

# Les CHSLD au Québec, un lieu d'inégalité des pouvoirs et des savoirs?

## La faible implication des préposées aux bénéficiaires aux décisions organisationnelles

Colloque ACFAS: « *Agir ensemble pour démocratiser l'action publique en éducation en santé et services sociaux : par quelles pratiques et par quels espaces de collaboration ?* »

28 mai 2019, Gatineau

François Aubry, professeur, département de travail social, UQO

Flavie Lemay, étudiante à la maîtrise en travail social, Université de Montréal



# Intérêt pour le colloque

## Trois idées principales

**Idée 1:** les préposées sont placées au bas de la hiérarchie hospitalière et gériatrique. Elles sont considérées comme un personnel d'exécution des tâches paramédicales. [inégalité épistémique]

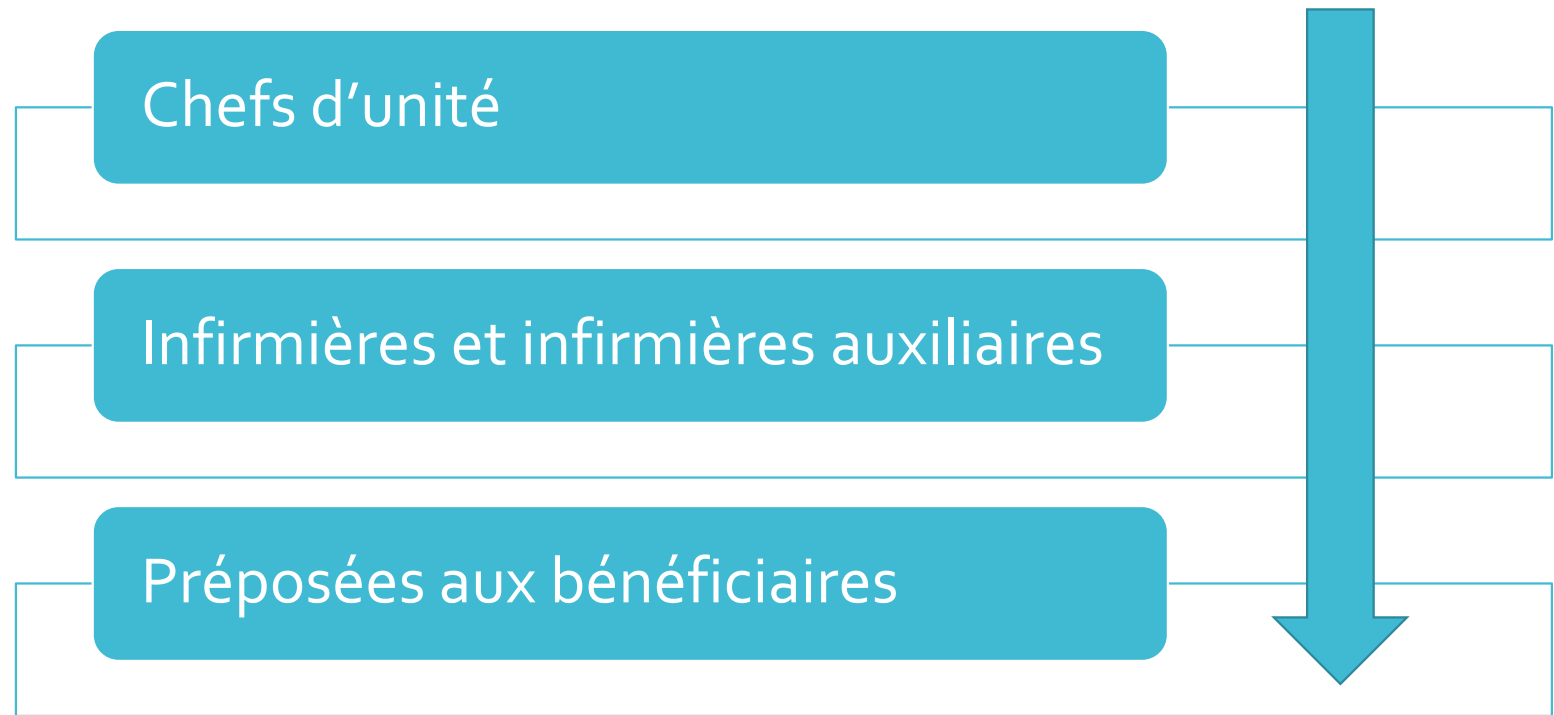
**Idée 2:** Pourtant, les préposées développent en situation de travail des savoirs non issus de la formation initiale, utiles et très efficaces pour 1) l'organisation du travail et 2) la personnalisation des services. Ces savoirs sont identifiés par les préposées et décrits les chercheurs, mais ne sont pas reconnus comme des savoirs par les gestionnaires. [injustice épistémique]

**Idée 3:** Des stratégies de reconnaissance de ces savoirs pourraient être développées... mais nécessitent des transformations majeures dans ces organisations.

## Les CHSLD: un modèle d'organisation hiérarchique

- Un CHSLD est un centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes **en perte d'autonomie sévère** dont la condition requière une surveillance constante, des soins spécialisés et dont **le maintien à domicile est devenu impossible et non sécuritaire.**
- **Institutions de santé**, dans lesquelles les préposées ont une fonction essentielle d'assistance quotidienne.

# Les CHSLD: un modèle d'organisation hiérarchique



# Les préposées dans les CHSLD

## Des savoirs « formels » pour devenir préposées

- 80 à 90% des soins d'assistance en CHSLD.
- Fonctions: Multiples actes d'assistance directe envers les résidents, comme : Aider à habiller, nourrir, toilettes, etc.
- Diplôme professionnel (DEP)...
- Compétences requises: Empathie, capacité d'écoute, patience, respect et discrétion... **Formes de savoir-être.**
- **Revendication d'une « vocation » (naturalisation des savoirs) comme source d'identité professionnelle.**

# Les préposées dans les CHSLD

## Effectif

- 42000 préposées dans le RSSS, le plus fort volume de main d'œuvre.
- Genre : **80% des préposées sont des femmes.**
- **Portion d'immigrants: 20%** (contre 14% pour l'ensemble des professions au Québec), surtout à MTL et Québec.
- Vieillessement de l'effectif : âge moyen de **42,6 ans.**

# Les préposées dans les CHSLD

## **Beaucoup de précarité**

- Temps complet : 30,5% (en diminution)
- Temps partiel : 40,2% (en diminution)
- Temps partiel occasionnel : 29,3% (en augmentation)

## **Faible taux de rétention**

- 81,1 % après 1 an
- 62,7 % après 2 ans
- 36 % après 5 ans

# Un manque de qualité : un manque de savoirs ?

## Accentuation du nombre de discours et critiques sur la qualité en CHSLD : Un manque de savoirs ?

- Préposées sont la cibles de nombreuses critiques: Il faut les « former davantage ».
- Qualité: Organisations gériatriques « hypernormées » (Aubry, 2013)
- Règles et surveillance: « audit explosion » (Banerjee et Armstrong, 2015)
- Ensemble d'indicateurs « top-down » à atteindre en termes de qualité de services, de formation en situation de travail et de politique de qualité.
- Agrément Canada, Visites ministérielles, etc.



## Un manque de qualité : un manque de savoirs ?

- **CHSLD:** pas de droit à la parole pour les préposées, et pas de reconnaissance des savoirs qu'elles mettent en œuvre réellement.
- Pas ou peu de participation aux décisions organisationnelles
- **Modèle hiérarchique « top-down »**, très peu de « bottom-up » ...
- ... sauf quelques initiatives locales non pérennes et sans effets à long termes (ex: Station visuelle, agent PDSB, projet d'organisation du travail, etc.)

## Un manque de qualité : un manque de savoirs ?

- **Politiques ministérielles** : Le résident est « au cœur » de la mission des CHSLD.
- **CHSLD comme « milieu de vie »** (Orientations ministérielles, MSSS, 2003): La préposée doit développer le milieu de vie, sans réflexion sur sa capacité à le faire.
- **Formation en CHSLD: AGIR** (Évaluation en 2004 par le MSSS): Mention d'une formation « pertinente » mais « peu efficace ».
- **CHSLD doit faire preuve de « souplesse organisationnelle »** (Cadre de référence, MSSS' 2018): La préposée doit quitter la « routine » horaire... mais comment ?

# Un manque de qualité : un manque de savoirs ?

- **Le cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée (MSSS, 2018)**
- **CHSLD doit reconnaître la contribution unique et nécessaire de tous les membres de l'équipe soin (p.13)**

Enfin, en collaboration avec l'infirmière et l'infirmière auxiliaire, le **préposé aux bénéficiaires** joue un rôle fondamental auprès des résidents en comblant les besoins de base de ces derniers et en les assistant dans les activités de la vie quotidienne<sup>1</sup>. Sa présence constante et sa connaissance approfondie des résidents, notamment au regard des habitudes et de l'histoire de vie, en font également un membre essentiel de l'équipe de soins infirmiers<sup>2</sup>. À cette fin, le préposé aux bénéficiaires, nommé « intervenant accompagnateur », se voit confier un rôle majeur à jouer dans la transmission d'information<sup>3</sup>. Il doit ainsi partager rapidement au personnel infirmier, y compris les auxiliaires, voire à l'équipe interdisciplinaire, toute observation appropriée concernant une modification de l'état de santé général du résident (rougeur, essoufflement, etc.) ou du degré de participation de ce dernier aux activités quotidiennes. De plus, sa relation de grande proximité avec le résident fait du préposé aux bénéficiaires un intervenant essentiel lorsque vient le temps, pour l'équipe de soins infirmiers, de prendre une décision qui concerne le respect des besoins, des valeurs et des croyances du résident et de sa famille. Dans une optique de révision de l'organisation des soins et du travail dans les CHSLD, il importe de protéger cette proximité entre le préposé aux bénéficiaires et le résident.

- **Impacts concrets de ce genre de cadre:** Solutions souvent «imposées» et non réfléchies en équipe. (Exemple des stations visuelles)

## Formes de savoirs non reconnus

Écart entre le prescrit et le réel nécessite un ajustement constant: construction de savoirs.

### Développement et usage de nombreuses stratégies collectives

- **Stratégies des régulations des temporalités** : Hiérarchiser et abréger les tâches auprès des résidents, Réduire les temps de pause, Utilise un lève-malade seul plutôt qu'à plusieurs
- **Savoir-faire discrets (Arborio) ou stratégies relationnelles (Brossard)**: Utiliser des techniques pour donner des bains pour des résidents anxieux, utiliser l'histoire de vie des personnes.
- **Stratégies de prudence (Cloutier)**: Se protéger dans des situations dangereuses.

## Délégation des prescriptions paradoxales

- **Écart entre le réel et le prescrit:** Formes d'injonctions paradoxales (contradiction d'objectifs) qu'il faut gérer par le collectif de travail.
- Psychologie du travail (Clot et Gollac, 2014): Il faut un espace collectif de délibération professionnelle pour gérer les contradictions: Discussion sur le travail « bien fait ».
- Déploiement d'un « genre » professionnel : corps d'évaluation communes qui règle l'activité personnelle de façon tacite » (Clot et Gollac, 2014, p.149)
- CHSLD: Peu d'espace, peu de discussion. Mobilisation de l'intelligence collective « clandestine »

# Formes de savoirs non reconnus

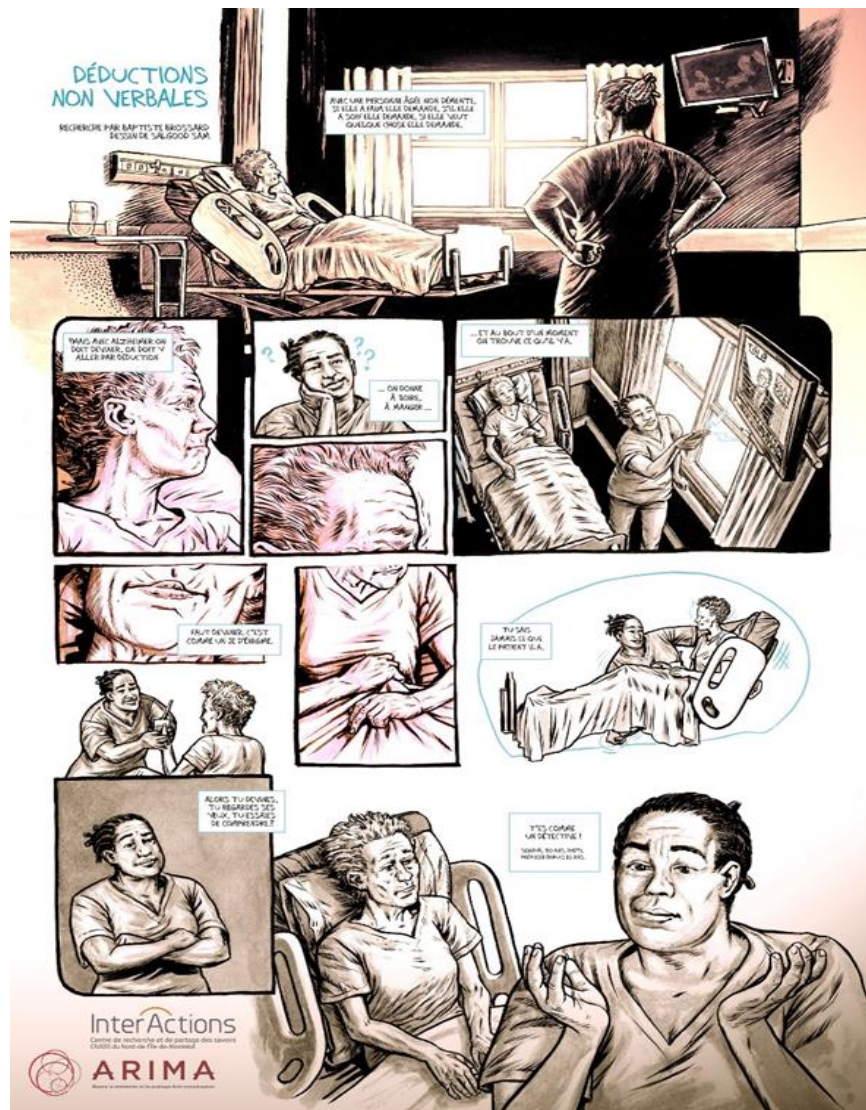
## Actuellement

- **Gestionnaires ne reconnaissent pas ces savoirs** : Ils les dénigrent et les maintiennent dans un état d'invisibilité (Arborio, 2012), voire de clandestinité ou de dangerosité.
- **Pas de reconnaissance d'une expertise « relationnelle » ou « organisationnelle »** : pas d'Ordre professionnel.
- **Pas d'espace de discussion** autour de ces savoirs.
- Discussion principalement orientée vers la « qualité de vie des résidents »

## Analyse de ce statu quo

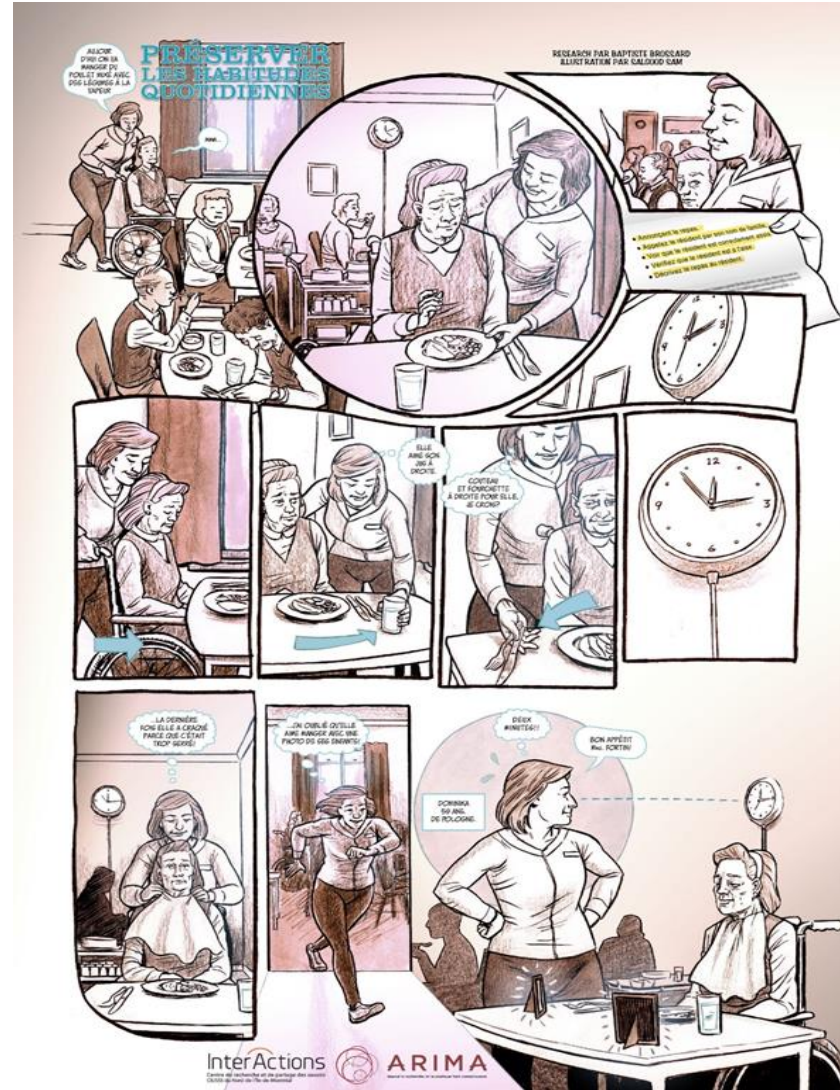
- **CHSLD** : Organisation avec une délégation des responsabilités d'un échelon hiérarchique à un autre.
- **Délégation des prescriptions paradoxales** jusqu'en bas de la hiérarchie, mais pas du pouvoir de décision (Dujarier, 2015)
- **Aberrations des prescriptions paradoxales** : Solitude de décisions prises dans l'urgence, et, souvent, à la marge de procédure : Danger et souffrance psychique.
- Cloisonnement entre **savoirs formels (reconnus)** et **informels (stratégies)** ... Les savoirs informels doivent demeurer invisibles !

# Un cas particulier: la production d'une BD





# Un cas particulier: la production d'une BD



# Conclusion

Injustice épistémique en contexte organisationnel: **les « planneurs » imposent des prescriptions déconnectées de la réalité** (Dujarier, 2015)

Cynisme: Pas ou peu de participation / consultation des PAB... mais **on les tient responsables de l'échec des programmes.**

## Stratégies ?

- Développer une structure de rencontre collective de PAB par sites (unités de soin) pour discuter des obstacles et stratégies.
- Réduire la précarité d'emploi des PAB pour permettre le développement d'un collectif.
- Reconnecter les projets « top down » aux initiatives « bottom-up »

MERCI!

[Francois.aubry@uqo.ca](mailto:Francois.aubry@uqo.ca)

[Flavie.lemay@umontreal.ca](mailto:Flavie.lemay@umontreal.ca)