

L'application de l'approche milieu de vie en établissement d'hébergement de longue durée par les préposés aux bénéficiaires du point de vue des préposés, infirmières auxiliaires et infirmières

François Aubry ^a, Ph.D., Yves Couturier ^b, Ph.D. et Frédéric Gilbert, Ph.D.

^a Chercheur d'établissement Centre affilié universitaire, CSSS IUGS

^b Professeur, École de service social, Université de Sherbrooke

^c Professeur, Département d'organisation et ressources humaines, UQAM

Cet article recense les points de vue des préposés aux bénéficiaires, des infirmières auxiliaires et des infirmières sur l'application de l'approche milieu de vie par les préposés eux-mêmes dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec. Nous avons opté pour une méthodologie qualitative, et réalisé 30 entrevues semi-dirigées avec des préposés, six entrevues avec des infirmières auxiliaires et six entrevues avec des infirmières travaillant dans deux CHSLD différents. Les préposés disent devoir suivre la routine de travail collective qui leur permet de répondre à la charge de travail quotidienne, mais les empêche de mettre en œuvre correctement l'approche dans le cadre d'une relation de proximité avec le résident. Les autres intervenants, quant à eux, insistent sur le manque de motivation individuelle des préposés à dépasser ce carcan collectif. Nous montrons que la dimension collective du travail des préposés détient une valeur centrale dans le cadre de leur pratique. Elle leur permet, par l'usage de stratégies et de compétences collectives, de répondre à des objectifs contradictoires (qualité du travail versus charge de travail). En ce sens, les démarches d'application d'approche telle que l'approche milieu de vie devraient se baser sur l'existence de ce collectif de préposés pour mieux diffuser les innovations de pratiques. Cela favoriserait l'application des bonnes pratiques tout autant qu'une meilleure collaboration entre les préposés, infirmières auxiliaires et infirmières.

Mots-clés : approche milieu de vie, préposés aux bénéficiaires, CHSLD, infirmières auxiliaires, infirmières, collectif de travail

Cet article recense les points de vue des préposés aux bénéficiaires, des infirmières auxiliaires et des infirmières sur l'application de l'approche milieu de vie (AMV) par les préposés eux-mêmes dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec. Cette approche a pour objectif de bonifier la pratique des intervenants afin d'améliorer la qualité de vie du résident en CHSLD (MSSS, 2003 ; Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004). Selon les orientations ministérielles, la personne hébergée a « droit à un milieu de vie de qualité où on lui prodigue des soins et des services de qualité. Elle doit se sentir intégrée à la vie de communauté, selon les ressources et les disponibilités, et continuer d'évoluer, ce qui suppose que ce milieu soit le plus possible en lien avec sa vie antérieure » (MSSS, 2003, p.4). Sur le plan

conceptuel, il s'agit de transformer profondément la logique d'organisation des services et la culture de soins, traditionnellement centrées sur les besoins des systèmes professionnels et organisationnels, en une logique par laquelle les besoins du résident orientent toute action (Belzile *et al.*, 2011 ; Fahey, 2003). En nous appuyant sur les résultats tirés d'une étude qualitative réalisée en 2012 dans deux CHSLD de la région de Montréal, nous avons collecté les propos d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposés sur l'application de l'AMV. En nous appuyant sur les résultats tirés d'une étude qualitative réalisée en 2012 dans deux CHSLD de la région de Montréal, nous avons collecté les propos d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposés sur l'application de l'AMV. Plus particulièrement, nous avons documenté les objets de désaccord portant sur sa

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à François Aubry, Centre affilié universitaire, CSSS IUGS, 95 Camirand, Sherbrooke, J1H4J6. Courrier électronique: faubry.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca.

mise en œuvre. Les préposés mentionnent des arguments spécifiques portant sur les exigences organisationnelles et collectives, notamment en termes de charge de travail, de manque de personnel et de routine collective de travail. Au contraire, les infirmières et infirmières auxiliaires dénoncent communément les manques d'intérêt et de volonté individuelle des préposés à modifier leur routine de travail afin d'appliquer une telle approche. La trame principale de la controverse porte donc sur la frontière entre les dimensions individuelles et collectives de l'activité des préposés. Nous tenterons, en discussion, de proposer des modalités de mise en œuvre de telles innovations, en appui sur une meilleure prise en compte de la dimension collective du travail des préposés par les infirmières auxiliaires et infirmières.

Problématique

Les infirmières, infirmières auxiliaires et préposés dans les CHSLD au Québec appartiennent à une équipe de travail qui, dans son ensemble, a pour mandat de veiller à maintenir l'autonomie et l'état de santé des résidents en CHSLD. Chacun doit néanmoins répondre à une fonction précise, relative à son champ légal de compétences, dans une dynamique de coopération interprofessionnelle (OIIQ, 2000). Grégoire, Levesque et Proulx (2010) identifient les grandes lignes des mandats de ces différents intervenants. Celui des infirmières consiste à coordonner l'ensemble des activités de soins de l'unité et à donner des traitements infirmiers et médicaux. Sous la supervision directe des infirmières, les infirmières auxiliaires se chargent de l'évaluation de l'état de santé du résident et des actes de soin courants. Enfin, sous la supervision des infirmières auxiliaires, les préposés doivent réaliser les actes quotidiens d'assistance envers les résidents, hors de tout acte de soins. Tous les intervenants ont à participer au développement de la collaboration interdisciplinaire. Dans l'extrême diversité des tâches que les préposés doivent réaliser, nous pouvons identifier trois types d'activités (Cognet & Raigneau, 2002), qui répondent à la définition générique des « personal care workers in health services » par l'Organisation mondiale de la santé (2010). Ces activités sont les soins et services à la personne (hygiène, soins somatiques, aide psychologique, etc.), les services à l'environnement de la personne (entretien ménager, etc.), ainsi que quelques tâches administratives. De fait, la fonction première de ces intervenants est de répondre aux besoins d'assistance de résidents en CHSLD qui sont actuellement acceptés dans ces centres sur des

critères de forte perte d'autonomie physique et/ou cognitive (Clément & Lavoie, 2005).

La fonction hospitalière des CHSLD se voit transformée depuis une vingtaine d'années. On assiste en effet à l'instauration d'approches conceptuelles, telle que l'AMV. Cette approche vise à transformer ce type d'organisations de milieux de soins centrés sur les exigences organisationnelles et professionnelles en milieu de vie centrés sur les besoins du résident. En effet, de nouvelles normes ayant trait à la nature et la qualité des pratiques envers les résidents sont apparues au Québec sous l'impulsion de telles approches. L'AMV, promulguée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), est une proposition de transformation du CHSLD d'un unique milieu de soin à un milieu de vie. En 2004, un rapport provenant du MSSS découlant des visites d'appréciation de la qualité des services a fait le constat que les patients hébergés en CHSLD ne bénéficiaient pas de soins et d'assistance de qualité suffisante (MSSS, 2004). Un des points de ce rapport démontra notamment que la formation des intervenants souffrait de lacunes importantes, plus particulièrement en termes de reconnaissance et de réponse aux besoins spécifiques des résidents. Afin de pallier ce problème, il fut stipulé par le Ministère qu'il fallait développer une nouvelle culture organisationnelle, incarnée notamment par l'AMV. Cette approche est fondée sur le principe central soutenant que le lieu d'hébergement substitut doit être considéré comme un milieu de vie adapté aux besoins de la personne, grâce à une plus grande proximité entre les professionnels et les résidents, et par une politique institutionnelle de prise en compte de la volonté des personnes hébergées, du respect de leur identité, de leur dignité, et de leur intimité (Howe & Witt-Sherman, 2006). Cette approche a donc pour objectif de transformer l'ensemble des pratiques professionnelles afin que celles-ci soient davantage orientées vers le respect des choix et des décisions exprimés par les résidents et leurs proches.

Néanmoins, il a été démontré dans quelques articles que l'application de cette nouvelle approche fait l'objet de controverses de la part des intervenants. Par exemple, si le milieu de soin devient un milieu de vie, les infirmières peuvent ressentir le risque de perdre leur spécificité professionnelle pour effectuer des pratiques qui, normalement, sont réservées prioritairement aux infirmières auxiliaires, voire aux préposés (Alderson, 2006). Concernant les préposés, nous avons montré qu'ils expriment la difficulté d'appliquer une telle approche, du fait notamment d'une charge de travail trop importante et d'un processus de gestion dont les principes d'action ne sont pas toujours en phase avec ceux de l'AMV

(Aubry, Godin, & Couturier, 2006). L'intensification du travail qui découle d'une gestion axée sur la performance entrerait en contradiction avec les exigences qualitatives proposées dans le cadre de l'AMV (Bourbonnais *et al.*, 2005). Du fait du manque d'études actuelles sur le sujet, on peut penser que les préoccupations des infirmières auxiliaires se situent entre ces deux pôles

d'inquiétudes. Elles sont en effet responsables d'actes professionnels qui les distinguent des préposés. Mais elles subissent une charge de travail importante du fait de leur proximité avec le terrain, qui est d'ailleurs reconnue comme une cause principale de leur fatigue au travail (Alderson, 2009). La figure suivante résume ces constats.

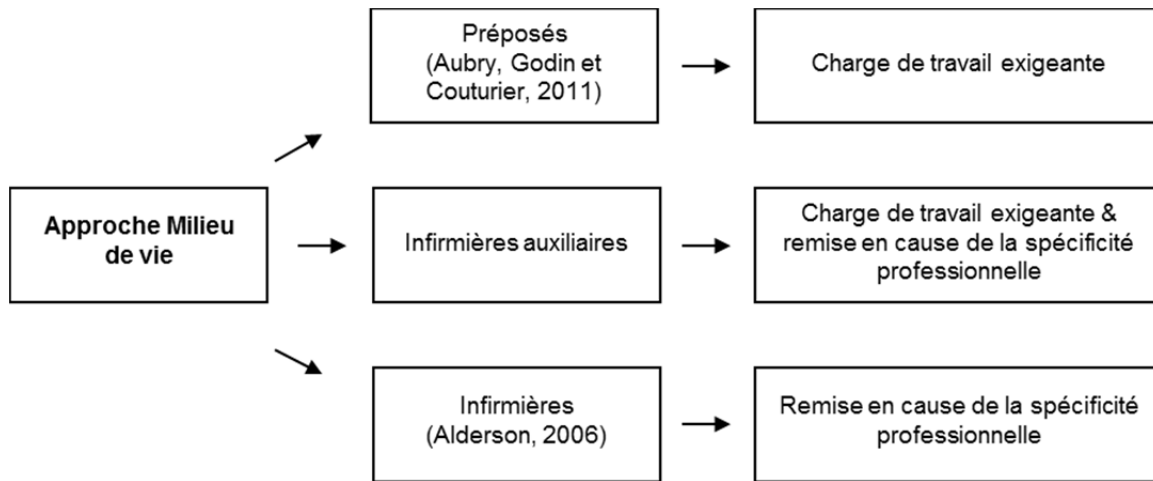


Figure 1. Causes de la difficulté d'appliquer l'AMV en CHSLD, selon le type d'intervenants

Cet article répertorie les points de vue des préposés, infirmières auxiliaires et infirmières concernant l'application de l'AMV par les préposés eux-mêmes. La pertinence scientifique de cette focalisation sur les préposés découle de deux principes : les préposés sont les acteurs professionnels considérés comme les plus proches des résidents (Anderson *et al.*, 2005). Ils sont également perçus comme des acteurs résistants au changement (Aubry, Etheridge, & Couturier, 2013). Une telle étude permet donc d'identifier les barrières significatives à la mise en œuvre de l'approche par les préposés. Par ailleurs, les infirmières auxiliaires et infirmières, par leur proximité professionnelle avec les préposés, détiennent leurs propres représentations des conditions jouant sur la capacité de ces derniers à atteindre le résultat escompté. Cette connaissance pourra soutenir le développement d'un programme de bonification des pratiques destiné aux préposés.

Méthodologie

L'étude que nous présentons ici a été réalisée entre janvier et octobre 2012, dans deux CHSLD d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la région de Montréal. L'étude a été

approuvée par le comité éthique de l'agence de la santé et des services sociaux de Montréal. L'objectif central était d'identifier les conditions entravant ou facilitant la mise en œuvre par les préposés de l'AMV dans les CHSLD. Nous avons opté pour une méthodologie qualitative, de type semi-inductif (Guillemette, 2006). En effet, d'une part, nous souhaitons collecter les points de vue des préposés, infirmières auxiliaires et infirmières sur ce sujet. D'autre part, peu d'écrits avaient été publiés sur cette thématique.

Nous avons réalisé 30 entrevues semi-dirigées avec des préposés (hors personnel d'agences privées) travaillant sur un quart de jour (7h00-15h00), dans deux CHSLD différents d'un du CSSS, soit 15 entrevues dans deux services du CHSLD 1, et 15 entrevues dans deux services pour le CHSLD 2. Le choix des services s'est focalisé sur des services de soins gériatriques, mais excluant ainsi les services spécialisés pour des maladies ou déficiences spécifiques, telles que les unités prothétiques. Les services des deux centres d'hébergement ont été sélectionnés en concertation avec le conseiller-cadre à la qualité des CHSLD et les chefs d'unité de vie. Le recrutement s'est déroulé intégralement sur la base du volontariat des intervenants. Dans les deux centres, le conseiller-cadre à la qualité a

informé les intervenants des quatre services de l'étude que nous proposons de réaliser. Nous avons également affiché un document informatif sur les babillards des quatre services, où furent inscrits les objectifs détaillés de l'étude. Les intervenants intéressés furent invités à contacter le chercheur principal.

Les préposés interrogés sont à temps complet (n=10), à temps partiel (n=10) et à temps partiel

occasionnels, recrutés depuis moins de six mois (n=10). Nous avons également interrogé six infirmières auxiliaires (n=3 par CHSLD) et six infirmières (n=3 par CHSLD), pour un total de 42 entrevues. Chaque entrevue dura entre 60 et 90 minutes. Le tableau suivant récapitule les caractéristiques de l'échantillon.

Tableau 1.
Caractéristiques de l'échantillon

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

La grille d'entrevue utilisée pour l'ensemble de l'échantillon a été construite à partir de deux thématiques principales, soit : 1) la définition par les acteurs de l'AMV, 2) les contraintes ou les éléments favorisant la mise en œuvre de cette approche par les préposés. Puisque les entrevues furent de type semi-dirigé, nous laissons les personnes interrogées développer leur propos vers des thématiques non abordées dans la grille (Savoie-Zajc, 2009). Toutes les entrevues ont été enregistrées et retranscrites par le chercheur qui a réalisé les entrevues. La codification et l'analyse thématique des données ont été réalisées en suivant les deux catégories de la grille d'entrevue, et en laissant une large ouverture pour les thématiques pertinentes non connues expliquant la complexité à mettre en œuvre l'AMV. Pour les préposés, ces nouvelles thématiques sont 1) la charge de travail comme entrave à l'AMV, et 2) le rôle de la routine de travail. Nous retrouvons des thématiques identiques pour les infirmières auxiliaires et infirmières, soit 1) le manque de volonté individuelle des préposés à mettre en œuvre l'AMV et 2) la rigidité du plan de travail des préposés. Nous illustrerons nos résultats dans le cadre de l'article par des extraits des discours des intervenants, qui seront identifiés par leur âge, leur sexe, leurs années d'expérience, un code numérique et également, pour les préposés, par leur statut professionnel.

Résultats

La représentation de l'AMV par les préposés: une mise en œuvre difficile

Pour les préposés, l'AMV est incontestablement un objectif louable de bonification de leurs pratiques et d'amélioration de la qualité de vie des résidents. Le fait de transformer le CHSLD d'un lieu de soin en un lieu de vie correspond intimement aux valeurs relationnelles qu'ils disent tenter d'incarner dans le cadre de leur travail quotidien.

Mon travail, c'est d'abord d'aider les résidents à faire en sorte qu'ils se sentent bien dans le CHSLD, qu'ils se sentent chez eux. Je dois les assister à toutes les heures, aux toilettes, aux repas... Même avant que les idées de milieu de vie arrivent ici, c'était déjà notre fonction. (Préposé n°1, homme, 48 ans, temps complet)

Néanmoins, les préposés notent que la mise en œuvre de l'AMV dans le cadre de leur travail semble difficile, notamment durant le quart de jour. La raison principale de cette difficulté tient principalement, selon eux, à la trop lourde charge de travail quotidienne, et plus précisément au rythme de travail élevé promu par l'organisation. « Devoir se dépêcher » est perçu comme un signe

manifeste de l'intensification du travail. Cela s'illustre, durant le quart de jour, par l'enchaînement rapide des réveils, toilettes, et repas pour un nombre important de résidents en une courte période de temps.

Durant le quart de jour, le pire, c'est le 07h00 – 11 h, parce que tu n'arrêtes pas. Tu fais réveils, toilettes, repas, et ça, c'est pour les cinq, six voire sept résidents que tu as à t'occuper. Et puis tu peux avoir cinq résidents, mais avoir seulement des cas lourds. Dans ce temps-là, tu ne peux pas toujours faire pour être proche du résident, répondre à tous ses besoins. (Préposé n°2, femme, 26 ans, temps partiel)

Ainsi, selon les préposés, le rythme de travail soutenu est la conséquence d'un taux élevé de résidents par préposés, et du nombre important de tâches à réaliser qui en découle. Ce rythme élevé entre en contradiction avec les perspectives de l'AMV, selon lesquelles un rythme de travail modulé aux besoins du résident devrait être la norme de qualité. Mais il semble difficile de pouvoir ralentir la cadence de travail, puisque le séquençage organisationnel serré des diverses interventions durant le quart de jour entrave cette possibilité.

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

Ainsi, les préposés notent qu'ils doivent respecter des normes de travail en termes de temporalités et de séquençage qui dépendent étroitement de l'obligation de respecter la charge de travail prescrite et l'organisation du travail. Par exemple, le temps de lever du résident ne doit pas avoir un impact sur l'horaire des repas, le déjeuner devant se conclure de façon à libérer les équipements et les personnels pour la préparation du dîner. Cette routine de travail est liée directement au suivi du plan de travail journalier, sans pour autant que ce plan recouvre l'intégralité des pratiques des préposés. Par exemple, ceux-ci notent qu'une certaine habitude de travail les oblige à respecter un ordre de réveil des résidents. La considération première expliquant que les préposés réveillent tel ou tel résident en premier dépend d'abord des activités que le résident doit effectuer durant la matinée.

Les résidents qu'on lève en premier, c'est ceux qui doivent participer à des activités le matin, comme aller au coiffeur. On commence par eux, et on connaît la liste des personnes par l'infirmière, lors des transmissions. (Préposé, n°2, femme, 26 ans, temps partiel)

Mais le second critère expliquant l'ordre du réveil n'est pas nécessairement la volonté des résidents d'être levés tôt. Dans les organisations étudiées, il s'agit plutôt de considérations relatives à l'organisation efficace de la journée de travail. Il peut s'agir, par exemple, d'organiser le travail afin de commencer par les chambres d'un bout du corridor, pour finir à l'autre, et éviter ainsi de marcher inutilement. En respectant cette linéarité spatiale, tous les résidents sont assistés par les préposés, mais dans un ordre qui diffère de leur souhait intime.

On commence par ceux qui ont des activités, donc ceux que l'infirmière nous demande de nous occuper rapidement le matin. Après, je commence par un bout du corridor, et j'avance progressivement. (Préposé n°4, femme, 53 ans, temps complet)

Cette routine de travail permet, selon les préposés, de ne pas perdre de temps, mais plutôt d'en « sauver ». Derrière cet impératif à première vue individuel se cache la nécessité de suivre le rythme collectif du travail, nécessaire au bon fonctionnement organisationnel. Par exemple, les préposés notent qu'ils doivent terminer la période des toilettes des résidents à 11 h. Le fait d'étirer cette période est perçu paradoxalement comme une marque de non-respect du besoin des résidents, puisque cela engendrerait une augmentation de la charge de travail durant l'après-midi, moment où d'autres tâches ou activités sont prévues pour les résidents. La routine de travail se fonde ainsi sur une dimension collective très respectée par l'ensemble des préposés. La transgresser reviendrait, selon eux, à être jugé négativement par ses collègues. Ils ressentent ainsi une double contrainte à respecter ces prescriptions, celle venant des gestionnaires, et celle venant du collectif de travail. Ils se sentent dans l'impossibilité de changer leur pratique de travail, moins à cause d'une prescription verticale de l'activité - par l'imposition de pratiques ou de normes provenant de l'infirmière, par exemple - que par une rigidité horizontale, entre pairs. La priorité n'est donc pas unilatéralement le respect des besoins des résidents, mais l'adéquation de ce travail relationnel à la charge de travail subie et à

la nécessité impérieuse de préserver le collectif. Par exemple, un préposé explique que le poids des résidents ou leur agressivité peuvent être des caractéristiques spécifiques expliquant le choix d'aider tel ou tel résident prioritairement. Ainsi, les résidents qui demandent d'investir le plus de temps sont parfois inscrits au début ou à la fin du plan de travail informel. Cette planification du travail à effectuer dépend donc en grande partie de l'anticipation que les préposés font du temps nécessaire pour effectuer leurs tâches.

J'ai l'habitude de mettre les résidents lourds ou réfractaires aux soins en fin de plan de travail, parce que les autres sont faits, et que je peux prendre plus de temps pour eux. Mais je sais que des collègues préfèrent les placer au début de journée. (Préposé n°5, femme, 35 ans, temps complet)

L'application de l'AMV devient alors un risque périlleux, puisqu'une trop grande singularisation du soin entraînerait une modification des temporalités collectives construites sur le terrain. Par exemple, le fait de respecter les souhaits des résidents concernant l'horaire de leur réveil entraîne une complexification des temporalités collectives de travail.

Si on veut suivre le milieu de vie, alors il faut qu'on lève les résidents à l'heure qu'ils veulent. Mais ça veut dire qu'on va devoir commencer par une chambre, attendre qu'une deuxième se réveille, mais s'ils se réveillent tous à 08h? Tout notre travail sera dans un petit moment, on ne peut pas tenir dans ces conditions. (Préposé n°4, femme, 53 ans, temps complet)

De fait, les exigences relatives à la qualité du travail préconisée par l'AMV se confrontent à l'obligation collective de « tenir » le rythme, la cadence, mais aussi de s'assurer de rencontrer l'ensemble des besoins du collectif de résidents. L'AMV semble difficile à mettre en œuvre pour les préposés, non pas à cause d'une volonté délibérée de ne pas respecter cette nouvelle norme, qu'ils jugent somme toute positive, mais du fait d'une incapacité pragmatique à modifier la routine collective.

La représentation des infirmières et infirmières auxiliaires : un manque de volonté des préposés ?

Communément, les infirmières et les infirmières auxiliaires partagent le point de vue des préposés concernant l'intérêt d'une approche pouvant améliorer les pratiques professionnelles. Selon

elles, l'AMV est une voie intéressante de bonification des pratiques nécessaires afin de réaliser un accompagnement de qualité.

Je pense que c'est une bonne idée de proposer un type d'approche comme milieu de vie pour les préposés, parce que les préposés doivent apprendre à mieux répondre aux besoins des résidents, donc ça prend quelques savoir-faire. (Infirmière n°1, femme, 39 ans)

Les explications avancées par les préposés pour expliquer leurs difficultés à mettre en œuvre l'AMV ne concordent pas totalement avec celles proposées par les infirmières et infirmières auxiliaires. Ces dernières notent tout de même que le manque de personnel entraîne des conséquences notables en termes d'aggravation de la charge de travail. Cela aurait une incidence directe la qualité du travail de l'ensemble de l'équipe. De fait, la difficulté de mise en œuvre de l'AMV s'expliquerait, au moins en partie, par le manque de personnel. Ainsi, les infirmières auxiliaires interrogées énoncent plus fréquemment que les infirmières l'argument de la charge de travail.

Il faut d'abord dire que les préposés ne sont pas assez nombreux pour faire le travail qu'on leur demande, c'est vrai. Il faudrait qu'ils soient un préposé de plus le matin, je pense, durant le temps des toilettes, des repas, c'est sûrement leur période la plus difficile. (Infirmière auxiliaire n°2, femme, 51 ans)

Pour les infirmières et les infirmières auxiliaires, l'approche est difficilement applicable du fait de problèmes organisationnels déjà illustrés plus haut : le manque de personnel, l'intensification du travail. Mais ces raisons invoquées ne sont pas expliquées de la même manière que pour les préposés. Par exemple, pour les infirmières auxiliaires, le faible nombre de préposés par section explique, au moins en partie, la difficulté de mettre en œuvre les perspectives de qualité de pratiques. Mais si le constat concorde, une solution envisageable ne serait pas uniquement l'augmentation du nombre de préposés.

Il y a un problème de charge de travail. Sept résidents par préposés, même si tu veux faire du milieu de vie, ça marche pas [...] Après, l'augmentation du nombre de préposés, pourquoi pas? Mais il y a des risques que ça ne marche pas. Ça déjà été fait dans des sections, et on voyait que c'était toujours aussi lourd, parce que les

préposés prenaient pas leur temps en plus pour être avec les résidents. Ils étaient juste moins rapides la journée. (Infirmière auxiliaire n°1, femme, 46 ans)

Si les infirmières et les infirmières auxiliaires jugent que la qualité du travail des préposés est en général bonne, notamment en raison de leurs compétences, l'engagement de ce groupe dans la mise en œuvre de l'approche concernerait avant tout leur motivation individuelle.

Le problème que je constate avec les préposés, ce n'est pas du côté des compétences, je pense que les formations qu'ils ont jouent comme une fonction de rappel, et que la plupart ont d'ailleurs une formation de base solide. Mais c'est la motivation, le fait de ne pas marcher dans les corridors sans rien faire. On a l'impression que certains ne veulent pas travailler, alors mettre en application les principes de milieu de vie, oui, mais s'ils ont la motivation pour le faire... (Infirmière n°2, femme, 34 ans)

Là où les préposés voient avant tout un problème de conditions du travail et de gestion collective, les infirmières et infirmières auxiliaires formulent leurs critiques en termes de manque de motivation individuelle des préposés à dépasser ce qu'elles perçoivent comme un carcan collectif.

La motivation des préposés, c'est le problème principal, faire en sorte qu'ils sortent de leur routine et qu'ils fassent un peu de communication avec la personne, avec le résident. Ça aiderait le résident, et ça aiderait l'équipe de travail. (Infirmière auxiliaire n°2, femme, 51 ans)

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

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

s'autorisent à prendre des initiatives. (Infirmière n°2, femme, 34 ans)

Selon ces intervenants, la normalisation collective de la tâche des préposés constitue une barrière aux changements de pratique visés par l'exposition des préposés à l'AMV. Leur routine collective de travail, fortement dépendante de considérations relatives à la charge de travail, ne leur permet pas de développer des formes de pratiques innovantes destinées au bien-être du résident.

Discussion

La capacité de mise en œuvre de l'AMV par les préposés fait l'objet de controverses entre les préposés eux-mêmes et leurs collègues infirmières et infirmières auxiliaires. Si tous reconnaissent l'influence de l'organisation du travail, les premiers estiment que le collectif de travail est un facteur de protection, alors que les secondes jugent plutôt qu'il est une condition interne au groupe produisant de la résistance aux changements. Nous voulons explorer plus étroitement cette controverse.

Le rôle du collectif de travail des préposés

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

Les écrits scientifiques sur le thème de la collectivisation du travail chez les préposés montrent tous l'importance des compétences collectives mobilisées. Ce qui est appliqué sur le terrain, ce ne sont pas seulement des compétences prescrites par la formation, mais un assemblage de compétences collectives, en partie informelles, nécessaires pour répondre à la complexité de l'activité de travail et à l'intensification du travail quotidien. Plus

spécifiquement, la fonction du collectif est de donner les moyens nécessaires aux préposés pour gérer les objectifs contradictoires en termes de qualité et de quantité de travail (Sainsaulieu, 2003). Cette gestion se traduit en pratique par la maîtrise adéquate des rythmes de travail, soit le rythme rapide nécessaire pour répondre aux enjeux organisationnels en termes de charge de travail et le rythme lent relatif aux besoins des résidents. Nous avons montré ailleurs toute l'ingéniosité collective (Aubry, 2012) de ces acteurs pour construire des stratégies collectives dans le but de maîtriser ces temporalités. En ce sens, les préposés mettent en œuvre une connaissance particulièrement fine des situations de travail selon le critère de temps, à gagner ou à perdre : par exemple, sans éviter de répondre à leurs questions, ils éviteront, par exemple, de se retrouver dans des situations où les aidants familiaux sont présents dans la chambre des résidents, pour ne pas perdre trop de temps en conversation secondaires. De fait, les préposés mettent en œuvre un ensemble de normes collectives d'action pour parvenir à respecter ces objectifs contradictoires : on peut citer, par exemple, des normes relatives au plan de travail (placer les résidents les plus lourds au début ou à la fin du plan), ou à la gestion des phases de contact (alimenter deux résidents en même temps, afin de rester proche des résidents, tout en maîtrisant le temps). Ces normes collectives peuvent sembler contrevenir à l'esprit de l'approche, mais elles ont une légitimité certaine aux yeux des préposés, en ce qu'elles permettent de gérer pragmatiquement les objectifs contradictoires (Faulkner, 2008).

Étudier et utiliser le collectif comme levier de bonification des pratiques

L'originalité de nos résultats tient au fait qu'ils montrent en quoi les modèles de bonification des pratiques imposées aux préposés (approches, formation, principes de bonnes pratiques), même s'ils ont un objectif louable, ne prennent pas en considération l'usage collectif de compétences informelles nées de la pratique elle-même, et notamment des difficultés liées à la charge de travail. Plus encore, ces modèles considèrent le collectif comme une source de résistance au changement, et comme un écran qui s'érige entre la cible du changement et celui qui a le devoir de l'effectuer individuellement, c'est-à-dire le sujet travaillant.

Il serait possible d'inverser la posture, et de réfléchir aux manières par lesquelles le collectif peut aussi être un vecteur de changements, mais à partir d'une prise en compte fondamentale des conditions pragmatiques de réalisation du travail. Ce processus de collectivisation de la tâche peut

s'avérer fragile cependant. Certains auteurs tels qu'Estryn-Behar *et al.* (2011) notent que cette caractéristique se trouve nettement réduite actuellement dans les organisations gériatriques du fait du fort processus d'intensification du travail qui tend à fragiliser et effriter les collectifs. Assister l'organisation du travail revient néanmoins à prendre en considération la dimension collective du travail des préposés, et à considérer leur impossibilité structurelle à s'individualiser complètement dans leur travail quotidien. Plutôt que de pousser les préposés à devenir individuellement les porteurs de compétences spécifiques - comme dans le cadre de la formation AGIR (MSSS, 2008) -, pourquoi ne pas tenter de développer les compétences collectives de ces mêmes préposés ? Il suffirait de considérer que le pouvoir des préposés à réguler collectivement leur tâche n'est pas une source de résistance au changement, mais un levier pertinent pour la création et la diffusion de compétences informelles pragmatiquement en phase avec le contexte gériatrique actuel.

Une proposition pertinente a déjà été formulée par Yeatts, Cready, Ray, De Witt, & Queen (2004) et Cready, Yeatts, Gosdin, & Potts (2008) : les gestionnaires d'établissement devraient fournir une plus grande autonomie aux préposés dans les décisions organisationnelles quotidiennes. Une telle autonomie, certes encadrée, permettrait à ce personnel de s'appuyer positivement sur sa capacité collective de formation, plutôt que d'instruire des attitudes déconnectées des conditions réelles de réalisation de la tâche qui exacerbent les contradictions évoquées plus haut. Prenons l'exemple de la flexibilisation des horaires des bains et toilettes. Plutôt que de concentrer ces soins durant la matinée, l'AMV permet l'étalement des horaires jusque dans l'après-midi si, bien sûr, ce choix se réalise en concertation avec le résident, sa famille et l'équipe de travail. Les préposés tendent à refuser une telle flexibilisation, puisqu'elle remet en cause leur routine de travail : réaliser des toilettes l'après-midi reviendrait à devoir gérer des activités de nature différente (activités, sorties, toilettes, etc.), ce qui constitue pour les préposés un risque en termes de temporalité. Néanmoins, nous émettons l'hypothèse selon laquelle cette résistance serait moindre si les préposés disposaient de suffisamment de pouvoir pour contrôler, au moins en partie, leur propre planification de travail formel. Ce renversement d'un collectif jugé source de toutes les résistances, en collectif source de production continue de la compétence des préposés constitue un changement de paradigme majeur sans lequel toute amélioration de la qualité des services est pratiquement impossible.

De plus, considérer la dimension collective du travail des préposés pourrait avoir une importance notable concernant la collaboration des préposés, des infirmières auxiliaires et des infirmières. En effet, par le gain de temps occasionné grâce à l'usage positif des stratégies et compétences collectives, les préposés seront plus à même de mettre en pratique les principes de l'AMV et, ainsi, de collaborer étroitement avec les autres professionnels par l'intermédiaire de la transmission d'informations relatives au résident. Ainsi, il nous semble important que les infirmières comprennent et reconnaissent l'importance de cette dimension collective des pratiques des préposés afin de mieux gérer la collaboration interprofessionnelle dont elles ont, au moins en partie, la charge.

Notons que notre étude présente quelques limites. En effet, nous nous sommes intéressés seulement aux quarts de travail de jour, et non pas à ceux de soir ou de nuit, dont la réalité organisationnelle est différente. Par ailleurs, la saturation des données a été atteinte pour les préposés aux bénéficiaires, mais non pour les infirmières auxiliaires et infirmières. Précisément, nous n'avons pas interrogé autant d'infirmières et d'infirmières auxiliaires que de préposés sur la thématique proposée. De fait, une extension de cette étude auprès d'une plus grande population professionnelle, comme les préposés travaillant durant des quarts de travail différents ou auprès des chefs d'unité de vie, permettrait une plus grande précision des données. Enfin, il n'y a pas eu de procédure systématique pour s'assurer de la fiabilité du codage. Ceci a pu conduire à un biais dans l'analyse des données. Néanmoins, le contrôle actif du processus du codage et d'analyse par les trois chercheurs a permis de réduire ce risque.

Conclusion

Actuellement, au Québec, l'AMV oblige les intervenants, et plus particulièrement les préposés, à organiser le CHSLD comme un lieu de vie plutôt que comme un lieu de soin. Pour autant, ce souci de la qualité, certes louable, n'occulte pas le processus actuel d'intensification du travail dont souffrent les préposés. Selon eux, cette situation les oblige à développer et respecter collectivement une routine de travail, destinée prioritairement à la réduction de la charge de travail et au respect à minima des besoins des résidents. Les infirmières auxiliaires et infirmières remettent nettement en cause cet argumentaire, mettant plutôt en cause l'insuffisante responsabilisation individuelle des préposés face à cette routine.

Nous avons vu que la dimension collective du travail des préposés n'est pas qu'une contrainte empêchant le développement des initiatives individuelles. C'est aussi une source d'ingéniosité pour parvenir à respecter des exigences organisationnelles contradictoires. De fait, selon nous, une meilleure implication des préposés dans le cadre de cette approche ne peut pas s'effectuer par une formation individualisée. Au contraire, une manière de dépasser ce clivage entre contrainte collective et responsabilité individuelle concernant l'application d'une innovation tiendrait plutôt à l'utilisation du collectif comme levier pour la bonification des pratiques (Kinjerski & Skrypnek, 2008). En ce sens, les gestionnaires de changement en CHSLD pourraient faciliter l'application d'innovation en prenant appui sur la routine de travail des préposés, et sur les stratégies qu'ils mettent en œuvre collectivement (Aubry, Etheridge et Couturier, 2013).

Références

- Alderson, M. (2006). « Milieu de vie » ou « milieu de soins » : un débat chaud en centres d'hébergement et de soins de longue durée. *Vie et vieillissement*, 5(1), 9-15.
- Alderson, M. (2009). Les relations de travail d'infirmières œuvrant en soins de longue durée : source de souffrance et de fragilisation de leur santé mentale. *L'infirmière clinicienne*, 6(1), 1-10.
- Anderson, R. A., Ammarell, N., Bailey, D., Coloon-Emeric, C., Corazzini, K., Lillie, M., Piven, M. L., Utley-Smith, Q., & McDaniel, R. (2005). Nurse assistant mental models, sensing making, care actions and consequences for nursing home residents. *Qualitative Health Research*, 15(8), 1006-1021.
- Association des CLSC et des CHSLD du Québec. (2004) *Une vision pour les ressources publiques d'hébergement et de soins de longue durée*. Montréal : Association des CLSC et des CHSLD du Québec
- Aubry, F. (2012). Les rythmes contradictoires de l'aide-soignante. Conséquence sur la santé au travail de rythmes temporels contradictoires, en France et au Québec, *Temporalités*, 16. En ligne : www.temporalites.revue.org
- 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). En ligne: www.nursingworld.org/OJIN
- Aubry, F., Godin, K., & Couturier, Y. (2011). Les préposés aux bénéficiaires face au processus d'implantation de l'AMV en soins de longue durée : critiques et perspectives futures. *Vie et Vieillesse*, 9(3), 36-42.

- Belzile, L., Etheridge, F., Couturier, Y., Beaulieu, M., Aubry, F., Boujdémaa, M. (2011). Penser l'hébergement de longue durée comme un milieu de vie. Une condition de la bienveillance institutionnelle. *Forum*, 134(12), 32-39.
- Bourbonnais, R., Gauthier, N., Vézina, M., Viens, C., Durand, P. J., Brisson, C., Alderson, M., Bégin, P., & Ouellet, J.-P. (2005). Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail. *Pistes*, 7(2). En ligne : <http://www.pistes.uqam.ca>
- Caroly, S., & Clot, Y. (2004). Du travail groupe de pairs au groupe de pairs du travail. Développement des stratégies d'expériences. *Formation – Emploi*, 88, 43-55.
- Clément S., & Lavoie J. P. (2005). *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec*. Paris : Erès.
- Cognet, M., & Raigneau, L. (2002). Le genre et l'ethnicité : les critères voilés de la délégation des actes de santé. *Les Cahiers du Gres*, 3(1), 25-38.
- Cready, C., Yeatts, D., Gosdin, M., & Potts, H. (2008). CNA empowerment. Effects on job performance and work attitudes. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(3), 26-34.
- Estryn-Behar, M., Chaumon, E., Garcia, F., Milanini-Magny, G., Bitot, T., Ravache, A. E., & Deslandes, H. (2011). Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie, *@ctivités*, 8(1), 77-103.
- Fahey, C. (2003). Culture change in long term care facilities : changing the facility or changing the system ?, *Journal of social work in long-term care*, 2(1/2), 35-51.
- Faulkner, M. (2008). *L'organisation du travail et de l'entreprise*. Paris : L'Harmattan.
- Grégoire, A., Levesque, M., et Proulx, D. (2010). *Organisation du travail et revalorisation des pratiques : les rôles des membres de l'équipe de soins en CHSLD*, Sherbrooke : CSSS-IUGS.
- Guillemette, F. (2006). L'approche de la Grounded Theory pour innover ? *Recherches qualitatives*, 26(1), 32-50.
- Howe, J. L., & Witt-Sherman, D. (2006). Interdisciplinary educational approaches to promote team-based geriatrics and palliative care. *Gerontology & Geriatrics Education*, 26(3), 1-15.
- Kinjerski, V., & Skrypnek, B. J. (2008). The promise of spirit at work: increasing job satisfaction and organizational commitment and reducing turnover and absenteeism in long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(10), 17-25.
- MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*. Québec : Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Visites d'appréciation de la qualité des services*. Québec : Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS - Ministère de la santé et des Services sociaux (2008). *Agir auprès de la personne âgée. Programme de la formation pour les préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec : Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- OIIQ - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2000). *L'exercice infirmier en soins de longue durée. Au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie. Guide d'exercice*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Organisation Mondiale de la Santé (2010). *Classifying health workers: mapping occupations to the international standard classification*. Genève : WHO.
- Sainsaulieu, I. (2003). *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*. Paris : L'Harmattan.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche en sciences sociales: de la problématique à la collecte des données* (p. 337-360). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Yeatts, D., Cready, C., Ray, B., De Witt, A., & Queen, C. (2004). Self-managed work teams in nursing homes: implementing and empowering nurse aide teams. *The Gerontologist*, 44(2), 256-261.