéficiaires (PAB). Les difficultés dans le recrutement ne sont-elles pas symptomatiques d'un certain manque d'intérêt vis-à-vis la fonction de PAB ? Je propose différentes pistes de solutions et de réflexions concernant la redéfinition du poste de PAB, touchant l'organisation du travail, l'implication des PAB aux différents processus organisationnels et décisionnels, dont la formation, la reconnaissance de l'apport et de l'importance de ces acteurs en marge de l'organisation. Mon intervention est le fruit d'une réflexion personnelle, celle d'un PAB impliqué dans l'amélioration des conditions d'exercice du travail et préoccupé par la valorisation du travail de ces acteurs dévoués à une clientèle fragile et en perte d'autonomie.

Le CHSLD : un milieu de vie pour des personnes qui ont besoin de soins

Judith Germain, médecin omnipraticienne Jeffery Hale/St-Brigid's, CIUSSS de la Capitale-Nationale

La pratique médicale en CHSLD n'est pas prestigieuse, mais elle est riche. Les personnes hébergées ont souvent plusieurs problèmes de santé, certains sont clairement diagnostiqués, d'autres non. Le médecin travaille avec toute une équipe qui comprend plusieurs professionnels (personnel infirmier, ergothérapeute, physiothérapeute, pharmacienne), mais aussi des gens tout aussi importants comme les préposés et le personnel de l'entretien ménager.

Où se situe le médecin là-dedans? À travers quelques courtes vignettes cliniques, je souhaiterais donner une idée concrète de la pratique médicale et de ses défis. Pour bien soigner, que ce soit dans un but de guérison ou dans un but de soulagement (palliatif), il faut tenter de préciser les diagnostics, les causes

des symptômes ou problèmes. Or, les diagnostics ne tombent pas du ciel. Certains sont connus, mais pour les autres, il nous faut chercher à partir du questionnaire (souvent pauvre) de l'examen physique, et beaucoup par des observations de toute l'équipe. Parfois, on fera appel aux technologies de la médecine moderne. Les orientations thérapeutiques sont personnalisées et réfléchies selon les opinions exprimées par la personne et par ses proches. Il y a donc une dimension éthique, des valeurs qui se confrontent. Il y a aussi la réalité du terrain qui module des décisions, avec ce fossé entre CHSLD et hôpital, qui demeurent deux mondes souvent étrangers l'un à l'autre. La médecine en CHSLD est donc riche et passionnante, et importante pour le bien-être de nos personnes hébergées.

Innover dans l'aménagement des CHSLD pour répondre aux besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs proches

Philippe Voyer, Professeur titulaire, Responsable de la formation continue, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Chercheur, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une croissance importante du nombre d'aînés atteints de problèmes cognitifs. Le nombre de milieux de vie adaptés aux besoins des aînés atteints de la maladie d'Alzheimer est très limité au Québec. Encore aujourd'hui, la très forte majorité des milieux de soins privés et publics accueillant cette population se limite à des unités de soins inadaptées. En effet, celles-ci ont souvent pour architecture un long corridor au design intérieur terne avec du personnel en uniforme. Est-il possible de faire mieux pour cette population vulnérable dans le contexte québécois? Dans le cadre de cette conférence, on tentera de répondre à cette question en cherchant des réponses à trois niveaux. Le premier niveau sera d'examiner ce que suggèrent les données scientifiques concernant les milieux de vie pour les aînés atteints de problèmes de mémoire. Le deuxième niveau sera de décrire des exemples internationaux qui ont créé des milieux de vie exceptionnels pour les aînés atteints de la maladie d'Alzheimer. Que nous apprennent ces pays qui ont innové en la matière? Et finalement, comme troisième niveau d'analyse, on présentera des milieux de vie québécois destinés aux aînés atteints de problèmes cognitifs qui ont tout pour inspirer le CHSLD de demain, dont particulièrement « Humanitae », un milieu de vie unique au Canada.

Vivre en centre d'hébergement et de soins de longue durée : dimensions d'une expérience

Éric Gagnon, Chercheur, CERSSPL-UL

Nancy Jeannotte, étudiante à la maîtrise en sociologie, Université Laval

Qu'est-ce que vivre en centre d'hébergement? À quoi ressemble la vie des résidents? Nous nous proposons d'examiner quelques-unes des grandes dimensions de l'expérience des résidents afin de cerner ce qui rend leur situation difficile et sur quels aspects nous pouvons agir pour réduire ces difficultés. Les grandes dimensions examinées seront : 1) les multiples deuils que doivent vivre les personnes et la rupture que représente l'admission en centre d'hébergement, 2) la passivité dans laquelle elles sont placées et l'attente et 3) la personnalisation des relations avec le personnel des centres d'hébergement. L'exposé repose sur l'observation des interactions, des conduites, des activités et de la vie quotidienne faite dans cinq centres d'hébergement au cours des cinq dernières années, ainsi que sur des entrevues réalisées avec des résidents, des proches, des bénévoles et des membres du personnel.

L'identification de la maltraitance en CHSLD : nécessité et complexité

Mélanie Couture (conférencière), Ph.D., chercheure d'établissement, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS), CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Milaine Alarie, Ph.D., agente de planification, de programmation et de recherche, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS), CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Sarita Israel, t.s., coordonnatrice du domaine d'expertise en maltraitance, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS), CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Plusieurs personnes âgées vivant en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont victimes de maltraitance, et ce, en dépit de l'obligation du milieu de vie d'assurer la sécurité des résidents, lesquels sont, rappelons-le, en situation de très grande vulnérabilité. Quoiqu'aucune statistique de prévalence ne soit disponible au Québec, les personnes œuvrant au sein des CHSLD rapportent l'existence de ce problème. Selon les statistiques internationales, 33,4 % des personnes âgées vivant en milieu d'hébergement disent avoir été victime de maltraitance psychologique, 14,1 % de maltraitance physique, 31,8 % de maltraitance financière, 11,6 % de négligence et 1,9 % de maltraitance sexuelle (Yon et coll., 2018). Or, ces statistiques découlent de témoignages de résidents étant en mesure de s'exprimer. Considérant que bon nombre de résidents ne peuvent témoigner de leur expérience, il est crucial de mettre en œuvre des processus d'identification de la maltraitance en CHSLD. À partir de données scientifiques, cette présentation vise à définir les processus d'identification de la maltraitance, décrire les difficultés rencontrées en CHSLD et proposer des pistes de solutions.

L'approche par le plaisir dans les soins et services en CHSLD : une meilleure qualité de vie pour tous

Hélène Carbonneau, PhD en gérontologie, Professeure titulaire, Département d'études en loisir, culture et tourisme, Université du Québec à Trois-Rivières

Les émotions positives associées au loisir représentent une opportunité pour rehausser la qualité de vie en CHSLD. Tant les familles, l'équipe de soins, les bénévoles que les intervenants en loisir peuvent intégrer des activités agréables au quotidien facilitant ainsi leur relation avec les résidents. Il ne s'agit pas ici d'animer des activités, mais plutôt d'utiliser le loisir pour entrer en relation avec les résidents au travers un moment agréable. Cela demande de changer nos façons de faire. Les intervenants en loisir doivent s'investir davantage dans leur rôle de multiplicateur et accompagner les familles, les bénévoles et les soignants dans la découverte d'activités simples, propices à générer des émotions positives chez les résidents. Il peut s'agir d'écouter une chanson, d'arroser les plantes, de trier des cartes à jouer ou simplement de regarder des photographies. Ce qui importe, c'est de garder en tête que le loisir doit alors être un facilitant pour l'équipe et non pas une tâche additionnelle.