

Le défi d'un hébergement de qualité

*Michel Bigaouette, conseiller aux établissements,
Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur affaires sociales*

Le recours à l'hébergement de personnes âgées trop vulnérables pour vivre à domicile est une pratique sociale relativement nouvelle pour l'histoire de l'humanité. Notre société ne peut se passer de ses centres d'hébergement. En effet, le vieillissement rapide de la population québécoise, la perte de l'autonomie fonctionnelle attribuable aux maladies chroniques et la baisse marquée de la natalité (diminuant le réseau de soutien naturel des personnes âgées) influencent à la hausse la demande pour l'hébergement qui est devenu l'objet d'un débat de société au Québec. Jusqu'à quel point la vie en hébergement parvient-elle à substituer le milieu de vie naturel et à répondre véritablement aux multiples besoins et attentes?

En 2003, le gouvernement du Québec a fait connaître ses orientations ministérielles en matière d'hébergement de qualité, qui obligent les centres d'hébergement du Québec à s'engager dans une difficile démarche de changement. Elle sera facilitée si le centre d'hébergement considère le personnel comme étant un destinataire clé du changement.

Dans cet article, nous allons nous attarder au défi organisationnel que représente la réalisation d'une démarche qualité visant l'amélioration de la vie en hébergement. Les principes directeurs sont présentés de même que les actions à poursuivre pour atteindre l'objectif d'amélioration.

La mission fondamentale des centres d'hébergement publics et privés conventionnés est de se substituer au milieu de vie naturel de la personne hébergée.

❖ **Substituer le milieu de vie naturel par une démarche de qualité**

La mission fondamentale des centres d'hébergement publics et privés conventionnés est de se substituer au milieu de vie naturel de la personne hébergée¹. Qu'est-ce qu'un milieu de vie substitut? Selon le dictionnaire *Robert*, il faut considérer le milieu de vie comme « *un environnement qui influence le développement d'un individu à partir d'événements et d'activités diverses qui remplissent pour chaque être ses*

espaces de temps ». Le Conseil des aînés (2000) propose la définition suivante : « *un lieu constituant l'adresse permanente d'une personne qui lui donne accès en plus du gîte, au couvert et, généralement, à des services d'aide et d'assistance et même à*

des soins de santé ». Pour La Fédération québécoise des CHSLD (1995), il s'agit 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* ».

Se substituer au milieu de vie naturel n'est possible que si la satisfaction des attentes et des besoins réels de chaque personne hébergée est rencontrée et que la santé et la sécurité du personnel sont assurées. La qualité dans un milieu de vie substitut peut donc se définir à partir des soins et des services offerts. Ces derniers doivent être ajustés aux besoins et aux attentes exprimées ou implicites de la personne hébergée, dispensés au meilleur prix et livrés dans le meilleur délai, dispensés de manière éthique, en accord avec les lois et de manière efficiente.

L'actualité récente a montré que la question de la qualité des soins et des services offerts aux personnes hébergées dans les centres d'hébergement est préoccupante et que des situations d'abus et de maltraitance envers ces personnes ont été rapportées.

Selon Plamondon (1998-2005), il ressort que les abus majeurs (séquestration, assaut grave, viol) sont très rares; les personnes en perte d'autonomie mentale sont les plus vulnérables; 36 % des professionnels disent avoir été témoins d'abus physiques et 81 % des professionnels disent avoir été témoins d'abus psychologiques.

Santé et sécurité du personnel

Favoriser un hébergement de qualité est nécessaire pour améliorer la santé et la sécurité du personnel également. Les accidents du travail et les maladies professionnelles du personnel constituent un problème chronique. C'est dans les centres d'hébergement que le taux d'incidence des lésions professionnelles indemnisées est le plus élevé, et ce, depuis 1983. En 2000, ce taux était de 11 % dans les centres d'hébergement alors que la valeur de ce taux était de 5 % pour l'ensemble du réseau. Les lésions professionnelles indemnisées affectent particulièrement les soignants. Près de 70 % des lésions sont survenues aux soignants. Les efforts excessifs représentent 55 % des lésions indemnisées. Les réactions du corps (ex. : glisser, marcher, trébucher sans tomber) représentent le quart des événements. Ces événements affectent surtout la région du dos, des épaules et les membres supérieurs. Les accidents du travail surviennent notamment lors du déplacement de la clientèle et de la réalisation des soins d'hygiène.

Vulnérabilité des personnes hébergées

Le profil de vulnérabilité des personnes hébergées en centre d'hébergement s'est alourdi au cours des dernières années. Cet alourdissement doit être mis en relation avec les critères d'admission dans les centres d'hébergement publics ou privés conven-

tionnés qui accordent la priorité² aux « cas lourds » admis pour une « raison médicale » plutôt qu'une « raison psychosociale ». Ces « cas lourds » sont âgés en moyenne de 85 ans, 70 % ont plus de 75 ans et près de la moitié sont âgés de 65 ans et moins. Plus de 60 % de la clientèle est de sexe féminin.

Le bilan de santé des personnes âgées de plus de 65 ans est hétérogène. Il appert qu'une personne âgée sur quatre est atteinte d'au moins une incapacité suffisamment importante pour entraîner une demande de service. Et les déficiences générant ces incapacités augmentent avec l'âge.

La perte de l'autonomie est particulièrement évidente chez les personnes affectées d'un syndrome démentiel. La maladie d'Alzheimer est certainement la forme de démence la plus connue du grand public. La clientèle démente représenterait plus de 60 % de l'ensemble de la clientèle hébergée dans plusieurs centres d'hébergement.

Cette proportion devrait encore s'accroître au cours des prochaines années. En 2001, 77 112 personnes âgées de plus de 65 ans souffraient d'un syndrome démentiel. Ce nombre devrait s'accroître rapidement pour atteindre 104 163 personnes en 2011. Ceci représente une augmentation de 27 051 personnes (Conseil des aînés, 2001).

Les incapacités et le grand âge des nouveaux arrivants en centre d'hébergement limiteront grandement la possibilité d'un retour au domicile naturel. Pour la vaste majorité des personnes admises, le centre d'hébergement sera le dernier domicile. Il semble que les décès en hébergement soient de plus en plus nombreux surtout chez les personnes hébergées âgées de 75 à 84 ans (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001). Cette situation contribue à la diminution significative et constante de la durée moyenne de séjour. En 1991, la durée moyenne de séjour était de 261,4 jours alors que cette valeur était de 212,7 jours en 2002. Une proportion importante de la clientèle requerrait donc des soins palliatifs.



Les principes directeurs menant à la mise en place d'un milieu de vie substitut

La réalisation d'une démarche qualité représente un défi organisationnel. Ce défi est maintenant balisé depuis la publication, en 2003, de principes directeurs par le gouvernement du Québec.

Les milieux sont directement sollicités et doivent s'engager à :

- assurer des soins et des services répondant aux besoins et aux attentes de la personne hébergée en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement;
- favoriser le maintien et le renforcement des capacités des personnes hébergées ainsi que leur développement personnel;
- s'assurer que les pratiques professionnelles et organisationnelles contribuent réellement à améliorer la qualité de vie des personnes hébergées;
- favoriser et soutenir le maintien de l'interaction de la personne avec sa famille et ses proches et favoriser leur implication dans la prise de décision;
- respecter l'identité, la dignité, l'intimité, la sécurité et le confort des personnes hébergées.

Pour que les principes précédents puissent être appliqués, le centre d'hébergement doit prévoir des mécanismes d'adaptation des pratiques professionnelles, administratives et organisationnelles. En pratique, ces mécanismes devront apporter des solutions concrètes en réponse aux trois questions suivantes : l'offre de soins et de service répond-elle réellement aux besoins et aux attentes des personnes hébergées? Les interventions menées dans le centre d'hébergement sont-elles respectueuses des droits et des libertés de la personne? La qualité de la présence du personnel auprès des personnes hébergées est-elle adéquate?

Assurer des soins et des services répondant aux besoins et aux attentes de la personne hébergée

Un centre d'hébergement doit garantir aux person-

nes hébergées la meilleure prestation de soins et de services. Cette garantie est rendue nécessaire par les lois et les règlements, les exigences, la grande vulnérabilité des personnes hébergées et le respect des bonnes pratiques professionnelles.

Les lois et les règlements

La personne hébergée occupe la première place au sein du milieu de vie. En effet, la Loi sur les services de santé et les services sociaux indique que « *la raison d'être des services est la personne qui les requiert* » (art. 3.1). Cette loi stipule aussi que les soins et les services doivent être dispensés de manière personnalisée (art. 5) et dans le respect de l'autonomie et des besoins de la personne hébergée (art. 3.3). Le Code civil du Québec rappelle l'inviolabilité de la personne hébergée et la nécessité d'obtenir son consentement (ou celui de la personne qui la représente en cas d'incapacité) pour les examens, prélèvements, traitement ou toute autre intervention (art. 9). Ce consentement est aussi de rigueur en matière de vie privée. En conséquence, la personne hébergée peut faire des choix et s'exprimer librement par des demandes. Répondre de manière personnalisée à ses demandes constitue donc le travail prescrit du personnel soignant.

La réponse des soignants est guidée par le plan d'intervention identifiant les besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible des services fournis (art. 102). La personne hébergée a le droit de participer à l'élaboration de ce plan (art. 10). Les orientations ministérielles en matière de milieu de vie ajoutent que l'élaboration de ce plan doit être considérée comme « *une occasion exceptionnelle de définir le type d'échanges et de liens que la personne hébergée ou ses proches veulent développer ou préserver dans son milieu de vie* » (p. 13).

Par ailleurs, le soin dispensé doit être adéquat sur le plan scientifique, humain et social (art. 5). Le soignant a l'obligation d'être respectueux et d'agir dans le respect de la dignité de la personne hébergée (art. 3.3). Son intervention doit être empreinte de courtoisie, d'équité et de compréhension (art. 3.3).

Les exigences de la personne hébergée

La connaissance des besoins et des attentes de chaque personne hébergée repose sur les fondements suivants:

- *Reconnaître la spécificité de la personne.* La personne hébergée est un être unique et singulier. Cette personne forme une entité cohérente qui est à la fois physiologique, psychologique, sociale et spirituelle. Elle évolue et continue de se développer même si elle est en fin de vie. Chaque personne hébergée possède une histoire et donne un sens à cette vie selon ses expériences et sa culture propre. En conséquence, il est pertinent de recenser des informations sur son histoire de vie.
- *Connaître les pertes.* La vulnérabilité de la personne hébergée exige d'identifier les nombreuses pertes qui caractérisent le tableau de sa vie. Qu'il s'agisse des pertes de la santé, des pertes cognitives, des pertes de ses proches, des pertes de l'utilité sociale, chaque perte est un élément de connaissance essentiel. Il convient aussi d'évaluer la perte de la faculté de jouer un rôle normal dans la société. C'est un maillon qui lie la personne à son milieu de vie naturel. Bien sûr, la capacité à jouer un rôle normal est difficile lorsque se surajoutent des handicaps physiques, un déficit cognitif ou encore une situation familiale tendue ou un statut social dévalorisé. La personne âgée hébergée devient en situation de dépendance par ses pertes.
- *Connaître les raisons de la dépendance.* Il est aussi pertinent de rechercher les raisons des pertes menant à une situation de dépendance. Comme l'indique Racine (2001), il faut savoir si la dépendance est attribuable au fait que la personne hébergée ne sait pas, ne veut pas ou ne peut pas réaliser tel ou tel acte.

Assurer le respect des bonnes pratiques professionnelles

La représentation de plus en plus importante de la clientèle présentant des troubles cognitifs ou

demandant des soins palliatifs soulève plusieurs questions sur la manière d'occuper et de prendre en charge ces personnes : Comment dispenser les soins de base de manière efficiente? Comment faire face aux pertes de l'autonomie? Comment accompagner dignement la clientèle vers sa mort? Les demandes croissantes visant le développement des compétences du personnel soignant sur ces questions témoignent des difficultés rencontrées dans le travail quotidien. Elles concernent notamment la réalisation des soins de base avec une clientèle en perte de l'autonomie fonctionnelle.

À ces difficultés découlant de la perte de l'autonomie de la clientèle s'ajoutent les difficultés associées au comportement de cette dernière. Rovner *et al* (1986) situent la prévalence des troubles du comportement en soins prolongés entre 65 et 75 %. La proportion des troubles serait encore plus élevée, soit 90 %, dans les unités de soins accueillant spécifiquement une clientèle démente (Wagner *et al.*, 1995). L'étude menée par Bélanger et Dicaire (1993) dans deux établissements de la région de Québec situe la prévalence des troubles à 67 %. Nos propres études menées dans des centres d'hébergement indiquent des résultats similaires.

Ces comportements doivent être mis en relation avec le contexte de l'hébergement et les comportements des soignants. Plusieurs soignants ont des plaintes à l'endroit de ces comportements. Certains comportements de la clientèle ont été à l'origine d'une déclaration d'accident à la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Le tiers de toutes les déclarations d'accidents pour « acte de violence » faites en 2000 dans l'ensemble du réseau est survenu dans les centres d'hébergement. Par contre, les centres d'hébergement n'emploient que 15 % de l'ensemble de la main-d'œuvre!

Les comportements agressifs et perturbateurs de la clientèle permettent donc de situer les difficultés rencontrées par le personnel. Fort heureusement, sur cette question, l'évolution des connaissances a mené à l'élaboration de nouvelles pratiques professionnelles mettant au premier plan l'importance du maintien de l'autonomie de la personne âgée hébergée.

L'approche prothétique élargie propose un cadre d'intervention associant une révision de l'aménagement de l'environnement, de la programmation des activités et de la communication auprès de la clientèle. Ce cadre d'intervention global est constitué en référence à une philosophie d'intervention spécifique de type « milieu de vie » qui s'oppose à une philosophie d'intervention de type hospitalier.

Parallèlement aux avancées au niveau de l'approche prothétique élargie, d'autres penseurs du soin proposent des stratégies dignes d'une véritable gestion professionnelle des émotions (Bigaouette, 2001). Les neuropsychologues Taillefer et Geneau (1999) ont modélisé l'utilisation d'une stratégie de diversion pour prévenir les réactions de catastrophe lors des actes de soins de base. Gineste et Marescotti (2001) ont aussi proposé des stratégies de gestion émotionnelle efficaces reposant sur une philosophie de soin novatrice et très pratique. L'apport original de ces derniers concerne notamment l'utilisation du toucher professionnel affectif.

Respecter les droits et libertés de la personne

Un des grands enjeux d'une démarche qualité en centre d'hébergement est de promouvoir les droits et libertés de la personne. La Charte québécoise des droits et libertés de la personne énonce les droits fondamentaux dont jouissent toutes les personnes. Elle a comme objectif majeur d'harmoniser les rapports des citoyens entre eux et avec leurs institutions, dans le respect de la dignité humaine. Le préambule de la Charte pose les bases de cette harmonisation, en faisant notamment appel au respect mutuel et à la réciprocité :

« Tout être humain possède des droits et libertés intrinsèques destinés à assurer sa protection et son épanouissement;

Tous les être humains sont égaux en valeur et en dignité et ont droit à une égale protection de la loi;

Le respect de la dignité de l'être humain et la reconnaissance des droits et libertés dont il est titulaire constituent le fondement de la justice et de la paix;

Les droits et libertés de la personne humaine sont inséparables des droits et libertés d'autrui et du bien-être général;

Les libertés et droits fondamentaux de la personne doivent être garantis par la volonté collective et mieux protégés contre toute violation. »

La Charte des droits et libertés reconnaît notamment à toute personne âgée ou handicapée le droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation (art. 48). Elle confère aussi à la personne qui travaille le droit à des conditions de travail justes et raisonnables et qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique (art. 46).



Les actions à poursuivre

Plusieurs actions sont à poursuivre pour atteindre les objectifs.

Harmoniser les rapports des personnes entre elles et avec le centre d'hébergement

L'harmonisation des rapports des personnes entre elles et avec le centre d'hébergement est un des objectifs d'une démarche qualité. Cette harmonisation représente un défi important, car la configuration actuelle de nombreux centres d'hébergement est celle d'une organisation sociale. Le centre d'hébergement est un regroupement d'humains qui coordonnent leurs activités pour atteindre certains buts. Cette coordination doit concilier les besoins individuels mais aussi la collectivité.

Comment un centre d'hébergement peut-il procéder pour assurer une harmonisation entre les droits individuels et les droits collectifs ? En pratique, il peut mettre en place des mécanismes d'échange et de soutien, de réflexion et d'analyse en rapport avec les problèmes d'ordre éthique; réviser les normes et les règles de fonctionnement internes et s'assurer de leur compatibilité avec la Charte des droits et libertés; promouvoir l'accommodement raisonnable; concilier le droit individuel et le droit collectif au quotidien.

L'harmonisation des droits individuels et des droits collectifs va contribuer à régler plusieurs situations conflictuelles. Ces situations conflictuelles génèrent des perceptions négatives chez tous les acteurs. Les perceptions négatives se situent souvent au niveau des valeurs et révèlent l'existence de dilemmes moraux et éthiques auxquels ils sont confrontés.

Développer l'accès à une expertise en matière éthique

Les Orientations ministérielles exigent que chaque centre d'hébergement développe une expertise en matière éthique. Parmi les mécanismes devant obligatoirement être mis en place, il y a l'élaboration et l'adoption d'une charte des droits des résidents ou d'un code de déontologie. Toutefois, comme la charte ou le code de déontologie doivent être compatibles avec la Charte des droits de la personne, ces documents ne pourront exclure les droits qui concernent les travailleurs.

La reconnaissance des besoins du personnel en matière de santé et de sécurité du travail constitue un bon moyen d'engager le personnel envers le respect des droits et libertés de la personne hébergée, de promouvoir une saine relation de soins et de services et de régler les nombreux problèmes de fonctionnement. En conséquence, l'élaboration d'une charte des droits des résidents ou d'un code de déontologie devrait aussi contenir des principes directeurs adressant le travail des intervenants et fixant des critères de qualité permettant de reconnaître l'importance de la relation de soins et de services.

Réviser les normes et les règles de fonctionnement interne et s'assurer de leur compatibilité avec la Charte des droits et libertés

Le centre d'hébergement est une organisation sociale assimilable à une institution. Une institution peut se définir comme étant « *un ensemble de normes et règles qui s'appliquent dans un système social et définissent ce qui, dans ce système, est légitime et ce qui ne l'est pas* » (Encyclopédie Hachette). Au sein de

l'institution d'hébergement, la personne hébergée (ou son représentant légal) et le personnel sont donc tenus de respecter un ensemble de normes et de règles à l'intérieur des contraintes de la vie en groupe. L'enjeu est important et concerne le bon fonctionnement de l'institution. Les règles de fonctionnement ne sont efficaces que si l'ensemble des personnes présentes y adhère. C'est sur la base de ces règles et ces normes que le milieu de vie substitut se définira. En conséquence, il faut réviser les règles de fonctionnement internes et s'assurer de leur compatibilité avec la Charte des droits et libertés de la personne.

Parmi les règles à réviser, il y a celles susceptibles de porter préjudice au handicap (ex. : contention physique et chimique) de la personne hébergée et à sa vie privée. La question de la vie privée de la personne hébergée est souvent litigieuse. Les horaires de bain ne conviennent pas? Les choix alimentaires ne sont pas assez vastes? La réalisation d'une activité personnelle (ex. : écouter la télévision, recevoir un proche) en chambre collective pose un problème à autrui? Il est alors pertinent de clarifier les droits et les responsabilités des différents acteurs. L'employeur peut orienter les travaux et rédiger de nouvelles règles. Ajoutons qu'il peut être pertinent de valider le contenu de ces règles auprès d'un avocat afin de s'assurer que ces dernières ne seront pas directement ou indirectement préjudiciables.

Promouvoir l'accommodement raisonnable

« *Chaque homme naît libre et égal en droit* ». Cet énoncé est au cœur des droits de l'homme. En matière de prestation de soins et de services, le droit à l'égalité s'applique et il faut éviter toute forme de discrimination. Mais, cette interdiction de la discrimination signifie-t-elle qu'une personne hébergée soit prise en charge comme « *tout le monde* » ou traitée comme « *une personne dans le monde* » ? S'il est vrai que tous les êtres humains sont égaux, ils sont pourtant loin d'être identiques comme l'a reconnu la Cour suprême du Canada en 1995 dans l'affaire Eldridge³.

Cette obligation de considérer les personnes avec égalité n'est donc pas une obligation de les traiter de

la même manière. Les soins et les services doivent aussi être dispensés dans le respect de la dignité, à savoir de manière tolérante et avec valorisation de la différence. Les personnes hébergées ont le droit de recevoir les soins et les services selon leurs mérites, leurs capacités, leurs besoins et donc, de manière personnalisée (Loi sur les services de santé et les services sociaux, art.5).

La conciliation du droit à l'égalité et de celui de la dignité de la personne dans un centre d'hébergement doit être réalisée afin de maintenir l'harmonie et certains aménagements entre la personne hébergée et autrui doivent être trouvés. Ceci implique d'accommoder les règles organisationnelles. L'accommodement raisonnable est l'adaptation d'une règle conçue pour la majorité dans le but de répondre aux besoins spécifiques de certaines personnes ou d'un groupe. Le recours à l'accommodement « est un moyen pour gérer de manière civilisée les conflits liés à la diversité sans cesse croissante dans la société » (Marois, 2005).

L'accommodement raisonnable ne doit pas constituer une contrainte excessive pour l'organisation. Brunelle (2001) indique que ces contraintes peuvent être regroupées dans trois grandes catégories. Il s'agit des limites financières ou matérielles, l'atteinte aux droits et le bon fonctionnement de l'institution. Cet auteur ajoute que différentes Cours canadiennes ont conclu que la simple commodité administrative, les préférences de la clientèle, la crainte de créer un précédent ou encore la menace d'être exposé à un recours civil ne constituent pas une contrainte excessive.

Concilier le droit individuel et le droit collectif au quotidien

La pratique de l'accommodement raisonnable peut permettre un milieu de vie plus respectueux des personnes humaines, de leurs besoins et de leurs attentes. Il faut considérer l'adaptation du milieu de vie et une plus grande flexibilité de l'organisation

des soins, des services et des pratiques de travail. Cela représente un véritable défi, car il existe de nombreuses contraintes dans un centre d'hébergement. Toutefois, toutes ces contraintes ne sont pas excessives. Il faut donc être prudent avant de conclure qu'une apparente contrainte est réellement excessive. L'analyse de chaque demande d'accommodement est nécessaire.

L'accommodement raisonnable est l'adaptation d'une règle conçue pour la majorité dans le but de répondre aux besoins spécifiques de certaines personnes ou d'un groupe.

Pour réussir à accommoder raisonnablement, il faudra aussi pratiquer l'art de la gestion « cas par cas ». Comme plusieurs personnes hébergées et membres du personnel sont sensibles

à la valeur de justice, la gestion « cas par cas » pourra parfois être perçue comme étant inéquitable, voire même inapplicable. Il s'agit ici d'une perception souvent irréaliste qui peut mener certaines équipes, syndicats et dirigeants à exiger l'application d'un modèle d'organisation des soins et des services plus « collectif » et moins personnalisé.



Améliorer la qualité de la présence auprès des personnes hébergées

Comme l'indique Racine (2001), pour que la vie en centre d'hébergement soit ressentie par les personnes hébergées ou leur proche comme étant de qualité, il faut idéalement que les besoins et attentes des personnes hébergées soient satisfaits; qu'il ne manque rien de ce qu'attendent les personnes hébergées; que tout ce qui a été promis soit réalisé; que tout fonctionne comme prévu; que des solutions soient apportées si des difficultés et des défaillances surviennent au cours de la prise en charge et que les personnes hébergées soient assurées d'être entendues, comprises, assistées et sécurisées à partir d'une grille d'observation systématique et objective de leur comportement.

Pour qu'un centre d'hébergement puisse atteindre les objectifs précédents, deux actions peuvent être entreprises. La première action vise à assurer une disponibilité optimale du personnel auprès de la

personne hébergée. La seconde consiste à améliorer les compétences du personnel dans ses interventions directes avec la personne hébergée. Une formation telle que l'approche relationnelle, dispensée par l'ASSTSAS, peut être utile.

Assurer une disponibilité optimale du personnel auprès de la personne hébergée

La personne hébergée souhaite généralement que le délai d'une prestation de soins et de service soit le plus approprié par rapport à ses attentes. Pour le personnel, répondre aux attentes temporelles de cette personne représente un véritable défi. La question du temps est très litigieuse. La plupart des soignants se plaignent de ne pouvoir répondre adéquatement aux demandes explicites ou implicites des personnes hébergées par manque de temps. Un sondage réalisé auprès de 196 répondants employés dans cinq centres d'hébergement⁴ montre que trois répondants sur quatre croient que l'intensité de leur travail est trop rapide; que 67 % des répondants affirment qu'il leur est difficile de terminer leurs tâches sans être dérangés; que 88 % des répondants estiment ne pas avoir une provision de temps suffisante pour gérer des événements imprévus.

Par ailleurs, la planification du travail ne serait pas adéquate : des répondants croient que la planification du travail ne tient pas compte de la qualité (50 %) et de la quantité (58%) des soins à donner.

La planification des soins et des services offerts aux personnes hébergées laisserait aussi à désirer. En effet, 70 % des répondants croient qu'elle ne convient pas aux bénéficiaires; 62 % des répondants estiment qu'elle n'est pas adéquate pour les intervenants et 54 % des répondants estiment qu'ils ne disposent pas d'une latitude décisionnelle pour s'adapter aux défauts de la planification.

Toute la problématique reliée au temps de travail en centre d'hébergement repose sur la disponibilité du personnel auprès de la personne hébergée. Pour que cette disponibilité soit optimale, plusieurs actions peuvent être entreprises : les Orientations ministérielles recommandent d'assigner un intervenant comme personne de référence auprès de la personne hébergée, et ce, dès l'admission; de stabiliser les ressources humaines; d'augmenter l'interdisciplinarité et le travail en équipe et d'assouplir les pratiques de travail.

Pour que ces recommandations puissent être appliquées, une étude des processus de travail doit être préalablement réalisée. Il existe de nombreux processus de travail dans un centre d'hébergement.

La conciliation du droit à l'égalité et de celui de la dignité de la personne dans un centre d'hébergement doit être réalisée afin de maintenir l'harmonie.

Il y a ceux qui portent sur les personnes hébergées et leur prise en charge (ex. : toilette, déplacement); sur les matériels et les produits nécessaires à la prestation de soins et de services (ex. : distribution

des médicaments, ramassage et distribution de la literie, distribution des aliments, etc.) et sur les informations à coordonner (ex. : la constitution du dossier de la personne hébergée, la diffusion des informations aux employés, les prises de rendez-vous, etc.).

L'étude des défaillances

Qu'est-ce qui rend un processus de travail peu ou pas efficient? Ce sont les défaillances dans le fonctionnement des opérations qui génèrent des retards, des retours en arrière et des mauvaises communications. Ces défaillances prennent plusieurs formes et causent des interruptions qui peuvent être attribuables à des incidents ayant entraîné des délais dans la prestation. Ils mettent généralement en cause des facteurs tels que le manque de connaissance des soignants, un défaut dans l'organisation et la planification du déroulement d'une activité, le comportement imprévu d'un client, l'aménagement déficient des espaces de travail et la disponibilité, la fonctionnalité des équipements.

Le manque de connaissance des soignants

Les soignants disposent-ils de toutes les informations pertinentes à leur travail? Il semble bien que non. Le sondage réalisé auprès de 196 répondants montre qu'une proportion significative de soignants estiment recevoir peu ou pas d'information sur la pathologie et les conditions de santé des bénéficiaires (47,2 %); le degré d'autonomie et les capacités des résidents (33,7 %); les caractéristiques physiques et psychologiques des personnes hébergées (48,7 %); les indications sur les méthodes de déplacement ou d'approche spécifique pour chaque bénéficiaire (41,3 %) et les particularités du plan de soin et les mesures de sécurité à prendre (44,3 %).

Bien connaître la personne hébergée est pourtant une condition essentielle à la réalisation des actes de soins. Les soignants ayant le besoin et le droit de recevoir les informations pertinentes en regard de leur emploi, il y a lieu de s'interroger sur les raisons qui expliquent pourquoi l'accès à ces informations fait défaut. Des défaillances dans le processus de circulation de l'information peuvent expliquer cette situation. Le manque d'informations pertinentes peut entraîner des retours en arrière et des délais dans la prestation de soin.

La capacité de gérer les aléas

Le temps de travail est aussi tributaire des aléas qui surviennent inévitablement. La nature des aléas peut être appréciée par les variations régulières observables entre les jours de la semaine ou au sein d'une même journée. Les sources d'aléas sont diverses : variations des flux d'activités des personnes hébergées attribuables à des problèmes de santé (ex : épidémie); variations dans la disponibilité des ressources humaines (maladie, absentéisme); variations dans l'admission des personnes hébergées.

La programmation des activités et la concordance des temps

Le planning de la livraison prévoit des durées d'activités mal ajustées aux capacités des personnes hébergées et des soignants. C'est le cas pour des activités communes comme la toilette et l'alimen-

tation. Dans un centre d'hébergement, nous avons observé que :

sur l'alimentation, l'assistance moyenne à l'alimentation était de 3 minutes et 26 secondes par client, l'installation moyenne d'un client en préparation à l'alimentation était de 2 minutes et 6 secondes et l'opération visant à enlever le cabaret et à s'assurer que le client a terminé de manger était d'une durée moyenne de 1 minute et 5 secondes;

sur la toilette au lit, la durée moyenne d'une toilette au lit (incluant l'opération d'habillage) était de 17 minutes et 41 secondes par client;

sur l'activité de changement de culotte, la durée moyenne d'un changement de culotte était de 6 minutes et 58 secondes par client.

Lors de ces activités, nous avons pu observer des comportements agressifs provenant des clients. Ces derniers ont tenté de mordre ou de frapper les soignants à huit occasions. La rapidité d'exécution des activités est à mettre en relation avec ces comportements. Il convient donc d'ajuster le tir et de ralentir l'exécution. Jusqu'à quel point faut-il ralentir lorsque la pression de production est forte et que d'autres clients attendent pour bénéficier d'une assistance? Tout est question d'équité envers la personne hébergée et envers les autres clients hébergés. Comme les besoins individuels sont différents, il est tout à fait possible que la toilette d'un client grabataire prenne jusqu'à 50 minutes alors que la toilette au lavabo d'un client prend environ 20 minutes. Face à la détermination de la durée d'un soin, il est essentiel de clarifier les objectifs visés par cet acte.

Gineste et Marescotti (2001) proposent que chacune des activités de soins de base soit l'occasion d'aider la personne hébergée à améliorer sa santé. Dans le cas d'une toilette, il faut concilier différents objectifs. Ainsi, la réalisation d'une toilette ne peut viser qu'à satisfaire l'hygiène. Elle peut aussi être l'occasion d'améliorer la communication, de favoriser la réhabilitation, de prévenir les dégradations (ex. : escarres, rétractions), de contribuer au confort

du client et d'assurer la satisfaction, la santé et la sécurité du soignant.

À ces objectifs, il faut aussi concilier des objectifs d'efficacité. Par exemple, la planification de la durée d'une toilette doit inclure le temps nécessaire à la préparation de l'acte de soin, le temps de déplacement ou encore le temps utile aux communications entre partenaires d'équipe.

Bien sûr, ces temps peuvent varier, mais il ne faut pas engager l'acte de soins dans une logique de maltraitance si la provision de temps est trop courte. De plus, il y a risque d'atteinte à la santé et à la sécurité du travail.

Des activités qui débutent et se terminent au mauvais moment

La planification doit aussi concilier le début et la fin d'une activité en relation avec les autres activités. Toute planification contient des co-activités désirables (ex. : distribuer les plateaux le plus près possible du moment où les clients vont manger). Cependant, les co-activités indésirables doivent être éliminées. Elles prennent plusieurs formes : les co-activités ne correspondant pas aux attentes des personnes hébergées (ex. : la réalisation de la toilette survenant au même moment que la venue de la visite) et les co-activités ne correspondant pas aux attentes des soignants (ex. : la visite du médecin lorsqu'une activité d'alimentation est commencée).

Les co-activités créent des périodes de concentration difficiles à concilier sur le plan de la qualité des soins et des services de même que sur le plan de la santé et de la sécurité du travail.

Une mauvaise attribution des ressources humaines

Plusieurs soignants se plaignent d'un manque de personnel. Cette plainte peut être documentée sur la base de situations objectives. Par exemple, nous avons observé les situations suivantes :

- Dans un centre d'hébergement, 65 personnes sont hébergées. La nuit, deux soignants seulement sont affectés aux soins compte tenu du sommeil des personnes hébergées. Les

observations indiquent que le taux de personnes éveillées la nuit est variable. Par exemple, 60 % des résidents sont éveillés à trois heures du matin. Les soignants en poste ne sont pas capables de répondre aux multiples demandes survenant à cette heure.

- Lors du repas sur une unité, des activités d'hygiène sont réalisées de manière simultanée. En conséquence, il y a moins de personnel disponible pour aider les personnes hébergées à manger.
- Lors du même repas, des soignants sont en pause, diminuant d'autant les effectifs affectés à l'assistance aux personnes hébergées.



Conclusion : Mobiliser vers le changement!

Mettre en place un milieu de vie substitut constitue tout un changement organisationnel. Et plusieurs CHSLD n'en sont pas à leur premier changement organisationnel près! L'expérience montre que l'implantation d'un milieu de vie substitut n'est jamais facile à réaliser, car elle implique plusieurs facteurs personnels. En effet, l'établissement de relations «soignant/personne hébergée» de qualité réfère à ces facteurs personnels. Le taux d'échec des changements organisationnels de tous ordres se situerait entre 55 % et 65 % (Association des Hôpitaux du Québec, 2002).

Les résultats attendus d'une telle démarche ne seront pas tous immédiatement tangibles. Il n'est pas du tout certain que les relations soignant/personne hébergée s'améliorent de façon significative dès le début de la démarche. Il faudra peut-être un certain temps avant de constater des modifications observables. Il est même possible que l'on assiste à une augmentation des problèmes de santé et de sécurité du travail, voire même une certaine détérioration de la qualité des soins et des services. Bien sûr, ces problèmes vont s'estomper avec le temps.

La réussite d'un changement se mesure, entre autres, par la mobilisation de l'ensemble des personnes à travers les gestes et les actions concrètes que ces dernières vont prendre. En conséquence, il faut

considérer la mobilisation de l'ensemble comme un enjeu majeur de la démarche d'implantation d'un milieu de vie substitut.

Pour que la mobilisation soit optimale, divers moyens peuvent être utilisés. Un premier moyen vise l'implantation d'une véritable gestion participative. La gestion participative permet de faire régner une attitude positive d'ouverture dans toute l'organisation, de faire reconnaître que toute l'organisation s'est engagée à procéder à des améliorations qui découleront du changement et de profiter d'un vaste éventail d'expertises de l'ensemble du personnel.

Les efforts déployés dans la démarche de changement doivent créer le sentiment de partager les valeurs chez les participants (Kuorinka, 1995). Cette gestion participative va se structurer sur la base des valeurs mobilisatrices ayant comme objectif de favoriser l'estime de soi, la démocratie, l'égalité et l'équité. En référence avec ce type de gestion, se greffent les éléments suivants :

- *L'engagement de la direction générale.* Cette condition est reconnue comme une condition nécessaire à la réussite de tout changement organisationnel (Simard *et al.*, 1993).
- *Le paritarisme.* Dans un projet de type milieu de vie, la coopération appelle la participation syndicale. Une gestion paritaire apparaît comme une des conditions propices à l'amélioration de l'organisation du travail, des soins et des services.
- *La mise en place de techniques incitatives permettant aux personnes d'adopter des comportements de type milieu de vie.* Nous référons ici notamment à certains comportements spécifiques (ex. : ne pas faire un geste à la place du client, éviter les prises en pince lors du déplacement d'une articulation, mettre debout une personne hébergée qui en a la capacité, adopter des modes de communication prothétique).
- *La nomination d'une personne respectée comme porteur de dossier de la démarche.* Cette disposition contribue à atténuer la résistance au changement.

Un autre moyen consiste à faire connaître au personnel du CHSLD la nature des changements qui vont découler de la démarche de milieu de vie. D'abord, il est recommandé de mettre en place un plan de communication efficace. Il faut insister fortement sur l'importance de ce plan. Trop souvent par le passé, des changements organisationnels ont été imposés sans aucune explication donnée au personnel. Le résultat a été bien souvent une augmentation du sentiment d'incertitude, une méfiance accrue envers la direction, l'émergence d'individualisme et de compétition, une augmentation de la méfiance entre les pairs et une augmentation du sentiment d'inutilité et du désengagement du personnel.

Finalement, la participation des personnes hébergées et des proches constitue un autre moyen. Il y a beaucoup d'avantages à ce que le personnel puisse faire connaissance avec les perceptions que les personnes hébergées et les proches ont du travail accompli par le personnel. Cela peut amener de précieux échanges permettant de mettre en évidence les difficultés et les solutions envisagées.

NOTES

¹ Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 83.

² Et ce, depuis que le gouvernement du Québec a spécifié en 1976 que la priorité de l'admission devait être accordée aux cas lourds. (Source : Carette, J. (1985). *L'institutionnalisation des personnes âgées*, Thèse de doctorat.)

³ Dans l'affaire Eldridge *et al* contre la Colombie Britannique, la Cour suprême du Canada a statué, en 1995, que le refus de fournir des services d'interprétation gestuelle permettant à des patients sourds de communiquer efficacement avec leur fournisseur de soins de santé était discriminatoire par suite d'un effet préjudiciable envers les personnes handicapées (les personnes sourdes). La Cour suprême rejetait donc l'argument du procureur selon lequel le Régime des services médicaux devait traiter tous les patients de la même manière. Elle affirma que le gouvernement a l'obligation de prendre des mesures spéciales pour s'assurer que les groupes défavorisés soient en mesure de bénéficier de ses services à part égale.

⁴ Ces CHSLD ont demandé les services de l'ASSTAS pour un accompagnement à l'implantation d'un milieu de vie.

RÉFÉRENCES

Association des hôpitaux du Québec (2002). *L'organisation du travail en soins infirmiers*.

Bélanger, M., & Dicaire, L. (1993). L'agitation en établissement d'hébergement. *La Gérontoise*, 4(2), 12-19.

Bigaouette, M. (2001). La gestion professionnelle des émotions et l'approche prothétique : un nouveau travail prescrit pour soigner les déments. *Revue Pistes*, 3(1).

Brunelle, C. (2001). *Discrimination et obligation d'accommodement en milieu de travail syndiqué*. Éditions Yvon Blais.

Conseil des Aînés (2000). *Avis sur l'hébergement en milieu de vie substitut pour les aînés en perte d'autonomie*.

Conseil des aînés (2001). *La réalité des aînés québécois*.

Dumont-Lemasson, M. (2001). *État de situation des CHSLD-CLSC et centres de santé. Congrès 2001*. Association des CLSC et des CHSLD du Québec.

Encyclopédie Hachette multimédia (http://www.club-internet.fr/encyclopedie/template_nonabonnes.phtml).

Fédération québécoise des CHSLD (1995). *Les CHSLD : une mission, une vision, une passion. Orientations 1995-2000*.

Gineste, Y., & Marescotti, R. (2001). Philosophie des soins : Qu'est ce qu'être soignant ? *Communication et Études Corporelles*.

Gineste, Y., et al (2004). *Silence on frappe. De la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées*. Animagine Éditions.

Gineste, Y., & Marescotti, R. *Les toilettes du malade en institution, quelles évolutions ?* <http://www.cec-formation.net/>

Kuorinka, I. (1995). *La gestion du changement; L'ATR : les lésions attribuables au travail répétitif*, IRSST.

Marois, P. (2005). *Religion, école privée, accommodements raisonnables : l'arbre ne doit pas cacher la forêt*. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

Ministère de la santé et des services sociaux (2001). *Le système de santé et de services sociaux. Une image chiffrée*.

Ministère de la santé et des services sociaux (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*. Orientations ministérielles, Gouvernement du Québec.

Plamondon, L. (1998-2005). *Les abus ou maltraitance infligés aux aînés dans les institutions*. Vieillir en liberté. <http://www.fep.umontreal.ca/violence/institutions.html>

Plamondon, L. *Les abus infligés aux aînés dans les institutions*; Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal; <http://www.fep.umontreal.ca/violence/institutions.html>.

Racine, Gilbert (2001). *La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. 2^e édition, Berger-Levrault.

Rovner, B.W., Kafonck, S., Filipp, L., Lucas, M.-J., & Folstein, M.-F. (1986). Prevalence of Mental Illness in Community Nursing Home. *American Journal of Psychiatry*, 143(11), 1446-1449.

Simard, M., et al. (1993). *Étude des stratégies de développement de l'implication participative des contremaîtres en prévention des accidents du travail dans l'industrie manufacturière*. Université de Montréal, GRASP.

Taillefer, D., & Geneau, D. (1999). *Stratégies de diversion dans la gestion des réactions catastrophiques chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer lors d'actes de soins critiques : un cadre théorique et pratique*. Centre de consultation et de formation en psychogériatrie.

Wagner, A.W., Trei, L., & Orr-Rainey, N. (1995). Behavior Problems of Residents with Dementia in Special Care units. *Alzheimer Disease and Associate Disorders*, 9(3), 121-127.

Michel Bigaouette est sociologue et ergonome. Il est conseiller aux établissements pour l'Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur affaires sociales.