

InterActions

Centre de recherche et de partage des savoirs  
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent • CAU

**LA FORMATION AGIR AUPRÈS DE  
LA PERSONNE ÂGÉE : IMPACTS SUR  
LA PRATIQUE DES PRÉPOSÉS  
AUX BÉNÉFICIAIRES EN CHSLD**

**YVES COUTURIER, Ph.D.**

**FRANÇOIS AUBRY, Ph.D.**

**FRÉDÉRIC GILBERT, Ph.D.**

JUILLET 2013

2

# La formation *Agir auprès de la personne âgée* : impacts sur la pratique des préposés aux bénéficiaires en CHSLD

## RÉALISATION

Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU

## AUTEURS

**Yves Couturier**, professeur agrégé, Université de Sherbrooke, Département de travail social, chercheur au centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU

**François Aubry**, stagiaire postdoctoral, Institut de recherche en santé et sécurité du travail (IRSST), chercheur au centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU

**Frédéric Gilbert**, professeur agrégé, Université de Québec à Montréal, Département d'organisation et ressources humaines et chercheur au centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU

## COORDINATION ET RÉVISION

**Geneviève Reed** et **Lyne Chayer**, centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU

## MISE EN PAGE ET PHOTOGRAPHIES

© Alexrath / 123RF

© Kzenon / 123RF

Service des communications, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU

## GRAPHISME

Le Zeste Graphique

## DIFFUSION

Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU :

[www.centreinteractions.ca](http://www.centreinteractions.ca)

© Centre InterActions, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU

## REPRODUCTION

Il est permis de reproduire à des fins purement informatives et non commerciales tout extrait du présent document pourvu qu'aucune modification n'y soit apportée et que le nom de l'auteur original et de la source soient clairement indiqués.

Ce carnet synthèse présente les résultats généraux d'une étude réalisée entre février et octobre 2012 au CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU, à Montréal, financée par le centre de recherche et de partage des savoirs InterActions. La formation *Agir auprès de la personne âgée (Agir)*, mise en place en 2008 par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), a pour objectif de transmettre des compétences aux préposés<sup>1</sup> aux bénéficiaires travaillant dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) public leur permettant de mieux prendre en compte les besoins de la personne âgée, et ainsi contribuer à transformer le CHSLD en un véritable *milieu de vie* (MSSS, 2003). Selon l'approche *milieu de vie* (AMV), promue par la formation *Agir*, les préposés aux bénéficiaires doivent être plus réceptifs aux besoins des résidents et réserver davantage de temps pour l'accompagnement quotidien de ces personnes.

L'étude menée a pour objectif principal d'explorer les effets d'une telle formation et comporte deux volets :

- les effets de la formation *Agir* sur les pratiques quotidiennes des préposés aux bénéficiaires;
- les effets de cette même formation sur la collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe de travail composée de préposés aux bénéficiaires, d'infirmières auxiliaires et d'infirmières-assistantes du supérieur immédiat (ASI).

---

<sup>1</sup> Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

Au Québec, nous assistons actuellement à un changement parmi la clientèle hébergée dans les CHSLD, laquelle se caractérise de plus en plus par une forte perte d'autonomie et une complexification de leur état physique et cognitif (maladie d'Alzheimer, obésité, etc.). Ce changement fait suite à une volonté ministérielle de privilégier le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, de soutenir le développement de ressources d'hébergement dites intermédiaires et, par conséquent, de resserrer les critères d'accès aux CHSLD; de fait, ces centres ne sont actuellement consacrés qu'aux personnes en très grande perte d'autonomie. Ce virage correspond à la fois à la nécessité de répondre aux besoins des personnes âgées et à la reconnaissance des effets délétères sur leur autonomie de formules d'hébergement lourdes. Assistant les résidents dans leurs pratiques quotidiennes, les préposés aux bénéficiaires sont au cœur des services offerts aux usagers en CHSLD et doivent de ce fait acquérir et utiliser des compétences spécifiques afin de répondre aux besoins de cette clientèle.

Il y a quelques années, dans un rapport découlant des visites d'appréciation de la qualité des services (2004), le MSSS constatait que les patients hébergés en CHSLD ne bénéficiaient pas de soins et d'assistance de qualité suffisante. Selon le MSSS, « la maîtrise de certaines compétences de base [...] est un préalable essentiel pour œuvrer auprès des personnes hébergées » (2003, p.17). Le MSSS observait 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 résoudre ce problème, le MSSS soulignait la nécessité de développer une nouvelle culture organisationnelle - conclusion qui rejoint les écrits scientifiques (Fahey, 2003) - notamment en instaurant l'approche *milieu de vie* (AMV). Cette approche peut être considérée comme une nouvelle manière de concevoir l'organisation des services, puisque le CHSLD ne doit plus être pensé seulement par les intervenants comme un lieu de soins, mais aussi et surtout comme un lieu de vie. Pour réaliser cet important changement dans la philosophie organisationnelle de soins, il est nécessaire de développer un partenariat avec le résident et sa famille. Ainsi, il a été promulgué que « chaque établissement implante un programme de formation continue en cours d'emploi, intégré au plan de mise en œuvre des orientations ministérielles » (MSSS, 2004, p. 94).

## Introduction : la formation Agir auprès de la personne âgée

<b>Introduction : la formation Agir auprès de la personne âgée</b>	3
<b>Présentation de l'étude et méthodologie</b>	6
<b>1. Les représentations des préposés aux bénéficiaires de la formation Agir</b>	7
a. La formation Agir : un retour sur les compétences, mais peu de nouveautés	7
b. Quel transfert de la formation dans la pratique?	9
<b>2. La formation Agir et la collaboration interprofessionnelle</b>	13
a. Les représentations des infirmières auxiliaires et des infirmières	13
b. Les représentations des préposés	16
<b>Conclusion</b>	18

### L'approche *milieu de vie* (AMV)

L'AMV repose sur le principe suivant : 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 grâce à 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 (Patrick, 1997; Howe et Witt-Sherman, 2006). Cette approche s'appuie donc sur un double ancrage : 1) le respect des choix et décisions exprimés par les résidents et leurs proches (Belzile et *coll.*, 2011) et 2) les transformations organisationnelles et professionnelles doit tenir compte de l'ensemble des conditions du travail, des stratégies managériales et des conditions de vie concrètes (alimentation, code de vie, sécurité, environnement physique, etc.). Il s'agit, par exemple, de favoriser la stabilité des intervenants afin que la culture organisationnelle soit réellement imprégnée des principes de l'approche. Cela produit un lien significatif et continu entre l'usager, ses proches et l'équipe soignante.



Le programme de formation *Agir auprès de la personne âgée* est soutenu par le MSSS (2008) dans l'ensemble des CSSS du Québec afin de transmettre aux acteurs professionnels les bases de l'AMV. Elle est destinée prioritairement aux préposés aux bénéficiaires déjà intégrés à l'organisation, afin qu'ils acquièrent des compétences spécifiques pour agir de façon optimale auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Elle cible en priorité les préposés œuvrant en soins de longue durée dans un contexte *milieu de vie*. La formation se compose de huit ateliers de formation ainsi que d'une formation pour les formateurs, les ateliers pouvant être choisis à la carte et sans obligations par les établissements, selon le besoin.

**Ateliers du programme de formation**  
*Agir auprès de la personne âgée*

Le préposé aux bénéficiaires (PAB) vis-à-vis des usagers			
<b>1) Agir pour maintenir et améliorer l'autonomie</b> Communication et relation aidante avec l'utilisateur	<b>2) Agir pour protéger</b> Troubles cognitifs, troubles de comportement et situations de crise	<b>3) Agir pour entourer</b> Soins palliatifs de fin de vie	<b>4) Agir pour préserver</b> Besoins physiologiques dans des contextes de soins <ul style="list-style-type: none"> <li>• de courte durée</li> <li>• de longue durée</li> </ul>
Le PAB vis-à-vis l'équipe		Le PAB vis-à-vis les proches	Le PAB vis-à-vis lui-même
<b>5) Agir pour collaborer</b> Rôle et contribution à l'équipe	<b>6) Agir pour sécuriser</b> Observations pertinentes et situations à risque	<b>7) Agir pour accompagner</b> Communication et relation avec les proches	<b>8) Agir pour prévenir</b> Respect des droits et de la dignité et prévention de la négligence et des abus

En plus de reconnaître la contribution spécifique du préposé dans l'intervention quotidienne auprès du résident, le programme de formation cherche à retransmettre des compétences à des préposés déjà en fonction (et idéalement diplômés) et à pérenniser l'usage de ces compétences dans le temps

Le programme doit aussi permettre de mieux comprendre les problématiques physiques et cognitives des résidents (par exemple : les déficits cognitifs, les troubles de comportement, etc.), de s'approprier des techniques adéquates pour y faire face et de favoriser le maintien de l'autonomie de la personne âgée.

La formation vise une mise à niveau des compétences, dans le but de normaliser une même approche collective par les préposés, de partager un langage commun et d'intégrer les connaissances aux bonnes pratiques. Un tandem composé d'un préposé aux bénéficiaires et d'un professionnel du CSSS (infirmière, mais aussi ergothérapeute, etc.) agit à titre de formateur. Le professionnel détient ici une fonction d'expert clinique, tandis que le préposé est reconnu comme un expert de cas lié à la réalité de l'unité; celui-ci détient également un rôle d'expert auprès de l'équipe de travail pour assurer le suivi après la formation.

## Présentation de l'étude et méthodologie

Notre mandat principal était d'explorer les effets de la formation *Agir* offerte aux préposés aux bénéficiaires et d'identifier les conséquences positives ou négatives de cette formation sur 1) les pratiques quotidiennes des préposés, et 2) la performance du réseau interprofessionnel d'intervenants (préposé – infirmière auxiliaire – infirmière). De ce fait, notre étude s'est développée en deux volets, le premier ciblant spécifiquement les pratiques des préposés, et le second s'intéressant davantage aux pratiques de collaboration interprofessionnelle.

Considérant que ce mandat nous a été donné après l'implantation de la formation au sein du CSSS, nous ne pouvions réaliser une évaluation des effets pré/postformation à partir de critères comparatifs précis. Nous avons plutôt opté pour une étude qualitative, afin de recueillir les représentations (Paillé & Mucchielli, 2008) des intervenants après la formation. C'est sur la base de leurs représentations que nous voulions identifier les impacts de la formation *Agir* et les transformations éventuelles des pratiques et de la collaboration des intervenants du réseau professionnel dans les centres d'hébergement.

Dans le cadre du premier volet, nous avons réalisé des entrevues semi-dirigées (Vermersch, 2006) avec 27 préposés aux bénéficiaires<sup>2</sup>.

Nous avons également réalisé des entrevues (de 60 à 90 minutes) auprès de trois chefs d'unité de vie sur la même thématique. Les répondants ont été choisis dans deux services de deux centres d'hébergement ayant offert la formation *Agir* au sein du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent-CAU (CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci et le CHSLD Saint-Joseph-de-la-Providence). Au sein de ces CHSLD, trois ateliers furent choisis, mais c'est uniquement l'atelier *Agir pour maintenir et améliorer l'autonomie : communication et relation aidante avec l'utilisateur* qui a fait l'objet de notre étude.

Nous avons également réalisé douze journées d'observation (Kohn et Nègre, 2003) de huit heures chacune : six dans un service du CHSLD Saint-Joseph-de-la-Providence, et six autres dans un service du CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci. Dans chaque cas, nous avons suivi un préposé aux bénéficiaires durant son travail quotidien dans chaque service, et ce, durant trois jours, pour un total de quatre préposés. Nous avons voulu identifier et répertorier les éventuelles influences de la formation sur le travail collectif des intervenants. Nous avons été particulièrement attentifs aux situations d'interactions entre préposés eux-mêmes, et entre préposés et autres intervenants (infirmières auxiliaires et infirmières), principalement dans les situations de contacts avec le résident.

<sup>2</sup> Douze entrevues avec des préposés du quart de jour ayant reçu la formation *Agir*; cinq entrevues avec des préposés du quart de soir ayant reçu la formation *Agir*; cinq entrevues avec des préposés aux bénéficiaires ayant la fonction d'« orienteurs » des nouvelles recrues; cinq entrevues avec des préposés aux bénéficiaires avec moins de six mois d'expérience, qui n'ont pas reçu la formation *Agir*.

Dans le cadre du deuxième volet, nous avons réalisé des entrevues semi-dirigées (de 60 à 90 minutes) avec dix préposés ayant suivi la formation *Agir* (autres que ceux interrogés durant le premier volet), six infirmières auxiliaires et six infirmières. La même grille d'entrevue a été utilisée pour les préposés. Ces intervenants ont été choisis dans deux services de deux centres d'hébergement ayant offert la formation *Agir* soit le CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci et le CHSLD Saint-Joseph-de-la-Providence. Nous avons sélectionné principalement des intervenants travaillant sur des quarts de jour, étant donné la variété des situations de contacts lors de cette phase de travail (période de toilettes, de repas, etc.).

## 1. Les représentations des préposés aux bénéficiaires de la formation *Agir*

Les principaux résultats du premier volet de l'étude se concentrent entièrement sur les représentations de la formation par les préposés aux bénéficiaires et les causes favorables ou défavorables à l'application des compétences issues de la formation, notamment l'atelier *Agir pour maintenir et améliorer l'autonomie : communication et relation aidante avec l'usager*.

### a. La formation *Agir* : un retour sur les compétences, mais peu de nouveautés

Nos résultats montrent que la formation *Agir* est largement appréciée par les préposés aux bénéficiaires, quel que soit leur quart de travail. Ils estiment que la formation a principalement permis de consolider des compétences qu'ils jugent maîtrisées dans leur pratique. Ceux-ci reconnaissent l'utilité des compétences travaillées dans le cadre de cette formation, puisqu'elles répondent majoritairement à des problématiques de terrain, que les problématiques physiques et cognitives des résidents sont importantes et appellent une compétence communicationnelle accrue.

Ainsi, l'ensemble des préposés note que **cette formation est en lien direct avec des préoccupations vécues quotidiennement en CHSLD**.

Néanmoins, cette même opinion positive est contrebalancée par une **critique concernant le caractère innovant de cette formation**. Pour les préposés, bien que les compétences transmises par cette formation répondent à des problématiques de terrain, la majorité d'entre eux considèrent que les compétences abordées ont déjà été transmises dans le cadre de leur formation initiale (pour la majorité d'entre eux, par le diplôme d'études professionnelles en assistance à la personne en établissement de santé). Ainsi, ils estiment que cette formation leur permet de réviser des compétences déjà apprises et parfois oubliées, mais qui ne leur permettrait pas d'acquérir de nouvelles connaissances.



*C'est une formation qui est bienvenue parce que nous, on est confronté à des personnes lourdes, avec beaucoup de pathologies [...]. Si on veut faire en sorte que ça devienne Milieu de vie, je pense que ça prend de bonnes manières de faire, des bonnes pratiques, toutes les formations sont bienvenues.*

(PAB, NDM, quart de jour)

*Une formation de un ou deux jours, c'est trop court, on n'a pas le temps de voir tout ce qu'on pourrait faire pour améliorer nos manières de prendre en charge le résident. On devrait faire une formation plus longue et, surtout, une formation continue, avec des retours plus réguliers sur ce qu'on a appris, sur la manière dont on met en pratique nos savoir-faire.*  
(PAB, NDM, quart de jour)

*Agir, c'était une bonne formation, mais on avait déjà tout vu ça. Je veux dire que ça a bien servi pour nous rappeler peut-être des manières de faire qu'on avait un peu oublié pour le résident, comme savoir communiquer avec des personnes qui se sentent agressées. Mais je ne peux pas dire que j'ai appris quelque chose de vraiment nouveau.* (PAB, NDM, quart de soir)

Cette opinion est partagée par une majorité des préposés interrogés. Mais ils sont par contre divisés sur la pertinence d'une telle révision. Si la majorité des préposés s'accordent sur la valeur de principe d'une révision des compétences, une partie d'entre eux considère toutefois qu'**une telle formation devrait plutôt s'ajuster aux nouvelles exigences de compétences en lien avec la réalité du terrain et des services**, notamment quant aux troubles cognitifs et physiques des résidents. En ce sens, une partie des préposés considère qu'une formation sur la thématique des troubles psychiatriques ou prothétiques serait une option à considérer, ou encore sur les soins palliatifs ou les soins à apporter aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

*Plutôt qu'une formation comme Agir sur des choses bien générales qu'on sait déjà, je propose qu'on fasse des formations plus axées sur les besoins médicaux des personnes, que je comprenne mieux leurs besoins, leur situation. Sans ça, je pallie tous les jours, mais je pourrais sans doute mieux communiquer, par exemple, si je connaissais leurs problèmes... Mais je ne veux pas qu'on fasse cette formation Agir, mais qu'on fasse de vraies formations qui aboutissent à des plus grandes connaissances pour nous [...] D'ailleurs, c'est les compétences en lien avec le médical que j'ai le plus aimé dans Agir. Le reste ne me sert pas vraiment, je le connaissais déjà.* (PAB, SJP, quart de jour)

Sur la forme, **allier un préposé et un acteur professionnel dans le cadre de la formation est unanimement considéré comme une bonne idée**. Ceci permettrait de rapprocher les ateliers de la réalité du terrain. Cependant, **la forme de certaines activités de l'atelier a été critiquée**; certains préposés auraient en effet davantage souhaité que les contenus de formation soient réalisés sur le terrain, afin de connaître la véritable portée des compétences apprises.

*Ce que je trouve dommage, c'est qu'on a fait juste des mises en situation, des sketches, mais on aurait pu être plus proche du terrain, prendre de vrais exemples pour que ça parle [...]. On faisait allusion parfois à certaines personnes, ou situations, mais ça aurait pu être plus concret.* (PAB, SJP, quart de jour)

**La durée de la formation (un ou deux jours, selon la nature des ateliers) est considérée insuffisante** relativement au nombre de compétences nécessaires pour mieux aborder les différentes complexités issues du terrain, le maintien et l'amélioration de l'autonomie, de même que pour la promotion d'une communication satisfaisante et d'une relation aidante avec l'utilisateur.

De ce fait, les préposés proposent une **prolongation de la formation** sur le long terme, dans le sens d'une **formation continue**.

## Résumé

Sur le fond, un certain consensus existe parmi les préposés, quels que soient leur expérience et leur quart de travail : la formation *Agir* permettrait de réviser des connaissances utiles, notamment dans le cadre d'une communication efficace avec le résident. Mais la superficialité des compétences transmises fait l'objet de nombreuses critiques. Sur la forme, la durée de la formation est jugée insuffisante pour considérer la diversité et la complexité des situations de la pratique.

## Recommandations

- Cibler davantage les formations offertes aux préposés sur des objets spécifiques, en lien avec les problématiques vécues actuellement par les résidents en CHSLD (problèmes psychiatriques, soins palliatifs, etc.).
- Proposer, dans le cadre de futures formations, des mises en situation réelle, afin de mieux apprécier l'utilité et l'efficacité des compétences issues de la formation.
- Augmenter la durée de la formation et proposer régulièrement des rappels et mises en situation.



### **b. Quel transfert de la formation dans la pratique?**

Nous avons vu précédemment que les compétences issues de la formation sont globalement bien perçues par les préposés aux bénéficiaires. Ils voient dans cette formation la possibilité de réactualiser les compétences qu'ils devraient maîtriser. Pour autant, lorsqu'on les interroge sur l'application de cette formation, les critiques sont importantes. **Les compétences actualisées par la formation sont utilisées dans quelques cas spécifiques, mais ne répondraient pas aux exigences réelles du terrain qui imposeraient un retour à la « routine ».** Par routine, les préposés entendent une certaine habitude quotidienne des pratiques, par laquelle l'enjeu principal n'est pas seulement la qualité des pratiques offertes au résident, mais la capacité de réaliser le travail « prescrit » par les conditions objectives et durables du travail, sans pour autant faire acte d'insuffisance, voire de maltraitance. La routine réelle de travail ne serait pas dictée par les réponses à donner aux besoins des résidents, mais plutôt par un plan de travail formel (écrit sur papier, dans un CHSLD) et informel (conception collective des horaires par les préposés, dans les deux CHSLD). Et les mêmes perspectives sont ressenties par les préposés de quart de jour et de soir, par les anciens et les nouveaux.

*Si on veut faire du milieu de vie, il faut réduire le nombre de résidents par préposés, ou alors augmenter le nombre de préposés, surtout le matin. C'est sûr qu'on a un temps plus calme vers 13 heures, où là, on a plus de temps pour aller voir la personne... mais encore. Par contre, le matin, ce n'est pas possible.*  
(PAB, SJP, quart de jour)

*Dans le fond, une formation comme ça, le problème, c'est qu'on revient tout de suite dans notre routine, c'est vrai, il y a de belles idées, mais pour les mettre en application, ça prend de changer nos habitudes, et ça, tout le monde est pas prêt à faire le saut.* (PAB, NDM, quart de soir)

Ainsi, selon les préposés, la formation *Agir* permettrait de mieux réaliser certaines pratiques très précises (ex : mieux traiter les cas de gavage, calmer un résident anxieux, etc.), mais ne permettrait pas de questionner les véritables enjeux organisationnels qui contraindraient la mise en application de l'approche *milieu de vie*. Plus précisément, les préposés soulignent que **les problématiques organisationnelles relatives à la charge de travail** et à l'intensification des rythmes de travail, causées en partie par les forts troubles cognitifs et physiques des résidents et au fort ratio préposé/résident (notamment au CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci), les empêchent de mettre en œuvre des pratiques de qualité issues de la formation *Agir*.

*On a sept résidents ici, à Notre-Dame-de-la-Merci, en quart de jour. Moi je veux bien qu'on fasse du milieu de vie, mais avec autant de travail, c'est impossible. Il suffit qu'il y ait un incident, quelque chose qui change par rapport à d'habitude, et on doit déjà reculer le moment de faire des actes d'hygiène, comme les ongles ou la barbe. Alors je pense que la formation *Agir*, ça met en avant de belles idées, mais ce n'est pas possible de mettre ça en application complètement.* (PAB, NDM, quart de jour)

On retrouve ici un principe fondamental du discours des préposés sur leur propre activité : l'application de pratiques de qualité, promues par la formation *Agir*, serait rendue complexe du fait même de **la lourdeur de la tâche**, principalement durant le quart de jour et plus particulièrement le matin. Selon eux, il serait impossible de mettre en pratique des actes d'assistance permettant de mieux maintenir l'autonomie de la personne entre sept heures et onze heures puisqu'ils ne disposeraient pas de suffisamment de temps pour effectuer ce type d'acte de manière satisfaisante.

Au-delà de ces considérations, les préposés notent qu'une des difficultés à mettre en œuvre la formation *Agir* concerne le manque de concordance des représentations de l'ensemble des intervenants sur ce qu'est l'approche *milieu de vie*, et sur ce que sont des pratiques dites de qualité. En effet, **les « bonnes » pratiques ne feraient pas l'objet d'un consensus entre les acteurs**, puisqu'il y existe une contradiction entre la nécessité d'entrer dans le temps, pour le bien commun des résidents, et la nécessité d'adapter les pratiques aux besoins des résidents, pour leur bien-être individuel.

Prenons deux exemples, un premier concernant la rotation des préposés et un second l'heure de la toilette quotidienne. **La rotation des préposés**, c'est-à-dire le fait que ceux-ci changent régulièrement de service de travail (par exemple, tous les mois), a pour objectif initial de produire une distance entre les préposés et les résidents ainsi qu'à modifier les éventuelles routines de travail. Dans les sections

étudiées du CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci, cette rotation des postes existe, mais pas dans celles du CHSLD Saint-Joseph-de-la-Providence. Il semble qu'un certain désaccord subsiste chez les préposés quant à l'effet d'une telle rotation sur l'amélioration de la pratique envers les résidents et l'autonomie de ceux-ci. Les préposés qui doivent effectuer un roulement de service ou de section notent qu'il faudrait davantage privilégier une équipe stable. Selon eux, **l'instabilité des équipes provoque une détérioration du lien avec les résidents et une plus grande méconnaissance de leur situation clinique**. De même, le fait de multiplier les intervenants auprès des résidents ne serait pas une bonne option en termes de milieu de vie, puisque cela empêcherait les préposés de connaître les « bons coups » dans l'objectif de l'amélioration de l'autonomie. Une telle situation ne permettrait pas aux préposés de connaître le résident dans son intimité ce qui, pourtant, pourrait être une manière d'appliquer adéquatement l'approche *milieu de vie*.

*Quand tu es dans une même équipe stable, sans rotation, tu peux te retrouver avec des patients plus durs que d'autres. Moi j'ai dû m'occuper d'un cas psychiatrique, pendant des années, et ça a été tellement difficile, pour moi, pour le résident et pour les familles! (PAB, NDM, quart de jour)*

*On est dans une équipe qui fait la rotation. Ça veut dire qu'on ne voit pas toujours les mêmes résidents. Et pour moi, c'est un problème, ça créé pas une relation de pleine confiance avec le résident. Faut comprendre que lui, ce qu'il veut, c'est rester avec du personnel qu'il connaît, qui saura quand il sera en demande de quelque chose, quand il aura besoin [...]. C'est pareil pour la formation Agir, ça nous apprend à mieux communiquer avec la personne soi-disant, oui, mais quand ça doit changer tous les mois ou tous les deux mois, je ne vois pas l'amélioration. (PAB, NDM, quart de jour)*

Pourtant, les préposés connaissant une stabilité d'équipe pensent plutôt qu'une mobilité mensuelle de l'équipe de travail serait une solution idéale. En effet, **stabiliser une équipe de préposés avec les mêmes résidents durant une longue période de temps est perçu par eux comme une complexification de la tâche**. Ceci crée une relation d'affinité que certains préposés jugent « morbide », puisqu'elle serait à l'origine d'un lien de dépendance trop étroit entre l'intervenant et le résident. La complexité est là même lorsque les préposés se retrouvent pris avec des résidents qu'ils considèrent « difficiles », par exemple les résidents récalcitrants aux manipulations physiques. Ainsi, l'interconnaissance résident-préposé permet certainement une amélioration de l'autonomie de la personne étant donné la connaissance précise par le préposé des besoins et limites du résident; mais un contact prolongé peut retourner cet avantage en inconvénient, puisque la relation entre les deux personnes pourrait se détériorer.

*[...] je trouve que le manque de rotation, ça provoque de gros désordres parce qu'on est pogné avec une personne pendant des mois, parfois des années. Oui, on va bien la connaître, mais on va créer une relation de dépendance. La préposée qui va me remplacer la fin de semaine, elle va vivre des mauvais jours de travail parce que le résident ne se retrouvera pas dans ses pratiques à elle, il voudra les miennes. (PAB, NDM, quart de jour)*

*J'aimerais que les infirmières auxiliaires et infirmières, voire les chefs d'unité de vie, nous disent : OK, tu peux faire ça, tu peux prendre du temps, faire cette toilette l'après-midi. Et on devrait pouvoir en parler facilement, en discuter. Ça ne me dérange pas de le faire, mais je ne veux pas qu'on dise de moi que je travaille mal ou que je suis lente parce que j'ai choisi de faire une toilette en après-midi, ou me retrouver à m'expliquer devant la chef d'unité de vie. (PAB, NDM, quart de jour).*

Ce dernier exemple est significatif, car il permet d'entrevoir la difficulté des préposés à considérer ce que serait la meilleure option en termes de rotation du personnel et la complexité de définir ce qu'est une pratique de qualité relative à la distance auprès du résident.

Un second exemple concerne **l'heure de la toilette quotidienne**, durant les quarts de jour, le matin. Il est convenu collectivement par l'ensemble de l'équipe de travail que les toilettes des résidents doivent être effectuées durant la période du matin (entre sept heures et onze heures). Mais certains préposés pensent que cette pratique peut aussi être réalisée l'après-midi, si le résident l'accepte ou le demande. Ces intervenants considèrent que ce choix découle de l'approche *milieu de vie*, puisqu'il répond directement à la demande du résident; il permet par ailleurs de garder davantage de temps pour les pratiques du matin, afin d'appliquer les compétences de la formation *Agir*. Les préposés insistent sur le fait que cette idée a été proposée dans le cadre des ateliers de la formation, mais que ce type de pratiques peut être à la source de quelques conflits « éthiques ».

*Moi j'essaie de faire la toilette d'une madame l'après-midi, elle le veut bien, donc je me dis que c'est une bonne idée : on s'occupe mieux de la dame, et on prend le temps le matin; d'ailleurs on en avait parlé dans la formation Agir. Mais on m'a déjà reproché de pas faire le travail comme il faut, de pas avoir fini dans les temps. Il y a comme une sorte de blocage à faire les pratiques autrement. (PAB, NDM, quart de jour).*

En effet, d'autres préposés notent que ce type de pratique irait à l'encontre de l'approche *milieu de vie* : selon eux, effectuer une toilette après onze heures serait une preuve d'incompétence, voire d'inhumanité, puisque les résidents, dans l'optique d'une définition générale de la bientraitance, devraient être prêts pour leur journée à partir de onze heures.

*Les préposés qui finissent leurs toilettes en après-midi, je trouve que c'est une très mauvaise idée. Ce n'est pas comme ça qu'on met en application ce qu'on apprend dans la formation. Je dis ça, car on en avait parlé durant la formation. Mais vous croyez que la madame, ou les résidents, ils ont envie d'avoir leur toilette l'après-midi? Non, moi j'accepterai jamais ça. (PAB, SJP, quart de jour).*

On constate ainsi à quel point **les représentations des préposés sur la définition du milieu de vie peuvent être variées**. Les préposés n'hésitent pas à aborder leur incertitude autour de cette définition qui, selon eux, devrait être clarifiée par la voix de leur hiérarchie immédiate : infirmières auxiliaires, infirmières ou chefs d'unités. **L'approche milieu de vie devrait ainsi faire l'objet d'une prise de position institutionnelle** qui aiderait le collectif des préposés, et les préposés individuellement, à gérer les éventuelles contradictions entre l'approche et les conditions objectives du travail.

## Résumé

Les préposés notent qu'il est difficile de mettre en pratique les compétences issues de la formation *Agir* en raison de la lourde charge de travail, notamment durant le quart de jour. En effet, malgré la formation, ils constatent le retour rapide vers une forme de routine, c'est-à-dire vers une forme d'application séquentielle des pratiques sans prise en compte des compétences acquises. Enfin, les préposés notent une difficulté à s'entendre sur ce que devraient être des bonnes pratiques, au sens de l'approche *milieu de vie*. Les préposés souhaitent donc un meilleur accompagnement professionnel pour clarifier les pratiques légitimes, dans le contexte de leur routine quotidienne

## Recommandations

- Augmenter le temps disponible des préposés auprès des résidents (augmentation durant le quart de jour du nombre de préposés durant certaines tranches horaires, par exemple).
- Évaluer les impacts de la rotation/stabilité des préposés aux bénéficiaires auprès des résidents dans le contexte de l'approche *milieu de vie*.
- Clarifier les pratiques légitimes prônées par les établissements dans le cadre de l'approche *milieu de vie*, en tenant compte des conditions réelles de travail des préposés aux bénéficiaires

*Je pense que c'est une très bonne idée de faire ce genre de formation, parce que oui, les préposés doivent apprendre à mieux répondre aux besoins des résidents, il faut qu'ils connaissent bien leurs résidents, donc ça prend quelques savoir-faire, et puis c'est une formation qui permet de les valoriser un peu, ils n'ont pas beaucoup l'occasion d'être reconnus pour ce qu'ils font.  
(Infirmière, SJP)*

## 2. La formation *Agir* et la collaboration interprofessionnelle préposés – infirmières auxiliaires – infirmières

Les résultats issus du deuxième volet de l'étude se concentrent sur les représentations des préposés, infirmières auxiliaires et infirmières des effets positifs ou négatifs de la formation *Agir* sur la collaboration interprofessionnelle.

### a. Les représentations des infirmières auxiliaires et des infirmières

Les infirmières et les infirmières auxiliaires partagent le point de vue des préposés aux bénéficiaires concernant l'intérêt d'une formation telle qu'*Agir* pour améliorer les pratiques de ces derniers. Selon elles, **la formation *Agir* est une voie intéressante de développement des compétences** afin de réaliser un accompagnement de qualité, ce qui permettrait également de donner une forme de reconnaissance pour les préposés.



Les infirmières et les infirmières auxiliaires perçoivent que le métier de préposé aux bénéficiaires nécessite le développement de meilleures compétences et de plus grandes habiletés relationnelles. Si, dans le premier volet, nous avons vu que les préposés sont assez confiants quant à la qualité de leur pratique, nous entrevoyons, dans le deuxième volet, comment les autres intervenants de l'équipe de travail jugent que cette qualité pourrait être nettement améliorée, dans une perspective de professionnalisation. Pour cela, les infirmières et infirmières auxiliaires estiment que **les préposés devraient faire montre d'une plus grande motivation à l'égard de leur professionnalisation.**

*Le problème que je constate avec les préposés, ce n'est pas du côté des compétences, je pense qu'ils savent faire le travail, que la formation Agir joue comme une fonction de rappel, et que la plupart ont d'ailleurs une formation de base solide. Mais, c'est la motivation [...]. On a l'impression que certains ne veulent pas travailler, alors mettre en application des formations comme Agir, oui, mais s'ils ont la motivation pour le faire [...]. Une vraie évaluation, ça pourrait aider. (Infirmière, NDM)*

Les infirmières et les infirmières auxiliaires constatent que la formation est aussi difficilement applicable, considérant les problèmes organisationnels déjà illustrés plus haut. Mais les raisons invoquées ne sont pas tout à fait identiques à celles des préposés. Par exemple, pour les infirmières auxiliaires, le faible nombre de préposés par section explique, au moins en partie, la difficulté de mettre en application les compétences apprises. Mais la solution ne serait pas unilatéralement, ni selon elles, ni selon les infirmières, l'augmentation du nombre de préposés.

*Il y a un problème de charge de travail, je veux dire que sept résidents par préposés, t'as beau vouloir faire du milieu de vie, ça marche pas [...]. Après, l'augmentation du nombre de préposés ou baisser le nombre de résidents, 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 ne prenaient pas leur temps en plus pour être avec les résidents. Ils étaient juste moins vite la journée. (Infirmière auxiliaire, NDM)*

Le manque de motivation individuelle serait, selon elles, la raison principale de la non-application des compétences de la formation *Agir*. Plus précisément, ce serait la motivation permettant de sortir de la routine collective de travail des préposés qui fait défaut et qui est pointé comme un problème majeur.

*La motivation des préposés, c'est le problème principal, faire en sorte qu'ils (les préposés) 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, NDM)*

Ainsi, les infirmières et les infirmières auxiliaires notent toute **l'importance de « briser » cette routine de travail** dictée principalement par des considérations de l'ordre des rythmes de travail, plutôt que par la qualité des pratiques. La faible motivation des préposés expliquerait **leurs difficultés à prendre des initiatives** dans des situations où leur jugement est engagé, c'est-à-dire à dépasser le cadre de la routine ou du plan de travail pour effectuer des actes de proximité.

*Ce que moi je remarque, et pour ça, ça prendrait une formation, c'est leur incapacité, aux préposés, de prendre des initiatives hors de leur routine. Par exemple, quand ils voient qu'une personne est agitée, ils pourraient s'occuper d'elle avant une autre, même si ça 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, SJP)*

Une autre problématique concerne très spécifiquement **les difficultés de communication dans le partage ou la délégation des tâches** au sein de l'équipe de travail. Les infirmières et infirmières auxiliaires notent que le lien de collaboration interprofessionnelle souffre de la réticence des préposés à admettre que certaines tâches générales ou connexes peuvent leur être demandées, dépendamment de leur nature.

*On a toujours une difficulté à leur demander des tâches bien spécifiques. C'est comme si elles se sentent offusquées quand on leur demande quelque chose. Par exemple, moi j'ai déjà fait part de certaines remarques à deux préposés qui, selon moi, devraient modifier un peu leurs pratiques envers un résident, alors elles disent « oui, oui... ». Mais elles ne changent jamais. C'est pareil quand on leur propose des modifications dans leur routine. Ça ne change pas. (Infirmière auxiliaire, SJP)*

Une dernière remarque émise par les infirmières et infirmières auxiliaires concerne **l'évaluation de la formation, et sa prolongation dans le temps**. Pour elles, il est nécessaire que cette formation soit évaluée, puisque c'est par cette voie que les préposés se donneront le mandat de développer les compétences requises.

*La formation devrait être évaluée, pour voir si certaines choses sont appliquées ou non. Parce que sans évaluation, les préposés ne seront pas poussés à mettre en application les compétences apprises, à mon avis [...]. Et puis il devrait y avoir des retours sur les choses apprises mais mal appliquées. (Infirmière, SJP)*

**Résumé**

Selon les infirmières et les infirmières auxiliaires, la formation *Agir* est une bonne façon de transmettre des compétences nécessaires aux préposés et pour valoriser ce métier. Malheureusement, l'application des compétences issues de cette formation est contrecarrée en partie par la lourde charge de travail, mais aussi par le manque de motivation de certains préposés découlant directement d'un mode routinier de l'organisation du travail. Les infirmières et les infirmières auxiliaires demandent ainsi à ce que les préposés prennent plus d'initiatives malgré cette routine, qu'ils acceptent davantage leurs conseils et que la formation soit évaluée et perpétuée dans le temps.

**Recommandations**

- Implanter un programme d'évaluation des compétences acquises par la formation *Agir* ainsi qu'une formation de type « continu ».
- Définir un type d'accompagnement professionnel qui permette aux préposés aux bénéficiaires de faire preuve d'initiative dans l'application des compétences transmises dans le cadre de la formation *Agir*, tout en tenant compte de leur charge de travail.

**b. Les représentations des préposés**

Nous avons identifié dans le cadre du premier volet les représentations des préposés concernant la formation *Agir* et son applicabilité sur le terrain. Qu'en est-il, selon eux, des conséquences de cette formation sur la collaboration interprofessionnelle? Il faut noter tout d'abord que **la majorité des rapports vécus entre les préposés et les infirmières auxiliaires est positive**, dans la mesure où ce personnel entretient un lien d'affinité relatif à la proximité de leurs tâches et à leur co-présence fréquente dans les mêmes espaces de travail (chambres des résidents, corridors, etc.). De ce fait, **la formation *Agir* peut être appliquée adéquatement si un lien de confiance se crée** entre ces deux catégories d'intervenants, notamment autour du plan de travail.

*Accepter de faire la formation Agir, enfin de mettre en œuvre ce qu'on nous demande de faire, ça demande qu'on ne suive pas le plan de travail à la lettre... qu'on prenne de la liberté par rapport à ça. Je sais que les autres préposés, enfin certains d'entre eux, ont bien de la misère avec ça. Alors faut que l'infirmière auxiliaire, elle n'ait pas de misère à comprendre que ça prend un peu de liberté si on veut faire le milieu de vie. (PAB, SJP, quart de jour).*

Mais le lien avec **les infirmières** semble bien plus distant. Celles-ci sont représentées par les préposés **comme étant trop éloignées de la situation de travail** pour comprendre leurs difficultés à mettre en pratique les compétences promues par la formation *Agir*.

*Les infirmières, elles sont dans les bureaux, on ne les voit pas beaucoup, à moins d'un problème grave ou d'une chicane avec les familles. On les voit aux transmissions et aux multi, mais c'est rapide. Mais ce que je n'aime pas, c'est qu'elles viennent nous dire qu'on devrait prendre plus de temps pour le résident, mais on n'a pas le temps, on ne peut pas faire plus que maintenant (PAB, NDM, quart de jour)*

Les préposés évoquent l'idée d'**augmenter le nombre de rencontres d'équipe** afin de mieux coordonner les activités et de mieux comprendre les propositions provenant des infirmières auxiliaires et des infirmières.

Un autre aspect concerne **l'intégration des jeunes recrues**. À ce sujet, en lien avec les données tirées du premier volet de la recherche, les préposés critiquent le peu de temps mis à leur disposition pour intégrer les recrues et pour leur proposer des pratiques de qualité envers les résidents.

*Moi je suis responsable de l'orientation des recrues, et ce qu'on constate c'est qu'on a trop peu de temps pour faire correctement l'orientation; on doit faire notre travail du jour et on doit intégrer le ou la nouvelle. Alors si on se retrouve avec une bonne préposée, ça va. Mais il faut quand même expliquer la technique, les lieux, et puis les habitudes des résidents. (PAB, SJP, quart de jour)*

Du point de vue de la collaboration interprofessionnelle, **la relation entre les préposés et le personnel d'agence** représente sans doute l'aspect le plus critiqué par les préposés. Ceux-ci remettent en question les compétences de ce personnel. Selon eux, c'est le personnel titulaire qui devient officieusement responsable de la qualité des pratiques, occasionnant un accroissement de la charge de travail, ce qui empêche la mise en application de compétences proches de celles proposées dans le cadre de la formation *Agir*.

*Les agences, c'est toujours problématique. On peut tomber sur des bonnes personnes, compétentes, mais souvent c'est des personnes on se demande ce qu'elles font. Alors je comprends qu'il faut du personnel pour nous remplacer, mais d'un côté on nous dit qu'il faut développer des approches de Milieu de vie pour mieux servir les résidents, et de l'autre on nous colle du personnel qui ne sait pas se servir d'un bain... Ça ne marche pas. (PAB, SJP, quart de jour)*

*Une ou deux rencontres d'équipe de plus par semaine, ce serait très bien, ça permettrait de parler des problèmes qu'on rencontre tous les jours auprès des infirmières, de leur demander conseil, etc.  
(PAB, SJP, quart de jour)*

## Résumé

Les préposés notent d'une part que leurs difficultés à appliquer la formation *Agir* sont bien comprises par les infirmières auxiliaires, proches du « plancher ». D'autre part, selon eux, les infirmières leur demandent de mettre en application la formation *Agir* sans pour autant comprendre que leurs difficiles conditions de travail empêchent de mener à bien ce type de projet. Des efforts doivent être consentis dans l'intégration des nouvelles recrues et du personnel d'agence à l'organisation, puisque leur manque d'expérience peut entrer en contradiction avec l'application de l'approche. Enfin, les préposés souhaitent une meilleure collaboration interprofessionnelle afin d'améliorer la mise en œuvre de l'approche.

## Recommandations

- Libérer les préposés orienteurs plus qu'une journée afin de mieux intégrer les recrues.
- S'assurer de la compétence du personnel d'agence recruté et améliorer l'intégration du personnel d'agence, même si sa fonction est provisoire.
- Augmenter le nombre de rencontres d'équipe portant sur les pratiques quotidiennes dans le cadre du service ou de la section, en laissant une libre parole aux préposés.

## Conclusion

Cette étude avait pour objectif principal d'explorer l'impact de la formation *Agir auprès de la personne âgée* proposée aux préposés aux bénéficiaires dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Nous avons montré quelles sont les perceptions des préposés aux bénéficiaires, mais aussi des infirmières et des infirmières auxiliaires sur ce sujet. Nos résultats démontrent qu'il serait pertinent, pour les gestionnaires, de prendre en compte la complexité organisationnelle à laquelle sont exposés les préposés aux bénéficiaires afin de mettre en pratique cette formation (Aubry, Godin et Couturier, 2011). En effet, la routine de travail que les préposés doivent suivre pour respecter à la fois les enjeux en termes de charge de travail et de qualité de pratiques semble être la barrière majeure à l'application d'une telle formation. Afin qu'une telle formation ne reste pas un idéal inatteignable pour ce personnel, les gestionnaires devraient étudier les modalités de travail collectives de ce groupe professionnel, et utiliser ces modalités comme levier d'action et de diffusion du contenu formatif.

## Références

- Aubry, F., Godin, K. et Couturier, Y. (2011). Les préposées aux bénéficiaires face au processus d'implantation de l'approche Milieu de vie en soins de longue durée : critiques et perspectives futures. *Vie et Vieillesse*, 9(3), 36-42.
- Belzile, L., Etheridge, F., Couturier, Y., Beaulieu, M., Aubry, F. et Boudjémaa, M. (2011). Penser l'hébergement de longue durée comme un milieu de vie. Une condition de la bienveillance institutionnelle. *Forum*, 134(12), 32-39.
- 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.
- Howe, J.-L. et Witt-Sherman, D. (2006). Interdisciplinary educational approaches to promote team-based geriatrics and palliative care. *Gerontology & geriatrics education*, 26(3), 1-15.
- Kohn, R.-C. et Nègre, P. (2003). *Les voies de l'observation, Repères pour les pratiques de recherche en sciences humaines*. Paris : L'Harmattan.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes âgées en CHSLD. Orientations ministérielles*. Québec : gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Visites d'appréciation de la qualité des services*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- 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.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2<sup>e</sup> édition. Paris : Armand Colin.
- Patrick, D.-L. (1997). Rethinking prevention for people with disabilities, Part 1: A conceptual model for promoting health. *American Journal of health promotion*, 11(4), 257-260.
- Vermersch, P. (2006). *L'entretien d'explicitation* (3<sup>e</sup> Édition). Issy-les-Moulineaux : ESF Éditeur.

## Les carnets synthèses InterActions

Les carnets synthèses du centre de recherche et de partage des savoirs InterActions consistent en une série de publications vulgarisées, fondées sur des travaux de recherche, documentaires ou autres. Un de ses principaux objectifs est d'offrir une publication accessible et solide au plan scientifique qui pourra servir d'outil de référence ou de recherche pour les milieux universitaires et non universitaires.

### Pour nous joindre

InterActions, centre de recherche et de partage des savoirs  
11 822, avenue du Bois-de-Boulogne  
Montréal (Québec) H3M 2X7  
interactions.bcstl@sss.gouv.qc.ca  
514 331-2288 poste 4041

InterActions

InterActions

Centre de recherche et de partage des savoirs  
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent • CAU

[www.centreinteractions.ca](http://www.centreinteractions.ca)