



BIBLIOTHÈQUE

CÉGEP DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans [Depositum](#), site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous. L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) obtained the permission of the author to use a copy of this document for nonprofit purposes in order to put it in the open archives [Depositum](#), which is free and accessible to all. The author retains ownership of the copyright on this document.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES ACTIONS POSÉES PAR LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES EN
CENTRE HOSPITALIER DE SOINS DE LONGUE DURÉE CONCERNANT
L'AGRESSIVITÉ ET L'ERRANCE CHEZ LES RÉSIDENTS AYANT UN
DIAGNOSTIC DE DÉMENCE EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
KARINE LABBÉ

JANVIER 2022

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à grandement remercier les participants à cette étude. Un gros merci aux 8 préposés aux bénéficiaires qui ont accepté de partager avec moi leur vécu et leurs histoires en contexte de travail dans les Centres d'hébergement et de soins de longue durée en Abitibi-Témiscamingue. Sans votre générosité, ce mémoire n'aurait pu être réalisé.

Je tiens à remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à cette recherche. Particulièrement, je tiens à remercier le Pr Oscar Labra, qui m'a pris sur sa direction afin de pouvoir mener à terme ce projet de recherche. Sans sa présence, sa patience et sa grande disponibilité, ce mémoire n'aurait pu être ce qu'il est aujourd'hui. Ce sont six mois de travail intensif sous sa direction, consacrés à réorganiser et réécrire ce mémoire, qui ont permis une amélioration de ce travail de 2e cycle. Le soutien que vous m'avez apporté durant ces six mois de travail, votre rapidité pour répondre à mes courriels et le temps consacré à m'accompagner dans mes réflexions étaient d'une valeur inestimable.

Merci à ma directrice Ina Motoi et à ma codirectrice Sylvie L'Heureux, qui m'ont accompagnée pendant plusieurs étapes de cette recherche. Je vous suis reconnaissante pour votre temps et vos efforts consacrés à mon projet.

Merci aux employés du service de l'aide à l'utilisateur de la bibliothèque du CÉGEP de Rouyn-Noranda pour l'aide apportée pendant le processus de la mise en page initiale.

Un dernier remerciement revient à mes proches qui m'ont soutenue : Yvon Bélanger, Suzanne Morin, Pierre Bertrand, Sylvie Coulombe et Josée Royer.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ACRONYMES	viii
RÉSUMÉ	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I Problématique	3
CHAPITRE II Recension des écrits.....	7
2,1 La loi 10.....	9
2.2 Encadrement des CHSLD.....	10
2.2.1 Mission et principes légaux des CHSLD.....	10
2.2.2 Financement des CHSLD	11
2.3 Situation actuelle des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue.....	13
2.3.1 Les acteurs des CHSLD.....	13
2.3.2 Les travailleurs sociaux	14
2.3.3 Les résidents	14
2.3.4 Le personnel qui administre les lieux	16
2.3.5 Conditions de travail des PAB.....	20
2.4 Rôle et tâches des PAB.....	22
2.4.1 Développement du savoir-faire des PAB	24
2.4.2 Approches d'intervention auprès de la clientèle des CHSLD	25
2.4.3 Approche pharmacologique.....	25
2.4.4 Approches alternatives	28
2.5 Pertinence sociale et scientifique.....	31
2.6 Question et objectifs de recherche.....	32
CHAPITRE III Cadre conceptuel	34

3.1 Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)	34
3.1.1 Errance.....	37
3.1.2 Agressivité.....	39
3.2 Formations offertes aux PAB	42
3.3 Des savoirs associés aux PAB.....	45
 CHAPITRE IV Méthodologie	 47
4.1 L’approche privilégiée.....	47
4.2 Le type de recherche.....	48
4.3 Population cible et recrutement	48
4.4 Instrument de collecte de données.....	52
4.5 Déroulement de la cueillette des données	53
4.6 Méthode d’analyse des données	53
4.7 Limites et biais de la recherche.	55
4.8 Considérations éthiques.....	56
 CHAPITRE V Présentation des résultats.....	 57
5.1 Perceptions diverses des PAB entourant leurs pratiques en CHSLD.....	57
5.1.1 Perceptions des PAB à propos des CHSLD	57
5.1.2 Perceptions à propos de leur travail.....	63
5.1.3 Perceptions à propos de leurs collègues de travail	67
5.2 Organisation du travail des PAB en contexte des CHSLD	69
5.2.1 Indications sur l’utilisation des mesures de contention	69
5.2.2 Journée type de travail des PAB.....	70
5.2.3 Description du type de résidents.....	74
5.3 Comportements d’errance et d’agressivité expliqués par les PAB	76
5.3.1 Errance.....	76
5.3.2 Description des PAB sur l’errance	76
5.3.3 Éléments qui influent sur l’errance chez les résidents.....	77
5.3.4 Actions posées par les PAB en lien avec l’errance des résidents	78
5.3.5 Agressivité	80
5.3.6 Différents types d’agressivité perçus par les PAB	81
5.3.7 Agressivité des résidents envers les PAB.....	82
5.3.8 Agressivité de la famille des résidents envers les PAB.....	84
5.3.9 Agressivité des PAB envers les résidents.....	84

5.3.10 Agressivité des PAB envers les PAB	86
5.4 Actions posées par les PAB contre l'agressivité des résidents.....	86
5.5 Formations sur l'agressivité	89
CHAPITRE VI Analyse et discussion des résultats.....	91
6.1 Discussion : Objectif 1	91
6.1.1 Perceptions à propos des CHSLD	91
6.1.2 La performance, la culture du silence.....	92
6.1.3 Différentes formes de violences	93
6.1.4 Manque de personnel.....	94
6.1.5 Une institution qui apporte de plus en plus de déshumanisation.....	95
6.1.6 Mode de gestion plutôt négatif	96
6.2 Discussion : Objectif 2	99
6.2.1 Quart de travail type de 1 PAB.....	99
6.2.2 Travail routinier.....	100
6.2.3 Des quarts de travail qui semblent très chargés.....	101
6.2.4 Manque de temps.....	101
6.2.5 La surcharge de travail cause une nécessité de performance	103
6.2.6 Secret professionnel.....	104
6.2.7 Bienveillance et adaptation.....	105
6.2.8 Manière de voir les résidents	105
6.3 Discussion : Objectif 3	107
6.3.1 Différents types d'agressivité perçus par les PAB	107
6.3.2 Description des PAB sur l'errance	108
6.3.3 Tensions entre deux visions différentes de l'errance et de l'agressivité .	109
6.3.4 Actions posées par les PAB en lien avec l'errance des résidents	111
6.3.5 Gestion humaniste de l'errance et de l'agressivité	111
CONCLUSION.....	114
ANNEXE A Certificat éthique.....	120
ANNEXE B Annonce de recrutement	122
ANNEXE C Formulaire de consentement	124
ANNEXE D Grille d'entrevue	131

ANNEXE E Échéancier 134

RÉFÉRENCES..... 136

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
Tableau 1. Approches utilisées auprès des résidents en CHSLD.....	30
Tableau 2. Liste des manifestations cliniques des SCPD selon la classification de l'agitation de Cohen Mansfield (1997)	36
Tableau 3. Représentations	66
Tableau 4. Causes de l'agressivité	81
Tableau 5. Agressivité des résidents envers les PAB	83
Tableau 6. Agressivité des PAB envers les résidents	85
Tableau 7. Autres actions aussi utilisées et qui n'agressent pas le résident.....	88

LISTE DES ACRONYMES

AQDR	Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées
AQRP	Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic
AQNP	Association québécoise des neuropsychologues
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CHSLD	Centres d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre Intégré de Santé et de Services sociaux
CISS-AT	Centre intégré de Santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
CIUSS-CN	Centre intégré de Santé et de services sociaux de la Capitale nationale
CLSC	Centre local des Services communautaires
CSSS	Centre de Santé et de Services sociaux
FCASS	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LSSS	Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

OIIQ	Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec
PAB	Préposés aux bénéficiaires
PAC	Pratiques alternatives complémentaires
PDSB	Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SCD	Symptômes comportementaux de la démence
SPD	Symptômes psychologiques de la démence
UQAT	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

RÉSUMÉ

Ce mémoire s'intéresse au savoir-faire des préposés aux bénéficiaires (PAB), qui ont une certaine expérience avec les résidents atteints de démence en contexte d'errance et d'agressivité dans les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en Abitibi-Témiscamingue. La littérature scientifique indique que les conditions de travail des PAB dans des CHSLD sont très difficiles, voire souffrantes. **Objectifs** : Cette recherche compte trois objectifs principaux : 1 -) identifier les perceptions des préposés aux bénéficiaires à l'égard de leurs activités concrètes en CHSLD en Abitibi-Témiscamingue ; 2-) comprendre l'organisation du travail des préposés aux bénéficiaires en CHSLD en Abitibi-Témiscamingue ; 3-) décrire les comportements d'errance et d'agressivité manifestés par les résidents des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue ainsi que les savoir-faire que les préposés aux bénéficiaires y développent. **Méthode** : Recherche qualitative auprès de huit préposés aux bénéficiaires travaillant ou ayant travaillé en CHSLD en Abitibi-Témiscamingue, dont la majorité était des femmes, qui ont partagé leurs expériences lors d'entrevues individuelles semi-dirigées. Ces derniers devaient avoir travaillé avec des résidents qui éprouvaient des symptômes de démence, principalement comme l'errance et l'agressivité. **Résultats** : Les principaux résultats de cette recherche sont sans contredit qu'il y a une souffrance particulière qui est vécue au sein des CHSLD, autant chez les PAB que chez les résidents. Cette souffrance est causée par plusieurs éléments tels que : les conditions de travail des PAB, la culture du silence, l'absence de travail social, la sécurité au travail, l'administration indifférente qui n'accepte pas ses responsabilités, l'hygiène et la salubrité, les conditions de vie des résidents, le nombre insuffisant de PAB et l'aspect financier qui touche les CHSLD. En ce qui concerne les perceptions qu'ils ont de leur travail, ils assument faire du sale travail. Ils perçoivent aussi l'errance et surtout l'agressivité comme étant des comportements de résistance chez les résidents et ces comportements seraient aussi des moyens de communiquer leurs insatisfactions ou leur inconfort. **Conclusion** : Le manque de temps est l'une des conditions de travail qui apporte le plus de conséquences au niveau de la souffrance des PAB. Nous avons décrit et analysé les témoignages des PAB selon leurs deux principales perceptions : leur interprétation de leur travail et leur vision des résidents.

Mots clés : préposés aux bénéficiaires, souffrance, résidents, errance, agressivité, savoir-faire, centre d'hébergement de soins de longue durée.

INTRODUCTION

La situation actuelle des aînés en perte d'autonomie qui résident dans des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) est un sujet d'actualité en lien direct avec les actions du personnel soignant¹, dont les PAB. Derrière les résidents, il y a toute une équipe qui est composée de médecins, d'infirmiers, d'infirmiers auxiliaires, de PAB, et autres. La pandémie actuelle de la COVID-19 illustre ce lien indispensable, mais déficitaire, entre les résidents et les PAB, et les causes qui sont à la base. Parmi les auteurs qui remettent en question ce qui se passe en CHSLD, on retrouve Bigaouette, (2004); St-Onge, (2013) et L'Heureux, (2016). Ils s'interrogent sur la solitude, l'isolement, la médication excessive des résidents, etc. Ils se demandent, entre autres, quels traitements sont à privilégier selon l'état des connaissances actuelles.

Ce mémoire vise à donner la parole aux PAB à propos des actions posées par les préposés aux bénéficiaires en centre hospitalier de soins de longue durée, en ce qui trait à l'agressivité et à l'errance chez les résidents ayant un diagnostic de démence. Il est divisé en six chapitres. En premier lieu, la problématique de cette recherche sera présentée. Bien que les symptômes soient nombreux en contexte de démence, cette

¹ Dans ce présent document, le genre masculin sera employé uniquement dans le but d'alléger le texte et ne se veut aucunement discriminatoire.

recherche n'en retiendra que deux : l'agressivité et l'errance. Dans un deuxième temps, nous proposons une recension des écrits sur le milieu de travail des PAB, sur la pertinence sociale et scientifique, et sur la question et les objectifs de recherche. Par la suite, le cadre conceptuel d'analyse et les principaux concepts utilisés seront présentés. La méthodologie suivra et illustrera de quelle manière se sont déroulées toutes les étapes de cette présente recherche. Il y aura ensuite la présentation des résultats, avec l'analyse et la discussion desdits résultats. En ce qui a trait à la discussion des résultats, elle sera en lien avec les trois principaux objectifs de cette recherche.

Pour terminer, il y aura la conclusion, suivie de quelques recommandations et diverses pistes de solutions en lien avec cette recherche et avec le travail social.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Depuis le virage ambulatoire de 1995-1996, consistant à prioriser la prise en charge de la personne âgée malade par les familles, l'État compte sur ces dernières pour prendre soin de leur proche qui vit une perte d'autonomie. Sous Jean Rochon, ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, cette réforme administrative majeure de la prise en charge et de la prestation des soins de santé et des services sociaux visait à augmenter l'autonomisation et la responsabilisation de la population envers leur santé, mais sans concertation ni débat social (Gélinas, 2003). Or, la redistribution du financement vers les soins à domicile au détriment des CHSLD contribue au désinvestissement du système public, ce qui entraîne un manque de places dans ces centres de soins. Dans ce contexte, « le Conseil du trésor promulgue des mesures incitatives facilitant la retraite anticipée de 4 200 infirmières et de 1500 médecins (ibid., p. 113) ».

Avec ce désengagement de l'État, les familles doivent souvent prendre en charge un proche âgé en perte d'autonomie (Ducharme, 2006). De plus, la loi 10, qui consiste en l'abolition des agences régionales, a eu des impacts particulièrement importants au niveau du fonctionnement des CHSLD, ce qui sera décrit dans le prochain chapitre.

Dans les dernières années, plusieurs incidents dans les CHSLD ont été couverts par les médias : la mort de plusieurs résidents à cause, entre autres, de la COVID-19 et du manque de personnel, des épisodes de violence et de maltraitance de la part des PAB

envers certains résidents, des conditions de travail épuisantes des PAB, ou encore le manque de qualité de vie dans les CHSLD. Devant ces images, de plus en plus d'individus réagissent entre la crainte de se retrouver en CHSLD et la nécessité d'apporter des changements pertinents en ce qui concerne les conditions de travail des PAB et la qualité de vie des résidents (Aubry et Couturier, 2014a ; Anchisi et Gagnon, 2017, Gagnon, Clément et Raizenne, 2009 ; Charpentier, 2007). Pendant ce temps, les diminutions de budget, les réformes et un manque de personnel alourdissent la tâche des PAB, selon l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux et le ministère de la Santé et des Services sociaux (INESSS, 2020, et MSSS, 2003). La qualité du travail des PAB se trouve amoindrie puisqu'ils ont plus de tâches à effectuer et donc moins de temps à accorder aux résidents, une situation qui se répercute sur ces derniers.

D'après la définition du MSSS cité par l'INESSS (2020), un milieu de vie serait un :

Lieu résidentiel le plus normalisant possible, qui facilite l'appropriation par le résident et la personnalisation de son espace. Par « normalisant », nous entendons ici : qui adopte une grandeur, un rythme et un mode de vie qui se rapprochent le plus de ceux que la personne hébergée aurait si elle vivait toujours à domicile. Les lieux sont accueillants et chaleureux, familiaux et personnalisés (p. 6).

Derrière les résidents, il y a toute une équipe qui est composée de médecins, d'infirmiers, d'infirmiers auxiliaires, de PAB, de travailleurs sociaux et autres. Selon le Centre Intégré de Santé et des Services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSS-AT), en octobre 2019, il y avait 45 postes de PAB à combler en région ; le Centre Intégré de Santé et de Services sociaux (CISSS) a proposé des solutions afin de favoriser leur recrutement. Il proposait une formation de seulement quatre semaines, payable dès le premier jour. Selon Voyer (2016), le ratio recommandé pour les PAB selon le nombre de résidents se répartit en trois quarts de travail. Il faudrait un PAB pour six à sept résidents pour le quart de jour, un pour dix à 15 résidents pour le quart

de soir et un pour 32 à 50 résidents pour le quart de nuit. Il mentionne également qu'il est évident que plus il y a de soignants qui sont bien formés, plus les soins de santé offerts sont de qualité. De plus, il recommande qu'on doive aussi tenir compte des différentes pathologies des résidents et que les principaux symptômes des résidents malades qui préoccupent le plus les soignants sont les manifestations de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).

Les résidents vivent fréquemment de multi-pathologies telles que les troubles psychologiques et physiques associés aux différents types de démences et les PAB doivent user de tout leur savoir-faire afin d'assurer la sécurité et le respect de tous les résidents. Dans le contexte actuel, la COVID-19 vécue partout dans le monde offre un risque accru d'augmentation de ces pathologies, tout comme d'autres pandémies (Darby, 2008, Anchisi et Gagnon, 2017 ; Graham et Warmer, 2012). Cette situation offre un contexte de travail où l'embauche et la rétention du personnel se font de plus en plus rares, ce qui signifie une surcharge de travail et des quarts de travail de plus en plus longs, avec leur lot d'épuisement et de souffrance chez les PAB (Bourque, Grenier, Quesnel, St-Louis, Seery, et St-Germain, 2019 ; Bigaouette, 2004). De plus, Vézina, Cappeliez et Landreville (2013) ajoutent que les comportements d'agressivité chez les résidents atteints de démence créent de la détresse psychologique et de l'épuisement chez les soignants professionnels, dont les PAB. Ceux-ci essaient de répondre à une demande institutionnelle élevée; c'est pourquoi leurs conditions de travail leur causent aussi de la détresse.

Les symptômes d'errance et d'agressivité ont des impacts sur la qualité de travail des PAB, mais aussi sur les résidents (Bourque et al. 2019 ; Voyer, 2016 ; Aubry et Couturier, 2014a).

Leibing (2010a) mentionne que lorsque les médecins décident d'un traitement pharmacologique en ce qui concerne les symptômes de l'errance et de l'agressivité, ils

s'interrogent sur son efficacité et de possibles effets secondaires. En effet, il existe deux catégories de médicaments prescrits pour « traiter » ces symptômes. D'une part, il y a ceux qui agissent sur la dimension cognitive de la personne atteinte et, d'autre part, ceux qui agissent sur les symptômes comportementaux. Il est indiqué qu'une certaine amélioration pouvait être remarquée dans certains cas, mais pas chez tous les individus (Leibing, 2010b, ; Baqué, 2016). De plus, il est mentionné que la mesure de l'efficacité des médicaments dans les cas de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) est difficilement mesurable puisque plusieurs symptômes associés disparaissent sans aucun traitement et que l'effet placebo n'a pas été évalué lors des essais (p. 211). Dans ce contexte et pour mieux comprendre ces symptômes d'agressivité et d'errance, il devient pertinent de connaître quels sont les savoir-faire des PAB en CHSLD concernant l'agressivité et l'errance chez les résidents qui ont un diagnostic de trouble(s) cognitif(s). Cette question de recherche est au cœur de cette étude. Elle traite du savoir-faire des PAB travaillant ou ayant travaillé auprès de résidents atteints de démence en CHSLD présentant, ou ayant présenté, des comportements d'agressivité ou d'errance, ainsi que des limites rencontrées par ces professionnels dans leur pratique. L'objectif principal de cette recherche est de connaître et comprendre leurs actions afin d'apporter des pistes de solution lors de ces événements spécifiques.

CHAPITRE II

RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre a pour but de présenter une recension de la littérature scientifique qui se veut pertinente à la problématique de ce mémoire et qui porte sur les actions des PAB en CHSLD concernant l'agressivité et l'errance chez les résidents ayant un diagnostic de démence. À cet effet, dans cette section seront traités les différentes réformes ainsi que leurs impacts au sein des établissements tels que les CHSLD. La loi 10 sera ensuite présentée puisqu'elle a apporté de nombreux changements au niveau de l'encadrement des CHSLD, de leur mission et de leurs principes légaux. Cette loi justifiera ensuite la situation actuelle de ces milieux.

Puisque cette recherche concerne les PAB, il y aura ensuite la description du travail de ces derniers, de leur rôle, de leurs tâches et de leurs conditions de travail. Par la suite, il sera question du développement de leur savoir-faire et de leurs approches d'intervention en situation d'agressivité et d'errance chez les résidents à l'intérieur de ces institutions. Avant de conclure ce chapitre, il y aura la présentation de la pertinence sociale et scientifique de cette étude. En guise de conclusion, la question et les objectifs de recherche seront présentés.

Au cours des dernières décennies, il a été possible de constater qu'il y a eu des réformes, des lois et des politiques qui ont modifié les conditions de travail de plusieurs professionnels. Bien entendu, cela a entraîné des conséquences dans certains secteurs, notamment au niveau de celui du système de la santé. En ce qui concerne les CHSLD,

trois principales réformes ont modifié leur fonctionnement. La première, la réforme Rochon, qui a eu lieu entre les années 1988 et 2000, a entraîné la régionalisation des services, une compression d'un milliard de dollars dans le système de la santé, un encouragement du départ à la retraite anticipée chez les professionnels de la santé ; entre 1995 et 2000, cette réforme a entraîné une réduction de 7 400 de lits de soins généraux (MSSS, 1998). Pour les CHSLD, cela a principalement impliqué une incapacité à intégrer les soins et les services. Lavoie et Guberman (2010), pour leur part, expliquent qu'en raison de ces coupures, les critères d'admission en CHSLD se sont resserrés, laissant de plus en plus de place aux services privés. En effet, ils mentionnent qu'en 2010, le nombre de lits dans les établissements privés était d'environ 80 000 et que la moitié de ce nombre était réservée pour les personnes âgées avec des incapacités et nécessitant des soins continus. De plus, cela a créé de la compétitivité entre les 15 Centres de Santé et de Services sociaux (CSSS) qui ont été implantés, ce qui a eu des conséquences négatives pour les différents établissements (Turgeon, Jacob et Denis, 2011 ; Letellier, 2010).

La deuxième réforme est celle du ministre Couillard, entre les années 2003 et 2012, qui a instauré la nouvelle gestion publique et a provoqué la fusion forcée des Centres Locaux de Services communautaires (CLSC), des CHSLD et des hôpitaux non universitaires, créant ainsi les CSSS (Lemitre, 2017 ; Bourque et Quesnel-Vallée, 2014). Cette nouvelle gestion publique était caractérisée par une vision de gestionnaire moderne. Bien qu'à l'origine, les gestionnaires des CSSS n'envisageaient pas leur travail de cette manière, la réforme Couillard les a obligés à adopter de nouvelles pratiques afin d'être en mesure de réaliser les objectifs initiaux (Bolduc, 2013).

Cette nouvelle gestion publique, à laquelle les intervenants étaient mal préparés, a engendré une lourdeur des tâches administratives pour des professionnels et a apporté l'évaluation nécessaire du rendement et de la productivité de ces derniers. Les résultats

se sont avérés devenir plus importants que la qualité des soins apportés et des conditions de travail des PAB (Grenier, Bourque et St-Amour, 2018).

2,1 La loi 10

La dernière réforme est celle du ministre Barrette avec le projet de loi 10, qui a été mise en place en 2014. Elle a été qualifiée comme étant la pire réforme de l'histoire de la santé (Le Devoir, 2020). Selon Bourque et Grenier (s.d.), cette réforme serait une prolongation de l'application de celle du ministre Couillard. En effet, Bourque et Grenier (s.d.) indiquent qu'avec cette réforme, les 132 CSSS qu'il y avait au Québec se sont transformés en 34 CISSS et en Centres Intégrés Universitaires de Santé et Services sociaux (CIUSSS). Dans la nouvelle structure organisationnelle des CISSS et des CIUSSS, la communication est très hiérarchique et les décisions se prennent par le haut. La principale conséquence de cette réforme est qu'il y a de moins en moins d'intervenants et ces derniers doivent effectuer de très nombreuses tâches. Benoit (2015) indique que pendant la période de la réforme Barrette, l'accessibilité aux soins ne s'est pas améliorée, ni les conditions de travail des employés, bien que le budget du système de la santé ait doublé et que le nombre de cadres ait augmenté de 30 %.

Ce projet de loi 10, présenté en 2014 par le ministre Barrette, est une loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales. Ce projet de loi visait à améliorer l'accès et la continuité aux soins par la création d'un établissement régional pour chaque région du Québec en fusionnant l'Agence de la santé et des services sociaux et des établissements publics de la région, excepté pour la région de Montréal (Assemblée nationale du Québec, 2014).

Malgré les bonnes intentions derrière ce projet de loi 10, Héту (2019) mentionne qu'il a entraîné des conséquences négatives. En effet, elle explique qu'il y a eu un impact

direct de la qualité des relations entre les gestionnaires et les employés. Selon elle, ce sont tous les employés du système de la santé qui ont vu leur qualité de travail se détériorer, particulièrement chez les gestionnaires.

2.2 Encadrement des CHSLD

Vézina, Cappeliez et Landreville (2013) expliquent que les symptômes d'agressivité verbale ou physique chez les résidents atteints de démence créent de la détresse psychologique et de l'épuisement chez les professionnels, dont les PAB. Leurs conditions de travail leur causent aussi de la souffrance, puisqu'ils doivent répondre à de nombreuses obligations (Leibing, 2010, Grenier et Bourque, 2018, Larivière, 2018, et Couturier, Aubry et Gagnon, 2018). Ces exigences découlent de la mission et des principes légaux des CHSLD, du financement et des coupures, ainsi que de la culture organisationnelle, des éléments qui seront présentés dans la sous-section suivante.

2.2.1 Mission et principes légaux des CHSLD

Pour le MSSS (2003), la mission des CHSLD décrite dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), datant de 2003, est d'offrir aux personnes qu'ils hébergent :

Des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux, de plus en plus diversifiés et spécialisés ;

Des services d'assistance, de soutien et de surveillance dont l'intensité ne cesse de croître ;

Des services d'hébergement adaptés, qui peuvent soutenir l'offre de services de qualité et un milieu de vie substitut qui revêtent les caractéristiques propres à un milieu de vie de qualité (p. 1).

Cette loi a été instaurée dans le but d'offrir des services tout en respectant la Charte des droits et des libertés du Canada de 1982 (Gouvernement du Canada, 2016). L'article trois de cette même loi détermine les grands principes légaux à respecter lors de la prestation de tous les services :

1. La raison d'être des services est la personne qui les requiert.
2. Le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit.
3. L'utilisateur doit participer autant que possible, aux soins et services le concernant.
4. Dans toute intervention, l'utilisateur doit être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins.
5. L'utilisateur doit recevoir l'information de manière à pouvoir utiliser les services de façon judicieuse. (MSSS, 2003, p. 1-2)

2.2.2 Financement des CHSLD

Pour Ngatcha-Ribert (2012), il y a une crise au sein de plusieurs organismes au Québec, notamment dans les CISSS, dont les CHSLD, qui dure depuis les années 1980. Cette crise est surtout en lien avec le désengagement de l'État au niveau financier. Ce désengagement, selon cette auteure, vise davantage la responsabilité individuelle et privée afin de réduire celle de l'État-providence, qui était sociale et publique. Les conséquences des réformes de messieurs Couillard et Barrette ont apporté de nombreuses réorganisations, particulièrement dans le secteur de la santé et des services sociaux, qui était considéré comme étant trop dépensier. Dès lors, l'État a décidé d'implanter des politiques et des plans d'action afin que l'hospitalisation et le placement soient utilisés seulement en dernier recours, impliquant et responsabilisant de plus en plus les familles.

À partir de l'année 1995, le virage ambulatoire a ouvert la porte à une approche centrée sur le maintien à domicile au Québec, ce qui favorisait le maintien à domicile le plus longtemps possible pour les personnes âgées avant d'envisager le placement en institution (Pérodeau et Côté, 2002, cité dans Aubry et Couturier, 2014 b). Pourtant, le budget alloué pour les soins à domicile a été amputé par le virage ambulatoire; cela a amené un investissement des fonds publics plus imposant dans le milieu hospitalier et à l'approche hospitalo-centrée. Paradoxalement, l'une des conséquences a été une baisse considérable du nombre de CHSLD, soit de 250 au Québec entre 1993 et 2001 (Lemieux, Bergeron, Bégin et Bélanger (2003, cité dans Aubry, 2012 ; Lavoie et Guberman, 2010). L'autre conséquence, c'est qu'il y a eu un nombre significatif de fermetures de lits dans des hôpitaux. De 1980 à 2005, il y a eu une baisse importante de lits disponibles, soit de 60 000 à 38 884. Ce chiffre tient compte des 2 654 lits disponibles au privé (p. 423). De plus, depuis l'élection du Parti Québécois en 2012, de nombreux autres lits ont été fermés, toujours en misant sur l'importance du maintien à domicile et en achetant des places d'hébergement au privé.

L'Association québécoise des retraités des secteurs publics et parapublics (AQRP) a indiqué, en 2014, que selon le MSSS, le coût pour un individu hébergé serait de 75 973 \$ par année et que d'après le vérificateur général du Québec, il s'agirait plutôt d'un montant variant de 61 551 \$ à 90 820 \$, en fonction du CHSLD. En 2013, la contribution maximale mensuelle d'un résident qui était hébergé dans une chambre qui ne possédait qu'un lit était évaluée à 1 742,70 \$ par mois (près de 21 000 \$ par an). Pour une chambre à deux lits, c'était 1 456,80 \$ (près de 17 500 \$ par année) et pour une chambre de trois lits ou plus, 1 083,00 \$ (près de 13 000 \$ annuellement) (AQRP, 2013). Le calcul de la contribution s'effectue en fonction des revenus et des avoirs du résident, ce qui permet aux résidents n'ayant que très peu de moyens financiers d'avoir la possibilité de résider en CHSLD. En 2011, le vérificateur général a indiqué que 61 % des résidents payaient la contribution maximale. Dans ce sens, Pérodeau et Côté (2002, cité dans Aubry et Couturier, 2014 b) soulignent que la nouvelle vision

organisationnelle prônant et valorisant le maintien à domicile a créé des tensions entre les exigences de la mission des CHSLD et les ressources humaines disponibles.

Tous ces changements ont automatiquement apporté une diminution du nombre d'employés œuvrant au sein des CHSLD, qui doivent maintenant en faire plus, mais avec de moins en moins de moyens. L'AQRP (2014) indique que cette situation affecte la qualité des services offerts par les PAB. En effet, même s'ils sont bien intentionnés, ils ne possèdent pas toujours la formation, le temps et les outils nécessaires pour effectuer leur travail auprès des résidents qui ont des besoins de plus en plus spécifiques.

2.3 Situation actuelle des CHSLD en Abitibi-Témiscamingue

Selon le CISSS-AT (2021), actuellement, en Abitibi-Témiscamingue, il y a neuf CHSLD répartis dans les villes suivantes : Amos, La Sarre, Macamic, Rouyn-Noranda, Témiscaming-Kipawa, Ville-Marie, Malartic, Val-d'Or et Senneterre. Pour sa part, le MSSS (2020) indique que la même année, il y avait 1134 lits autorisés dans les deux principaux établissements offrant l'hébergement aux individus dont l'état le nécessitait, soit les Centres Hospitaliers et les CHSLD.

Afin de bien saisir l'intérêt de cette recherche, il est important de comprendre comment fonctionne un CHSLD. Pour cela, trois principales dimensions seront prises en considération : les acteurs qui y travaillent, le type de résidents ainsi que les rôles et les tâches des PAB. Ces trois prochaines sections traiteront de l'état des CHSLD dans leur état actuel.

2.3.1 Les acteurs des CHSLD

Plusieurs catégories d'acteurs sont impliquées dans le fonctionnement d'un CHSLD. L'Assemblée nationale du Québec (2013) les classe en trois grandes catégories. En premier lieu, il y a les médecins, les psychologues, les infirmiers, les infirmiers

auxiliaires, les travailleurs sociaux, les PAB ainsi que ceux qui offrent des activités spirituelles, d'animation et utilitaires. Le deuxième groupe d'employés est principalement composé du personnel de soutien, comme les préposés à l'entretien et ceux qui offrent le service alimentaire. Le dernier groupe, quant à lui, comprend le personnel qui administre les lieux comme les gestionnaires.

2.3.2 Les travailleurs sociaux

En ce qui concerne les premiers acteurs, nous nous concentrerons exclusivement sur les travailleurs sociaux. Le Manitoba Association of Personal Care Home social Workers (2021) indique que le rôle des travailleurs sociaux est essentiel puisqu'ils sont présents du début jusqu'à la fin du placement en CHSLD d'un résident, lorsqu'il y a une prise en charge par ces professionnels. Ils sont présents afin d'assurer la promotion et le respect des droits des résidents et ils servent souvent d'intermédiaires entre eux et les différents professionnels de la santé dans le but de fournir des solutions adéquates à la réalité de chaque résident. De plus, en CHSLD, les travailleurs sociaux jouent un rôle important dans toutes les phases d'hébergement des résidents. Ils renseignent et éduquent les gens des collectivités à propos du système de la santé. Ils assurent aussi le respect des droits des résidents et de leur famille ainsi que la coordination entre les différents services communautaires. Enfin, ils essaient de créer une ambiance positive dans le milieu de vie dans le but d'éviter les stéréotypes, la stigmatisation, l'exclusion ou la discrimination (Manitoba Association of Personal Care Home Social Workers, 2021).

2.3.3 Les résidents

L'INESSS (2020) estime qu'en 2015, il y avait 1,5 million d'individus âgés de plus de 65 ans au Québec, mais qu'en 2031, il y en aura 2,3 millions (25 % de la population) et qu'en 2061, le chiffre serait de 2,9 millions (28 %). Aussi, en 2023, il y aurait plus de personnes âgées de plus de 65 ans au Québec que de jeunes de zéro à 19 ans. Cette

augmentation des personnes âgées est présentée comme causant un poids supplémentaire au système de santé et de services sociaux. Par conséquent, cette augmentation du nombre de résidents potentiels dans les CHSLD devrait normalement entraîner une augmentation du nombre de PAB disponibles. Or, le constat pendant cette crise sanitaire actuelle démontre le contraire.

Dans les orientations ministérielles de 2003, le MSSS mentionne que l'hébergement en CHSLD est de plus en plus réservé aux individus qui présentent différents diagnostics et difficultés au niveau des mouvements et des capacités sensorielles, fréquemment jointes à des problèmes importants au niveau cognitif (MSSS, 2003). Selon le MSSS (2003), le taux de personnes âgées en hébergement affectées par une forme ou l'autre de démence se situe entre 60 % et 80 %, selon les établissements. Cependant, Aubry et Couturier (2014a) soulignent qu'il y a fréquemment un mélange de la clientèle dans une même unité (problèmes physiques, cognitifs et mentaux) au Québec.

D'après l'Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec (OIIQ, 2013, cité dans AQDR, 2014), il y aurait près de 80 % des résidents hébergés en CHSLD qui présentent des pertes cognitives, deux résidents sur trois qui souffriraient de multi pathologies et d'au moins trois problèmes chroniques de santé. 41 % des résidents ont plus de 85 ans et plusieurs d'entre eux souffrent de problèmes de santé mentale, telle que la démence, ce qui engendre des problèmes de comportements.

Pour Nour et al. (2010), la démence se définit comme suit :

Affaiblissement mental global frappant l'ensemble des facultés psychiques altérant progressivement l'affectivité, l'activité volontaire, de la personne et de ses conduites sociales. Elle est caractérisée par une évolution progressive des déficits liés à l'altération de la mémoire et à des perturbations cognitives. Aux fins de diagnostic, ces déficits doivent être à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou

professionnel et représenter un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur. Prévalence au Canada : 8 %. (P. 141)

Pour l'OIIQ (2016), 90 % des résidents rencontrent des difficultés de communication et 80 % de ces derniers éprouvent des difficultés au niveau de l'audition. Cela signifie que ces résidents ont des besoins particuliers qui peuvent être différents pour chacun. Dans ce sens, selon Riendeau (2006), l'ancienne fédération québécoise des CHSLD mentionnait qu'un milieu de vie de substitution se devait d'être un lieu où les besoins des résidents devaient être écoutés en priorité. Ces besoins comprennent divers éléments tels que ceux des niveaux affectif, social, spirituel et physique. Par exemple, au niveau des besoins affectifs, les résidents ont besoin de se faire reconnaître comme des êtres à part entière, de se sentir appartenir à une communauté et de continuer à entretenir des liens significatifs avec les autres, particulièrement avec les PAB. Pouvoir créer des liens relationnels avec le PAB, qui voit l'humain dans toute sa vulnérabilité, peut permettre d'être en confiance et plus à l'aise, autant pour le PAB que pour le résident, particulièrement lorsqu'il s'agit des soins de proximité, personnels et intimes.

Ce besoin sera probablement difficile à combler s'il y a toujours un roulement de personnel sans stabilité et trop de résidents à soigner pour un PAB. Au niveau social, les résidents ont besoin des autres, dont les membres de la famille, pour ne pas se sentir isolés. Pour ce qui est du côté spirituel, les résidents peuvent avoir certaines croyances et doivent pouvoir pratiquer leur religion à leur guise. Les besoins physiques comprennent le droit d'être propre, de manger, de boire, de pouvoir toucher les autres. Bien que Riendeau (2006) ne mentionne que quatre besoins, il y a d'autres professionnels qui en ont répertorié plus.

2.3.4 Le personnel qui administre les lieux

En ce qui concerne les administrateurs des CHSLD, Larivière (2018) explique que la majorité des gestionnaires adhèrent au principe de la nouvelle gestion publique, mais à

des degrés différents. Ils vivent aussi une certaine souffrance causée par l'augmentation des tâches à accomplir et leur sentiment d'appartenance s'en trouve réduit, vu l'imposante structure des établissements qu'ils qualifient quelques fois, comme étant peu fonctionnelle. Dans ce document, nous comprenons la souffrance au travail comme étant directement liée aux conditions de travail en général comme : les quarts de travail, les relations avec les collègues et les gestionnaires, les tâches exigées et leur lourdeur ainsi que le temps alloué pour ces dernières (Boivin, Desrochers et Alderson, 2014, Despreaux, Saint-Lary, Danzin et Descatha, 2017). Pour sa part, Lartigau (2018) nomme cette souffrance sous une nouvelle dénomination, soit celle de risques psychosociaux. Selon Larivière (2018), la souffrance au travail serait causée par les transformations structurelles qui ont eu lieu dans notre société. Ces transformations participent au mal-être dans la société et au travail.

Pour sa part, Richard (2018) indique que les restructurations effectuées découlant des différentes lois, politiques et réformes ont causé beaucoup de changements au niveau de la gestion des établissements et des finances. La performance et l'efficacité sont devenues des priorités parmi les attentes des gestionnaires, ce qui cause une très forte pression chez les PAB (Larivière, 2018).

Il y a matière à se demander si les résidents et les comités de résidents pourraient faire partie d'un quatrième groupe d'acteurs dans les CHSLD. Ils peuvent être soit actifs ou passifs, vus comme des résidents, des bénéficiaires, des clients ou des usagers. Quoi qu'il en soit, force est de constater qu'un CHSLD ne pourrait fonctionner sans la présence de ces derniers (Manitoba Association of Personal Care Home Social Workers, 2021).

Depuis de nombreuses années, il est possible de constater qu'il y a eu plusieurs changements au niveau des réformes, des lois et des politiques en ce qui concerne le système de la santé au Québec (MSSS, 1998 ; Ministère du Travail, de l'Emploi et de

la Solidarité sociale, 1996 ; Turgeon, Jacob et Denis, 2011) et qui ont eu un impact significatif sur le travail des PAB.

Aubry (2012) explique que les CHSLD sont des organisations qui fonctionnent à deux niveaux.

La gestion de l'organisation où se trament des prescriptions souvent incohérentes destinées à répondre aux enjeux en termes de charge de travail et qualité de pratiques ; puis celui du travail effectif où se retrouvent les normes de travail et des stratégies de régulation érigées et partagées par le collectif de préposés afin de parvenir à gérer ces enjeux contradictoires (p. 12).

Le premier niveau, celui de l'encadrement prescriptif du CHSLD, a été présenté dans les premières pages de cette section. Le deuxième niveau, soit celui du fonctionnement concret, est celui du travail effectif accompli par les PAB. D'ailleurs, selon Aubry et Couturier (2014 b), ce travail effectif signifie qu'ils doivent accomplir des tâches bien concrètes. Ils se situent au bas de « la hiérarchie organisationnelle du milieu gériatrique ». En effet, les PAB sont supervisés par des infirmiers auxiliaires, qui sont à leur tour supervisés par leur chef d'unité. Or, des chercheurs mentionnent qu'à cause de leur position au sein de cette hiérarchie, les PAB doivent effectuer des tâches nommées « sale travail », c'est-à-dire qu'ils ont pour mission d'entretenir le corps et l'environnement du résident, l'hygiène et la propreté des lieux (Aubry et Couturier, 2014 b).

Pour maintenir la propreté des lieux, les PAB doivent changer les draps des lits, faire du lavage, la vaisselle, nettoyer les dégâts lorsqu'il y en a, etc. Au niveau de l'entretien du corps du résident, les PAB doivent effectuer le lever des résidents, les laver, les habiller, s'enquérir de leur état physique et psychologique, faire les repas, aider les résidents qui en ont besoin à se nourrir, les accompagner à la salle de bains si requis, donner des bains, etc. Bref, ils doivent constamment veiller au bien-être des résidents.

Ce sont eux qui passent le plus de temps avec ces derniers et ce sont aussi eux qui sont témoins des SCPD de la part des résidents (Aubry et Couturier, 2014 b).

Cognet et Fortin et Cognet et Raigneau (2003, cité dans Aubry, 2012) ajoutent que les relations de travail au sein des CHSLD sont très hiérarchisées, et ce en fonction de la possession d'un diplôme ou non et du type de travail effectué. Les PAB sont en effet souvent critiqués à propos de la qualité de leurs pratiques et sont parfois jugés comme étant incompetents, même maltraitants (Dujarier, 2002, cité dans Aubry, 2012).

Pour ce qui est du concept de maltraitance, Degeners (2012) affirme que la maltraitance est composée de deux éléments bien distincts : la violence et la dépendance. Autrement dit « [...] la maltraitance est violence au sein d'une relation de dépendance » (p.84-85). En ce qui concerne la maltraitance institutionnelle, cet auteur explique que le fait de travailler avec des personnes âgées en perte d'autonomie dont l'état ne cesse de se détériorer peut créer de l'épuisement professionnel chez les PAB et que les conséquences négatives sont nombreuses. Il spécifie que ces dernières se présentent de cette manière : « [...] des pathologies physiques et/ou psychologiques diverses, tolérance amoindrie, risque de passage à l'acte maltraitant par négligence ou débordement, etc. [s.p] ». Pourtant, il est mentionné que ce ne sont pas les PAB qui en sont responsables, mais plutôt le manque de moyens, d'effectifs et de temps. Pour la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (2019), il existe une croyance populaire selon laquelle les PAB réagissent toujours négativement envers les résidents éprouvant ces symptômes, qualifiant même ces réactions comme étant de la maltraitance. Selon certaines circonstances, cette forme de maltraitance en est une qui est tolérée par certains établissements et elle est nommée violence systémique.

Hirsch et Ollivet (2007) mettent l'accent sur l'importance du travail en interdisciplinarité afin de s'assurer que des soins et de l'accompagnement personnalisés soient offerts aux résidents. Charazac, Josserand et Talpin (2016)

expliquent qu'il y a un lien réel entre la dépendance d'une personne âgée et l'organisation institutionnelle qui est divisée en cinq niveaux : 1) le pouvoir politique, qui intervient lorsque la personne âgée en perte d'autonomie ne peut plus recevoir de soins à domicile parce qu'il est moins onéreux pour la collectivité d'offrir l'hébergement en CHSLD ; 2) la fonction sociale de l'établissement qui s'occupe de fournir l'hébergement, 3) l'aide et la sécurité à des individus qui ne peuvent plus résider à leur domicile ; 4) la dimension juridique qui implique que le médecin coordonnateur peut demander l'ouverture d'un régime de protection au besoin ; et 5) la situation économique (un calcul est effectué afin de connaître le montant que l'aîné hébergé devra déboursier) et la dimension culturelle (qui est un ensemble de diverses valeurs de croyances).

2.3.5 Conditions de travail des PAB

Les conséquences des différentes réformes, lois et politiques ainsi que la culture organisationnelle affectent le travail des PAB. Selon Grenier (2008, cité dans Aubry, 2012), en 2007, au Québec, il y avait 35 550 PAB, dont 70 % étaient des femmes, et dont 1300 œuvraient en gériatrie, soit 3,6 % des PAB. De plus, les résidents en CHSLD ont des problèmes physiques et cognitifs qui empirent continuellement. Cet état est maintenant conditionnel à leur admission, ce qui a comme principale conséquence qu'ils doivent être quotidiennement assistés par les PAB. Cette tâche représente une surcharge de travail puisqu'il y a un nombre de PAB insuffisant pour le nombre grandissant de résidents. Dans un document sur la réforme de la santé et des services sociaux de 2015 (Bourque, Grenier, Quesnel, St-Louis, Seery, et St. Germain, 2019), il est expliqué que c'est cette surcharge de travail qui est la cause de plusieurs problématiques :

Le personnel mentionne être exténué par la surcharge de tâches ce qui entraîne inévitablement une augmentation du taux d'absentéisme au travail. Un engrenage s'en suit (personnel manquant, surcharge de travail pour ceux et celles qui sont en fonction, manque de temps pour offrir l'ensemble des services, diminution de la qualité générale des soins) [s.p].

Les PAB ne peuvent pas toujours prendre le temps nécessaire pour répondre à tous les besoins des résidents. Voyer (2016) a expliqué que le ratio PAB/résidents devrait idéalement être plus réaliste. Pourtant, le même auteur mentionne que la principale préoccupation des soignants est la manifestation de SCPD. S'ils ne sont pas assez nombreux et qu'ils demeurent centrés sur la tâche par manque de temps, il est donc possible qu'ils ne puissent pas intervenir avant ces manifestations.

Bigaouette (2004) mentionne que le manque de temps des PAB fait en sorte que la qualité de la relation entre les PAB et les résidents s'en trouve affectée. En effet, il explique qu'une étude française de Gineste et Marescotti, menée entre 1983 et 1985, montrait que le temps moyen de communication verbale entre les PAB et les résidents était de 120 secondes sur une période de 24 heures. Ce manque de temps accentue la pression sur les PAB d'être en mesure de prendre le temps de s'occuper des besoins des résidents, d'actualiser et de développer leurs compétences de communication. Cependant, cela doit s'effectuer malgré les contraintes effectuées par la gestion (Aubry, 2012). Ils doivent donc faire plus avec moins.

Gagnon, Clément et Raizenne (2009) indiquent que la complexité des situations de santé des résidents, leur âge et leurs origines diverses, le roulement du personnel à tous les niveaux, le manque de personnel et les limites des services offerts peuvent apporter des conflits et des tensions entre les résidents et leurs proches, et d'un autre côté, entre les PAB et les gestionnaires.

Ces conflits, pressions et tensions peuvent apporter de la souffrance chez les PAB. Béland (2009) définit la souffrance morale par un écart culpabilisant entre certains éléments :

Une identité professionnelle introuvable, un idéal inapplicable, patient souvent réduit à l'état d'objet, selon un modèle de pensée technoscientifique, entre les médecins et les infirmières, une conjugalité obligée, mais souvent impossible, la soumission aux exigences administratives, un exercice professionnel plus difficile qu'auparavant, en raison des patients plus exigeants, nécessité de temps pour offrir un service de qualité et manque de moyens de prendre le temps avec les patients. La culpabilité et le silence du devoir qui accompagnent la soumission à ces exigences s'imposent chez les soignants, ayant pour effet de les mettre, le plus souvent à leur insu, en situation de détresse et de dénégation de leur mal-être jusqu'à l'épuisement qu'on dit professionnel. Mais ce silence, c'est la dénégation de leur souffrance, la rationalisation du refus de la voir (p. 10-11).

Il y a aussi la formation des PAB qui doit être prise en compte. Si un PAB doit effectuer une tâche dans un temps limité, il ne peut se permettre d'avoir des imprévus tels que le besoin d'un résident d'avoir une conversation plus longue que prévue. Le résident qui désire partager ses émotions ou sa réalité devra s'en priver, ce qui aura un impact sur sa condition de vie en CHSLD. De plus, prendre le temps de discuter entre le PAB et le résident permet de comprendre certains symptômes de la part du résident, en particulier en ce qui concerne l'agressivité et l'errance, et donc de pouvoir intervenir efficacement et à temps. Il est donc possible d'observer le lien direct avec les conditions de vie des résidents et les conditions de travail des PAB.

2.4 Rôle et tâches des PAB

Au sein d'un CHSLD, chaque employé a son rôle à jouer et doit aussi effectuer les tâches qui s'y rapportent. Selon le Gouvernement du Québec (2020), la description des tâches d'un PAB se définit comme suit :

Le préposé aux bénéficiaires donne des soins de base aux patients. Il assure une présence auprès d'eux et leur offre une assistance physique en vue de contribuer à leur rétablissement ou de les aider à maintenir leur état de santé. Il fait partie de l'équipe du personnel infirmier et aide les infirmières auxiliaires. Il communique à l'équipe soignante des informations relatives à l'état de santé et au comportement du patient.

Le préposé aux bénéficiaires aide les patients au lever, au moment des repas et au coucher. Il les aide à se laver, à se vêtir ou à se dévêtir et il a la charge de la literie. Il veille à donner aux bénéficiaires les soins appropriés et à respecter leur intégrité et leur dignité, afin de contribuer à leur bien-être [s.p].

Plusieurs chercheurs se sont questionnés à propos des tâches qu'un PAB doit effectuer. Pour sa part, Cognet (2002 : cité dans, cité dans Aubry, 2012) explique que dans les faits, les PAB exécutent trois types de tâches selon la définition générique du Personnel Support Worker de l'Organisation mondiale de la santé. Ils offrent des services et des soins directement à l'individu, exécutent quelques tâches ménagères et des tâches administratives.

Les PAB ont aussi l'obligation de collaborer et d'assister aux différentes rencontres de professionnels lorsque requis (ex. des rencontres hebdomadaires) et ils doivent assurer une continuité dans le partage d'informations lors des changements de quarts de travail. Ils doivent faire preuve d'autonomie et de flexibilité dans l'organisation de leur temps de travail et effectuer toutes autres tâches connexes liées à leur rôle, selon la demande de leur supérieur immédiat (Aubry, 2012). Ils ont donc un rôle important à jouer auprès des résidents, de leurs collègues et du milieu de vie.

Selon l'Institut universitaire en gériatrie de Sherbrooke (2010), les rôles spécifiques d'un PAB sont nombreux et très diversifiés : 1) il doit prodiguer des soins d'assistance dont les résidents requièrent et selon leur emploi du temps ; 2) adapter une approche personnalisée ; 3) des actions et des attitudes en fonction du degré d'autonomie du résident, et cela, avec le respect de ce dernier, tout en privilégiant sa sécurité ; 4) il doit

aussi aviser l'infirmier ou l'infirmier auxiliaire de tout changement à propos de l'état général du résident et collaborer avec l'un ou l'autre de ces derniers lors de certains soins ou traitements, selon la demande. Le PAB a donc des exigences à satisfaire selon les événements qui peuvent survenir.

Ce qui précède nous amène à indiquer que les PAB doivent donc développer un savoir-faire qui leur permette de faire face à différentes situations. Que ce soit envers leurs collègues, l'équipe interdisciplinaire ou les résidents, ils ont un net avantage à apprendre à gérer les événements d'une manière personnalisée. Cela peut leur éviter certaines difficultés. La prochaine section traitera donc du développement du savoir-faire des PAB afin qu'ils soient plus efficaces dans leur milieu de travail.

2.4.1 Développement du savoir-faire des PAB

Par sa formation et son expérience, le PAB développe un savoir-faire qui fait de lui un professionnel dans son domaine. Précisément, lors d'épisodes d'urgence ou de crise, le PAB doit assister le personnel professionnel soignant. Par exemple, il peut dépister des éléments déclencheurs menant à un épisode d'agressivité ou d'errance, permettant ainsi d'éviter l'évènement et d'encadrer le résident par sa présence et sa communication. Pour se faire, il doit apprendre à connaître le résident afin de pouvoir déployer des stratégies personnalisées envers ce dernier. Racine (2000) précise que le savoir expérientiel se construit sur le tas, par l'expérience de la pratique, mais aussi que ces apprentissages sont un acte social où un individu édifie, saisit et assemble ses interventions avec les autres. C'est une démarche praxéologique qui renvoie à ce qui peut être fait et ce qui doit être fait. Autrement dit, « c'est poser le bon geste au bon moment » (Tremblay, 2015, cité dans Labra et Castro, 2021). Tremblay (2017) explique que la démarche praxéologique est effectuée sous la forme d'un partage de stratégies de la part des plus anciens employés vers les nouveaux. Elle nomme ces actes comme étant des transferts de stratégies de régulation. Ce partage de connaissances devient un ajout essentiel au niveau du savoir-faire des PAB.

Le Boterf (2008 : p. 29) explique que le savoir-faire possède deux composantes bien distinctes : 1) l'activité prescrite (prévisible), qui consiste en une série de procédures mises en place pour effectuer une tâche, 2) l'activité réelle, qui comprend les spécificités humaines et les incertitudes (imprévisibles). Donc, les PAB développent, d'une part, le savoir à propos de l'exécution d'une tâche et de l'autre, le savoir en ce qui concerne comment exécuter une tâche selon les circonstances. Les deux savoirs sont ainsi acquis par l'expérience et l'apprentissage qui s'y opère, l'apprentissage expérientiel. Le constat est que les PAB doivent être capables d'intervenir en situation d'errance et d'agressivité tout en tenant compte de l'humain qui est devant eux.

2.4.2 Approches d'intervention auprès de la clientèle des CHSLD

Différentes approches sont utilisées en CHSLD afin de favoriser le bien-être des résidents. Il y a l'approche pharmacologique, qui consiste à administrer des médicaments pour des raisons particulières. Il y a aussi les approches alternatives, telles que l'aménagement de l'environnement spatial et celles basées sur l'activité, l'approche temporelle et sensorielle, l'approche communicationnelle, individuelle, relationnelle, sensorielle et occupationnelle. D'autres approches sont également utilisées telles que l'humanité et les pratiques alternatives complémentaires (PAC). C'est ce dont il sera question dans cette section.

2.4.3 Approche pharmacologique

Leibing (2010) explique que les médicaments sont utilisés auprès des résidents en CHSLD afin de traiter les symptômes psychiatriques de la démence de type Alzheimer. Dans un contexte social, la maladie d'Alzheimer est plutôt une maladie physique, soit neurologique, causée par la dégénérescence neurofibrillaire et la présence de plaques séniles dans le cerveau. D'ailleurs, Leibing (2010) mentionne qu'il y a actuellement trois positions concernant l'utilisation des médicaments en CHSLD. La première est la position conservatrice, laquelle considère que l'utilisation des médicaments est une

bonne option au niveau cognitif et que ceux agissant sur les comportements sont une alternative (Greve et O'Connor, 2005). La deuxième nouvelle position est que les médicaments qui peuvent être utilisés pour améliorer le côté cognitif peuvent aussi être utilisés dans le but d'améliorer la condition de vie du résident (Bullock, 2005). La dernière, connue sous le nom de seconde nouvelle position, considère que les médicaments psychiatriques, en particulier les neuroleptiques atypiques, améliorent la qualité de vie, la fonctionnalité et les activités de la vie quotidienne. Ils seraient à être utilisés en premier lieu dans les cas de démence (Wancata, 2004).

St-Onge (2013) rappelle qu'avant d'entreprendre une approche pharmacologique, il est impératif d'effectuer une évaluation basée sur les risques et les avantages qui peuvent survenir. Contrairement à cette recommandation, les neuroleptiques ou les médicaments psychotropes sont souvent utilisés chez plusieurs personnes âgées comme moyen de sédation par immobilisation, ce qui empêche donc le résident d'avoir des périodes d'agressivité ou d'errance puisqu'il n'a plus de mobilité. Il devient alors prisonnier d'un corps qui a des besoins, mais qui ne répond plus (Conn 2006: cité dans Voyer, 2009). Selon la Coalition pour la santé mentale des personnes âgées (2016), les individus aux prises avec des symptômes tels que l'errance, les cris répétitifs, la résistance aux soins et le désir de s'enfuir ne répondent généralement pas aux traitements pharmacologiques. De plus, il y a des effets secondaires importants qui peuvent aggraver l'état du résident, précisément avec l'utilisation de médicaments neuroleptiques et antipsychotiques. Leibing (2010) ajoute que l'approche pharmacologique est souvent préconisée en premier lieu, malgré qu'il soit indiqué que l'approche non pharmacologique doit être utilisée avant en ce qui concerne les symptômes psychocomportementaux de la démence (SCPD).

Au Canada, il y aurait présentement près du tiers des résidents en maison de retraite ou en CHSLD qui sont sous traitement médicamenteux afin de principalement contrôler leur agressivité. Pourtant, Leibing (2010) explique que Santé Canada avait publié

plusieurs mises en garde concernant l'utilisation des neuroleptiques chez les personnes âgées (2005, 2013, 2015, 2016), ce qui n'a pas arrêté, dans la plupart des cas, leur prescription.

Bien que plusieurs auteurs stipulent que les nouveaux médicaments soient plus efficaces, la possibilité qu'ils soient néfastes demeure toujours présente. Certains se demandent alors pourquoi les médecins les prescrivent aux résidents dans les CHSLD alors que les résultats demeurent encore incertains. D'ailleurs, plusieurs chercheurs réfutent l'idée de l'efficacité des quatre principaux médicaments (Donepezil, Galantamine, Rivastigmine et Memantine) qui sont actuellement prescrits en ce qui concerne les troubles cognitifs (Société Alzheimer Canada, 2021 ; Nice, 2001, 2005 ; Trinh, Hoblyn, Mohanty et Yaffe, 2003, cité dans Charpentier et al., 2010).

En outre, selon les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (2002), le fait d'administrer des substances chimiques telles que des antidépresseurs dans le but de limiter les mouvements d'un individu constitue une entrave à la liberté de mouvement de ce dernier, même si c'est dans son intérêt ; il faut en faire usage de façon exceptionnelle et minimale. De plus, St-Onge (2013) explique que les antidépresseurs administrés causent de la somnolence et des étourdissements chez les personnes âgées souffrant de démence et résidant en CHSLD, ce qui augmenterait de trois à cinq fois le risque de chutes. Le même auteur souligne que certains effets des neuroleptiques fréquemment utilisés, comme le Risperdal, avaient des effets secondaires négatifs dissimulés par les fabricants de médicaments. Dans le cas du Risperdal, au moins trois études ont été dissimulées ; or, elles démontraient que ce médicament avait engendré le diabète chez la moitié des sujets observés. De plus, le risque de faire un accident vasculaire cérébral (AVC) augmente de 130 % lorsque des neuroleptiques sont administrés à des personnes âgées et il augmente à 250 % chez les sujets atteints de démence.

Pour la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS, 2016), environ de 5 à 15 % des résidents en CHSLD au Canada devraient prendre des médicaments antipsychotiques, alors qu'actuellement, ce sont de 25 à 75 % qui en prennent.

Vézina, Cappeliez et Landreville (2013) mentionnent que l'individu qui est atteint de démence a toute une histoire de vie personnelle dont il faut tenir compte afin de répondre à ses besoins aux niveaux psychologique, émotionnel et social. Ce regard différent amène quelques questionnements sur l'approche pharmacologique. Selon la FCASS (2016), il serait avantageux de mettre l'accent sur une humanisation des soins par une approche relationnelle.

2.4.4 Approches alternatives

L'Heureux (2016) explique que différentes approches non pharmacologiques peuvent être utilisées avec les résidents en CHSLD, comme l'aménagement de l'environnement spatial, temporel et sensoriel, l'aménagement basé sur l'activité et l'aménagement communicationnel. D'autres approches utilisées sont l'approche individuelle, qui consiste à permettre de vérifier, grâce à la relation développée, s'il y a des besoins de base qui ne sont pas comblés, comme de l'inconfort physique, la faim, ou même des besoins de sécurité, d'où la nécessité d'avoir une référence de base comme la pyramide de Maslow. Une autre approche qui est aussi utilisée est celle dite relationnelle, comme mentionnée précédemment, qui permet d'intervenir en mettant l'accent sur la qualité de la relation. Il y a aussi l'approche sensorielle qui permet de calmer ou de sécuriser un aîné comme la salle Snoezelen, qui offre des lumières et des sons thérapeutiques dans une atmosphère calme et détendue. De plus, l'approche occupationnelle consiste à occuper la personne, par exemple en lui offrant la possibilité de plier des serviettes ou d'aider à laver la vaisselle (L'Heureux, 2016).

Pour sa part, Ardiet (2018) indique qu'il y a plusieurs approches non pharmacologiques. Il les nomme comme étant des pratiques alternatives complémentaires (PAC). Il mentionne qu'en 2014, il y a eu un rapport du MSSS qui suggérait l'utilisation d'approches non pharmacologiques en premier lieu, avant l'utilisation des mesures pharmacologiques, de la contention ou de l'isolement. Les PAC peuvent prendre différentes formes, telles que l'horticulture, la musicothérapie, l'artisanat, la zoothérapie, etc.

Bien que les approches les plus souvent utilisées sont la médication ou la contention physique lors de présence d'agressivité ou d'errance, les approches alternatives sont de plus en plus préconisées. Le MSSS (2019) a élaboré le projet OPUS-AP (Optimisation des pratiques, des usages, des soins et des services — Antipsychotiques). Il a été créé afin de réduire l'utilisation des antipsychotiques chez les résidents en CHSLD qui sont atteints de SCPD. La phase un du projet a eu lieu en 2018 dans 24 CHSLD au Québec et le taux de réussite était de 86 % chez les 220 résidents qui avaient participé à la première phase. La phase deux, qui devait impliquer 134 CHSLD, devait débiter en décembre 2019 pour le CHSLD PIE XII de Rouyn-Noranda.

Une autre approche qui est particulièrement efficace et qui commence à prendre de l'ampleur est celle de l'humanité (Gineste et Marescotti, 2010). Cette approche est basée sur la bienveillance et vise à reconnaître l'autre comme étant un humain qui fait partie du même groupe que lui (Gineste et Marescotti, 2010). Cette approche propose que le lien entre la personne âgée agitée et déficiente et le PAB, qui est parfois dépassé par toutes les exigences, puisse se faire en douceur, permettant le respect et la sécurité de chacune des parties. De plus, les mêmes auteurs mentionnent que selon une étude publiée en 2008, l'utilisation de l'approche basée sur l'humanité a fait baisser de 83 % des symptômes d'agitation pathologique chez des individus qualifiés comme étant très agressifs.

Tableau 1. Approches utilisées auprès des résidents en CHSLD

Approches utilisées auprès des résidents en CHSLD	
Typologie	Approches
Approche pharmacologique	Donepezil Galantamine Rivastigmine Memantine
Approches alternatives	L'aménagement de l'environnement spatial
	Temporelle et sensorielle
	L'aménagement basé sur l'activité
	Communicationnelle
	Individuelle
	Relationnelle
	Sensorielle
	Occupationnelle
	Pratiques alternatives complémentaires
	L'humanité

La littérature mentionne que la preuve que les approches alternatives peuvent s'avérer être très efficaces n'est plus à faire (Ardiet 2018 ; Gineste et Marescotti, 2010, et MSSS, 2019). Cependant, l'utilisation de ces approches demande beaucoup plus d'investissement et de temps chez le personnel soignant, comparé à la simple administration d'un médicament.

2.5 Pertinence sociale et scientifique

L'objet de recherche de cette étude étant de connaître le savoir-faire que les PAB développent en lien avec l'agressivité et l'errance chez les résidents en CHSLD et qui sont atteints de démence. Cette étude pourrait permettre une possible augmentation de la qualité de vie des résidents, mais aussi des PAB.

En ce qui concerne la pertinence sociale de cette recherche, elle vise à reconnaître et à mettre en valeur le savoir-faire des PAB. Avec la population qui devient de plus en plus vieillissante, c'est un sujet qui touche des milliers d'individus. De plus, l'AQRP (2014) stipule que le manque de place en CHSLD va en augmentant. En prenant en considération la formation limitée des PAB, le fait qu'ils ne possèdent pas les outils nécessaires pour effectuer leur travail, le manque de temps, les lourdes problématiques des résidents et leurs différentes pathologies, cette étude peut se montrer pertinente. Enfin, le fait de donner la parole aux PAB peut aussi aider à mieux comprendre leur savoir-faire et leur vision professionnelle en contexte d'agressivité et d'errance (Riendeau, 2006). Cette recherche, qui possède un sujet semblable à celle d'Aubry et Couturier (2014), se réfère à la pertinence scientifique en ces termes :

Au niveau scientifique, cette recherche permet une action importante, c'est-à-dire de : problématiser, à partir de ce qu'il [l'état de la situation] est réellement plutôt que de ce qu'il devrait être. Cette élucidation favorise aussi l'affirmation du projet politique de professionnalisation des préposés aux bénéficiaires, au sens de leur reconnaissance à titre de soignants bienveillants plutôt que comme simples ouvriers non spécialisés et plus ou moins maltraitants. (p.127)

Comme mentionné précédemment, elle donne des pistes de solution et de réflexion pour éviter une potentielle crise majeure et une amélioration des conditions générales des acteurs œuvrant en CHSLD, car peu de recherches en région ont porté sur le travail et le savoir-faire des PAB. C'est ainsi que la pertinence scientifique de cette recherche

est de pouvoir contribuer à alimenter les connaissances actuelles en incluant les perceptions des PAB de l'Abitibi-Témiscamingue, ce qui est un nouvel apport à la recherche sur le sujet.

Il y a la présence de données administratives, mais peu de documentation en ce qui concerne la vision des PAB à propos de leur savoir-faire face à l'errance et à l'agressivité chez les résidents ayant un diagnostic de démence en CHSLD en Abitibi-Témiscamingue. De plus, comme l'explique Tremblay (2017), une recherche en travail social est justifiable dans le sens de pouvoir comprendre la réalité des PAB en ce qui concerne leur savoir-faire et les stratégies qu'ils développent lors de situations d'agressivité et d'errance chez les résidents et de la réalité de leur travail.

2.6 Question et objectifs de recherche.

Ce projet de maîtrise porte sur les actions posées par les préposés aux bénéficiaires en centre hospitalier de soins de longue durée, concernant l'agressivité et l'errance chez les résidents ayant un diagnostic de démence. La question de recherche est de savoir quels sont les savoir-faire des PAB en CHSLD concernant l'agressivité et l'errance chez les résidents qui ont un ou des diagnostics de trouble(s) cognitif(s). Pour répondre à cette question, trois objectifs de recherche ont été formulés :

- 1- Documenter les perceptions des préposés aux bénéficiaires à l'égard de leurs pratiques en Centres d'hébergement de soins de longue durée.
- 2- Comprendre l'organisation du travail des préposés aux bénéficiaires en contexte des Centres d'hébergement de soins de longue durée.

3- Décrire les comportements d'errance et d'agressivité manifestés par les résidents des Centres d'hébergement de soins de longue durée ainsi que les savoir-faire que les préposés aux bénéficiaires développent.

CHAPITRE III

CADRE CONCEPTUEL

Ce chapitre contient les principaux concepts analysés dans cette recherche. Ces concepts, en lien avec la question de recherche, se retrouvent en quatre principales catégories en ce qui concerne les résidents en CHSLD et les PAB. D'abord, il aborde les SCPD. Ensuite, il décrit les concepts de l'agressivité et de l'errance afin de mieux comprendre les situations que les PAB doivent affronter au quotidien. Troisièmement, ce chapitre abordera les formations offertes aux PAB et leur accès. Pour conclure, il sera question de connaître quels savoirs sont associés aux PAB.

3.1 Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)

Les individus aux prises avec une maladie neurodégénérative peuvent présenter des troubles du comportement manifestés sous forme de symptômes dysfonctionnels, perturbateurs comme l'errance, l'agressivité ou bien de l'agitation verbale ou physique, avec ou sans agressivité (Voyer, 2009). Ces manifestations spécifiques sont nommées des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Bien qu'il puisse y avoir de nombreuses manifestations possibles de SCPD, cette recherche se limite aux manifestations d'agressivité et d'errance chez les résidents en CHSLD. Afin d'y voir plus clair, il est important de bien comprendre certains concepts et définitions abordés dans ce chapitre.

En ce qui concerne la définition de la démence, l'Association québécoise des psychoneurologues (AQNP, 2020) mentionne qu'il y a trois principaux types de démences. En premier lieu, il y a la démence vasculaire. Elle survient lorsque les pertes cognitives et fonctionnelles sont liées à une atteinte dans le réseau vasculaire cérébral, ce qui signifie qu'il y a un problème au niveau de la circulation du sang dans le cerveau. Deuxièmement, il y a la démence de type Alzheimer. Elle se caractérise par la mort des neurones dans le cerveau. Dans ce cas spécifique, c'est la mémoire qui est affectée en premier et par la suite, les dommages se propagent dans le reste du cerveau. Pour terminer, la troisième forme de démence est la démence mixte. Elle survient lorsqu'il y a les deux types de démences mentionnés précédemment. Dans tous ces types de démences, il y a la présence de problèmes neurocognitifs.

D'après le consortium national de formation en santé d'Ottawa (2020), les démences se traduisent principalement par la perte de la capacité d'effectuer les activités de la vie quotidienne (AVQ) de manière autonome. Dans cette situation, plusieurs domaines cognitifs peuvent être atteints. Il y a l'attention complexe, les fonctions exécutives, les capacités d'apprentissage et de mémoire, le langage, les fonctions perceptives motrices et la cognition sociale. Ces atteintes cognitives peuvent varier d'un individu à l'autre, chaque cas est différent. En ce qui concerne les SCPD, le CIUSSS-CN (2020) rappelle qu'il y a différentes formes de symptômes qu'un individu puisse manifester, comme l'agitation verbale et/ou physique, avec ou sans agressivité.

Afin de classifier ces types d'agitation, le CIUSS-CN (2020) se base sur une liste de manifestations cliniques des SCPD selon la classification de l'agitation de Cohen Mansfield (1997) (Tableau 2).

Tableau 2. Liste des manifestations cliniques des SCPD selon la classification de l'agitation de Cohen Mansfield (1997)

Agitation verbale sans agressivité	Agitation verbale avec agressivité		Agitation physique sans agressivité	Agitation physique avec agressivité
<ul style="list-style-type: none"> - Crier (sans contenu hostile) - Parler constamment - Effectuer des demandes répétitives - Émettre des sons ou mots répétitifs - Marmonner - Fredonner sans arrêt 	<ul style="list-style-type: none"> - Crier ou hurler (avec propos hostiles) - Menacer - Blasphémer - Employer un langage hostile ou accusateur envers les autres 		<ul style="list-style-type: none"> - Errer, déambuler - Fouiller et s'emparer des objets des autres - Uriner ou déféquer dans les endroits inappropriés - Cogner des objets sans les briser - Manger la nourriture des autres - Lancer des objets ou de la nourriture - Cracher ses médicaments - Avoir des comportements sexuels inappropriés - Se déshabiller à répétition 	<ul style="list-style-type: none"> - Pincer - Griffes - Mordre - Cracher sur les autres - Frapper, donner des coups de pied - Briser des objets - Bousculer ou empoigner les autres - Utiliser un objet pour le lancer ou pour frapper - S'automutiler

Source : CIUSSS-CN. (2020).

Voyer (2009) explique qu'il y a une catégorisation bien précise en ce qui concerne les SCPD qui sont divisés en deux catégories. Il y a les symptômes comportementaux de la démence (SCD) qui comprennent les agitations physiques et verbales agressives et non agressives et l'errance. La deuxième catégorie est composée des symptômes

psychologiques de la démence (SPD) comme les symptômes psychotiques et la dépression. Voyer (2009) mentionne aussi que les facteurs contribuant à la manifestation de SCPD devraient être ciblés afin d'agir au niveau interactionnel, individuel et contextuel, au lieu d'agir directement sur le SCPD.

Il y a plusieurs causes de la présence d'épisodes de SCPD. Dans ce sens, Cohen-Mansfield, Ali, Marx, Thein et Regier (2015) relatent qu'une des causes de ces manifestations serait l'ennui. En effet, les auteurs ont constaté qu'une personne âgée résidant dans un CHSLD pouvait passer près de 50 % de son temps à ne rien faire.

En ce qui concerne les symptômes psychologiques, on y retrouve l'anxiété, la dépression, les idées délirantes, les hallucinations et les illusions. Certains symptômes peuvent être permanents, d'autres ne le sont pas et ils peuvent être différents d'un individu à l'autre.

L'intérêt de cette recherche est donc de comprendre quelles sont les actions posées par les PAB en CHSLD concernant l'agressivité et l'errance chez les résidents ayant un diagnostic de démence dans le contexte actuel et selon leurs perceptions de la situation. Dans ce contexte, il semble important de faire la distinction entre l'agressivité et la violence et les concepts d'errance et de fugue. C'est ce dont il s'agira dans les prochaines sections.

3.1.1 Errance

Il n'y a que peu de documentation à propos de l'errance. Moreau de Bellaing et Guillou (1995 : cité dans, cité dans Achard, 2016) expliquent leur manière de la concevoir comme suit :

Le concept d'errance, quant à lui, renvoie au « déplacement indéfini ou provisoire, dans un temps plus ou moins continu, sur un ou des territoires » (ibid., p. 12). Il désigne donc un rapport particulier à l'espace et au temps, les repères normés de la vie sociale étant délaissés. (p. 85)

Bigaouette (2004) stipule que sur une période de 24 heures, un résident dispose de 25 % à 53 % de temps libre et que lorsqu'un individu manifeste des symptômes d'errance, il peut passer jusqu'à 21 % de ce temps à errer. Poirier et Gauthier (2011) décrivent l'errance en ces mots :

L'explication du phénomène est assez simple. Au fur et à mesure que la maladie progresse, non seulement les souvenirs disparaissent, mais les points de repère dans l'espace s'effacent aussi. Concrètement, imaginez qu'une personne, en quittant sa maison, reconnaisse sans problème la clôture du voisin, la façade de la maison d'en face, la borne d'incendie du coin de la rue, le feu de circulation en face du restaurant, etc. Mais sur le chemin du retour, elle ne se souvient que du panorama de la rue où elle habite comme elle le voit de son propre balcon, sans aucun souvenir des mêmes repères vus de l'angle opposé ! Cette rue, en fait, ne ressemble plus à rien de ce dont elle se souvient. On comprend dès lors qu'il peut lui arriver facilement de passer tout droit. De là naît le phénomène de l'errance. (p. 167)

Il est possible ici de comprendre l'importance de l'aménagement de l'environnement en CHSLD si cette définition s'avère exacte. En ce qui concerne la différence avec la fugue, les mêmes auteurs expliquent que ce phénomène s'applique plus en ce qui concerne le maintien à domicile. L'individu fuit quelque chose qu'il ne reconnaît pas ou qui le déstabilise, un peu comme un adolescent qui fuit le domicile familial, mais sans préméditation. De plus, il est plutôt question de fugue lorsque les aidants ou les membres de la famille des individus atteints témoignent de leur quotidien ; ce terme est alors souvent associé avec leurs émotions. L'expression de fugue serait un terme familier à l'errance, qui est davantage utilisé lors de témoignages de l'entourage de l'individu atteint. Selon la Société Alzheimer de l'Ontario, le terme déambulation est aussi utilisé et peut s'observer sous différentes formes : « [...] Dans la déambulation

active, la personne fait les cent pas, cherche quelque chose ou essaie de rester occupée. Dans la déambulation passive, elle semble marcher sans but et se laisse facilement distraire » (Société Alzheimer de l'Ontario, 2018).

Pour L'Heureux (2016), il est possible d'éviter les symptômes d'errance en modifiant l'environnement comme l'usage de barrières visuelles ou l'utilisation de dissimulations murales. Le PAB pourrait proposer au résident de marcher et de converser, de faire de l'exercice, la thérapie occupationnelle ou toute autre approche qui n'est pas pharmacologique -qui consiste à essayer de ne pas utiliser la médication-. C'est ce que plusieurs PAB apprennent à appliquer avec leurs expériences de travail.

Cette recherche a fait émerger différents concepts à propos des PAB et des savoir-faire qu'ils développent de différentes manières. Dans la prochaine section, il sera question de la formation des PAB ainsi que de leurs conditions de travail et les impacts sur les conditions de vie des résidents.

3.1.2 Agressivité

Benghozi (2010) explique que la violence est un passage à l'acte, une attaque contre quelque chose ou quelqu'un. Elle est destructrice et intrusive, visant le contrôle ou la domination. Elle porte atteinte à l'intégrité et à la dignité de l'autre. Lemitre (2020) mentionne que la différence entre agressivité et violence est la gravité du geste. Il cite en exemple qu'un viol, un meurtre ou un attentat terroriste ne sont pas des actions agressives, mais plutôt des actes de violence. L'agressivité est le passage à l'acte d'un résident qui peut s'observer sous forme d'actions, de paroles; elle peut même être symbolique comme de la résistance à une situation. Elle peut être dirigée envers autrui, envers soi-même ou envers l'environnement et est inappropriée lorsqu'elle ne vise pas l'autoprotection. D'un côté comme de l'autre, les victimes et les résidents agressifs voient leur qualité de vie diminuer. Le résident agressé ne se sent plus en sécurité dans ce milieu de vie et celui qui a eu un comportement agressif se voit souvent forcé d'être

isolé ou de devoir prendre un traitement médicamenteux. Pourtant, la Loi sur les Services de Santé et des Services sociaux (LSSS, 2019) stipule que chaque résident doit obtenir des services personnalisés et sécuritaires.

Premièrement, pour Benghozi (2010), l'agressivité est un mode d'expression qui, selon l'usage qu'on en fait, peut être néfaste si elle vise à nuire. Deuxièmement, elle peut être bénéfique si elle est une forme d'appel, une tentative de faire comprendre quelque chose qui va au-delà de la parole. Dans ce sens, la personne agressive conflictualise la relation ou le manque de relation et espère être entendue. Ce peut être parce que l'individu agressif n'exprime pas ses émotions, ses besoins ou ses désaccords et qu'il répond à une situation avec ce type de comportement.

Charazac, Josserand et Talpin (2016) expliquent que la violence peut être déclenchée par une crise et que cette dernière apporte des conséquences négatives pour les soignants. Or, l'angoisse créée par cette violence vécue cause un sentiment d'insécurité collective et peut amener les soignants à utiliser davantage la contention physique ou chimique dans le but de diminuer leurs propres angoisses lorsqu'ils anticipent une possible crise, selon les recommandations de certains de leurs collègues. Dans ce contexte de travail difficile, Charazac, Josserand et Talpin (2016) mentionnent que les soignants vont être portés à surexploiter les consignes de sécurité au détriment du résident. Ils développent ce savoir-faire dans le but d'assurer leur protection ainsi que celle de leurs collègues et des autres résidents. Ces auteurs donnent comme exemple le retrait des poignées de fenêtre lorsqu'ils ont un doute sur le comportement possiblement suicidaire d'un résident. Certains PAB optent pour des solutions alternatives telles que l'écoute, la réorganisation de certaines parties du milieu de vie, ou misent sur le fait que d'occuper les résidents aux prises avec des problématiques d'agressivité ou d'errance peut être bénéfique. Ces actions dépendent bien sûr des développements de leur savoir-faire et qui influent sur leurs actions en cas d'agressivité ou d'errance. Il sera donc possible, lors de l'analyse des témoignages des PAB, de

constater si cela fait partie de leur réalité ou non et de découvrir quels savoir-faire ils développent, selon les événements qui ont lieu en CHSLD.

En ce qui concerne l'agressivité du résident, dans son rapport, le protecteur du citoyen (2016) relate que depuis plusieurs années, il a eu à intervenir dans des situations où des résidents ont été agressifs envers d'autres usagers ou des PAB.

Poirier et Gauthier (2011) expliquent qu'il y a quelques éléments à retenir lorsqu'il y a présence d'agressivité. Les problèmes d'agressivité ne sont pas permanents, ils peuvent apparaître en présence de facteurs déclenchants dans l'environnement (bruit, odeur, etc.). Poirier et Gauthier (2011) indiquent que ce n'est que lorsque l'agressivité n'est plus contrôlable et que toutes les approches non pharmacologiques ont été utilisées que l'utilisation des médicaments peut être envisagée, mais pour une période qui n'excède pas plus de trois mois. Toutefois, ces comportements agressifs peuvent aussi être un facteur de stress important chez les PAB. Comme il a été mentionné précédemment, il semble pertinent qu'ils développent leur expertise de toutes les manières possibles afin de contrer cette éventuelle violence. Il y a des PAB qui apprennent de leurs collègues ou par différentes formations qu'ils ont suivies ; il y en a qui apprennent selon leurs expériences vécues sur place, selon leurs valeurs ou leurs croyances. La notion de savoir-faire des PAB provient donc de différents facteurs internes et externes (Poirier et Gauthier, 2011).

Pour L'Heureux (2016) et Poirier et Gauthier (2011), l'agressivité liée aux SCPD est souvent temporaire et elle est fréquemment causée par des facteurs externes. L'Heureux (2016) propose des pistes de solutions pour éviter les manifestations d'agressivité et d'agression chez un résident atteint de démence et ainsi préserver la sécurité du PAB et du résident : a) éviter la confrontation ; b) privilégier l'action concertée avec tous les acteurs concernés ; c) utiliser les approches comportementales et environnementales ; d) être conscient que les bruits ambiants peuvent être des

éléments déclencheurs et e) utiliser la marche-conversation au besoin. Il serait donc ainsi plus aisé de prévenir et de réduire ces symptômes agressifs et entraîner ainsi des conséquences moins importantes.

3.2 Formations offertes aux PAB

Selon Hirsh et Ollivet (2007), les PAB sont ceux qui passent le plus de temps avec les résidents atteints de démence. Ils mentionnent qu'une formation de qualité double les compétences et que le travail en réseau permet d'interagir personnellement avec les résidents, puisqu'ils ont une histoire de vie et un cheminement unique.

D'après l'AQRP (2014), la qualité de la formation du personnel soignant et la mise en place de lieux sécuritaires sont en lien direct avec la qualité de vie des résidents et la qualité de travail des PAB. Aubry et Couturier (2014 b) indiquent que depuis 2008, les PAB doivent suivre une formation obligatoire du MSSS nommée « AGIR ». Selon le rapport d'évaluation du programme de la formation AGIR auprès de la personne âgée du MSSS (2014), celui-ci comprend huit ateliers qui peuvent être choisis selon le désir du PAB. Il y a quatre rapports à l'aide offerte qui sont mis de l'avant : le PAB vis-à-vis les usagers, le PAB vis-à-vis l'équipe, le PAB et les proches et le PAB par rapport à lui-même. Ces ateliers visent à implanter une nouvelle philosophie concernant la relation entre les PAB et les résidents. Les CHSLD ne seraient plus seulement des unités de soins, mais deviendraient des résidences, des milieux de vie.

Cette nouvelle formation sert à développer des compétences spécifiques qui visent à les aider au niveau de leurs actions lorsque des besoins particuliers se manifestent chez les résidents qui éprouvent différents déficits et qui ont besoin d'assistance personnelle, particulièrement lors de symptômes d'agressivité et d'errance et aussi lors d'évènements difficiles à gérer (La Direction des communications du MSSS, 2012). Après avoir suivi 750 heures de ce programme, il mène à l'obtention d'un diplôme

d'études professionnelles. Dans son rapport final d'évaluation du programme « AGIR » (MSSS, 2014), il est indiqué que le stress, la charge de travail, le manque de temps et de personnel et l'inflexibilité des horaires de travail compliquent l'application des apprentissages chez les PAB.

D'un autre côté, le MSSS (2014) mentionne qu'il n'est toutefois pas obligatoire pour les PAB qui suivent cette formation d'avoir terminé leur cinquième secondaire ni d'avoir suivi une formation professionnelle. Bien que l'obtention d'un diplôme d'études professionnelles soit recommandée pour être embauché dans un CHSLD, cela n'est pas présentement légalement obligatoire au Québec. Cependant, la Direction des communications du MSSS (2012) stipule qu'à la suite de l'adoption de la Loi 56 en novembre 2009 (Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux), tout individu travaillant pour un lieu qui héberge cette clientèle doit obligatoirement répondre à des exigences en ce qui concerne la formation. Par exemple, la formation sur les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB), le secourisme en général et celle sur la réanimation cardio-respiratoire sont obligatoires. Cependant, il est spécifié que ces formations ne s'adressent qu'aux nouveaux PAB.

Toutefois, la situation actuelle dans le contexte de la COVID-19 démontre bien une pénurie de main-d'œuvre dans le domaine de travail des PAB. En effet, selon le site internet du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2003), seuls quelques établissements exigent cette formation, alors que d'autres offrent une formation sur place ou exigent la formation de réanimation cardio-respiratoire ou celle des PDSB. Il est à noter que d'autres employeurs ne demandent pas plus qu'un secondaire cinq et de un à six mois d'expérience pour envoyer ces nouveaux employés travailler soit en résidence privée, soit en CHSLD ou même à domicile.

Cependant, la Résidence Berthiaume-du-Tremblay (2016) a fait émerger des nouvelles procédures en ce qui concerne les tâches des PAB dans le but d'humaniser les soins offerts en CHSLD. Ces tâches se définissent comme suit :

1re semaine suivant l'admission du nouveau résident : S'identifie auprès du résident et de ses proches et les informe de son rôle ; se fait prendre en photo avec le résident à des fins d'affichage à la chambre ; confirme auprès du résident et ses proches le meilleur moment pour communiquer avec eux ; valide avec le résident et ses proches leurs attentes, besoins et inquiétudes.

En tout temps : Apporte une attention particulière aux habitudes et au déroulement des journées des résidents auprès desquels il est assigné ; partage et discute du quotidien du résident avec ses proches lors de leurs visites ; oriente et supporte le résident et ses proches concernant la prestation des services offerts par l'établissement ; dirige le résident et ses proches auprès des personnes clés lorsque les informations demandées sortent de son champ d'expertise ; permet, favorise et demeure à l'écoute de l'expression des craintes, des appréhensions, des attentes et des questions qui préoccupent le résident et ses proches ; renseigne et supporte les proches qui le désirent sur les différentes techniques concernant les soins d'hygiène et les encouragent à participer selon le cas ; communique efficacement et questionne les différents intervenants sur la dispensation des soins et services offerts aux résidents sous sa responsabilité ; participe à l'élaboration du plan d'intervention individualisé et aux rencontres de suivi lors des rencontres interdisciplinaires ; planifie une attention particulière pour souligner l'anniversaire du résident ; utilise l'aide-mémoire à l'intention du préposé accompagnateur afin de diriger ses interventions au besoin (p.4-5).

Ce serait dorénavant le concept du PAB accompagnateur qui serait privilégié. Leur nouveau concept devrait être implanté dans tous les CHSLD grâce aux interventions personnalisées des PAB qui contribuent à l'amélioration de la qualité de vie des résidents et à l'amélioration des conditions de travail de ces derniers.

St-Onge (2013) mentionne l'importance de la formation du personnel soignant. Il explique qu'une recherche menée au Royaume-Uni a prouvé que la formation pouvait être un élément considérable pour contrer la prise de médicaments. En effet, deux

groupes ont été constitués dont un avait une formation de six mois et l'autre, aucune. Les résultats ont démontré que dans le premier groupe, il y a eu une diminution importante de la consommation de neuroleptiques chez les résidents (77 %) contre 58 % dans l'autre groupe qui n'avait pas de formation. De plus, une étude de Watson-Wolfe et al. (cité dans St-Onge, 2013) rapporte que lorsque les PAB ont reçu une formation adaptée en ce qui concerne les SCPD, il y a une diminution de 15 % à 30 % de consommation de médicaments et de présence de SCPD. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes. Avec une formation adéquate, il est possible de constater une amélioration de la qualité de vie des résidents et aussi des PAB. Donc, la formation influe sur les conditions de travail de ces derniers. Il est possible de se demander si, même avec une formation adaptée dans le but de réduire les SCPD, le contexte de travail actuel est propice pour appliquer ce qu'ils ont appris. C'est ce dont la prochaine partie de ce texte abordera, soit les conditions de travail des PAB.

La présentation de ce cadre conceptuel a permis de mieux saisir les principaux éléments présentés dans cette recherche dans le contexte actuel ainsi que de comprendre en quoi consistent l'adaptation et les acquisitions des PAB au niveau des savoir-faire afin qu'ils puissent être en mesure de poser des actions adéquates en ce qui concerne l'agressivité et l'errance en CHSLD chez les résidents. De plus, ce chapitre a permis de connaître de quelle manière ils ont l'opportunité de développer ces savoirs et d'en comprendre plus au niveau des concepts dont cette recherche s'inspire.

3.3 Des savoirs associés aux PAB

Le savoir-faire, le savoir-être et les compétences des PAB se développent principalement par la formation et l'apprentissage sur le terrain. Leur expérience ainsi développée leur permet d'acquérir certaines connaissances qui peuvent les aider à gérer certaines situations, à favoriser un milieu de vie et de travail de qualité et à fournir un

environnement plus sécuritaire pour tous. D'après Héту (2016), en plus de donner des soins, l'intervenant doit être capable de développer certains savoirs :

[...] 1) faire face à ses propres émotions provoquées par le cheminement du mourant. 2) Trouver son équilibre entre l'implication et une certaine distance émotive. 3) Aider le mourant et ses proches à s'acquitter au mieux de leurs tâches respectives. En particulier, aider les proches à faire face à leurs peurs, leur peine, leur colère et la culpabilité et à avoir une communication vraie avec le mourant. 4) Aider les proches à reconnaître que la fin est imminente et à faire leurs adieux au mourant, au besoin en servant soi-même de modèle. 5) Demeurer en contact avec ses limites personnelles, en étant capable de dire « Je ne suis pas capable », « Ce n'est pas possible pour moi » (p. 195-196).

Héту (2016) l'explique en ce qui concerne les mourants, mais ceci peut aussi s'appliquer aux résidents puisque les PAB qui les accompagnent voient souvent des résidents malades qui finissent par mourir.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre de ce mémoire composé de sept sections explique les modalités de la méthodologie qui ont été employées afin de mener à bien cette recherche. La description de l'approche de recherche privilégiée, du type de recherche, la méthode de recrutement, l'échantillonnage, l'instrument de collecte des données, le déroulement et la méthode d'analyse de cette dernière, les limites et biais ainsi que les considérations éthiques y sont détaillés.

4.1 L'approche privilégiée

L'approche privilégiée est la recherche qualitative parce que comme Royer (2017) l'exprime, la recherche qualitative s'emploie dans plusieurs domaines tels que la santé, la gestion ou le travail social, et ce car elle permet de connaître le vécu, l'expérience et la perception des acteurs concernés, soit des participants à la recherche. Cette auteure explique que la recherche qualitative permet au chercheur d'étudier l'arrière-scène d'un terrain concerné par la recherche tout en conservant le sens moral, la sensibilité et la réflexivité du chercheur tout autant qu'il mobilise ses habiletés et ses connaissances.

Pour leur part, Deslauriers (1991) ; Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte (2000) mentionnent que la recherche qualitative est plus souvent pertinente à utiliser en recherche sociale et que les écrits sont beaucoup plus volumineux dans ce domaine. Anadon (2006), pour sa part, indique que la recherche qualitative est un ensemble de

stratégies qui sont déployées afin de pouvoir faire une interprétation en profondeur des éléments étudiés. Ces stratégies sont au niveau de la rigueur méthodologique pendant la collecte et l'analyse des données (crédibilité, transférabilité, fiabilité et confirmation p.12).

Turcotte (2000) décrit la recherche qualitative comme une méthode utilisée pour décrire une situation sociale, un événement, un groupe ou un processus et aussi, pour pouvoir parvenir à une compréhension plus poussée de certaines situations. La recherche qualitative permet de comprendre, en tout ou en partie, quelles sont les actions posées par les PAB concernant l'agressivité et l'errance chez les résidents en CHSLD ayant un diagnostic de démence.

4.2 Le type de recherche

Pour ce qui est du caractère exploratoire de cette recherche, elle sert à éclaircir un problème qui n'est pas complètement défini. Pour Trudel, Simard et Vonarx (2007), la recherche exploratoire est utilisée pour combler un vide, pour montrer une réalité à l'étude. C'est la raison du choix de la méthode exploratoire qui a été retenue dans cette recherche afin de bonifier l'ensemble des connaissances sur la réalité des PAB dans un contexte où il n'y a pas beaucoup d'études qui ont été effectuées dans ce domaine. De plus, les études exploratoires se prêtent bien à un sujet dont les informations disponibles et la compréhension demeurent limitées. En outre, la présente étude n'a pas d'hypothèse à vérifier, comme c'est habituellement le cas pour les études exploratoires (Yegidis et Weinback, 2006).

4.3 Population cible et recrutement

La recherche a été effectuée en Abitibi-Témiscamingue. Le segment de la population qui a participé à cette recherche était les PAB qui travaillent actuellement ou ayant

travaillé dans un CHSLD et qui prennent, ou ont pris soin, des résidents ayant un diagnostic de démence et présentant des comportements d'errance ou d'agressivité. Dans un petit milieu comme celui de l'Abitibi-Témiscamingue, un effet boule de neige a pu se développer, c'est-à-dire qu'un PAB avait discuté de ce projet de recherche avec des collègues qui ont souhaité y participer. Wilhelm (2014) relate que cette méthode est utile pour rejoindre une population cible qui peut probablement être en marge de la société ou qui a des particularités singulières. C'est un effet d'exposition à ce sujet qui aurait pu briser l'anonymat des participants. Pour cette raison, afin d'augmenter le nombre de participants et l'indépendance de cette étude, le recrutement s'est effectué hors des établissements comme les CHSLD, même si c'étaient ces employés qui étaient à l'étude. Il n'y a donc pas eu de lettre d'invitation affichée dans les CHSLD. La participation des PAB était volontaire et ces derniers ont eu la possibilité de se retirer à n'importe quel moment et leur confidentialité a été préservée par l'anonymisation effectuée par un changement des noms des participants par une numérotation. C'est pourquoi, lors de l'analyse des témoignages, que la référence aux verbatim peut s'observer sous forme de chiffres. Soit 4, p.20. signifie que c'est le participant numéro quatre et son témoignage se retrouve à la page 20 de son verbatim. Le verbatim est un outil important puisque c'est une version écrite de toute l'entrevue qui y est présentée.

Une rencontre préliminaire en personne ou par téléphone a eu lieu avec les participants afin d'établir un lien de confiance, puisque la chercheuse ne connaissait pas les participants, ce qui a favorisé leur libre expression. Ce lien de confiance, une fois créé, permet d'obtenir des témoignages authentiques et inédits. De nombreuses confidences ont été entendues, ce qui n'aurait pas pu être possible sans sa création. Selon Savoie-Zajc (cité dans Gauthier, 2010, p.344-345), le lien de confiance créé lors d'une entrevue semi-dirigée est très important et comporte deux aspects. Il y a l'aspect sociopolitique, qui consiste en la relation de pouvoir entre le chercheur et l'interviewé qui s'établit dans la négociation de ce dernier entre les deux parties, permettant ainsi la création du lien de confiance. L'auteure donne comme exemple que l'interviewé peut avoir le

pouvoir de choisir l'endroit et le moment de la rencontre. Le deuxième aspect est au niveau de la relation sociale, qui a pour but d'atténuer les blocages potentiels, ce qui permet aux participants d'être plus à l'aise et de se confier plus aisément. Afin de créer ce lien lors des entrevues, la chercheuse leur a laissé la parole dans le respect et sans les juger.

Huit répondants ont participé à une entrevue à propos du savoir-faire des PAB en ce qui concerne l'agressivité et l'errance chez les résidents en CHSLD ayant un diagnostic de démence en Abitibi-Témiscamingue. Ils étaient âgés de 20 à 60 ans. Lors de la première prise de contact, tous les participants ont affirmé avoir été témoins d'agressivité et d'errance de la part des résidents et avoir développé certaines stratégies pour faire face à ces situations. Tous les participants avaient travaillé ou travaillaient dans un CHSLD. Quatre répondants y avaient travaillé entre deux et quatre ans, alors que les quatre autres avaient entre 10 et 30 ans d'ancienneté au moment des entrevues. Quelques participants n'étaient plus à l'emploi en CHSLD; il était important que les participants possèdent une certaine expérience parce que c'est de cette manière qu'ils ont pu partager les savoirs qu'ils ont développés dans leur pratique. L'Hautellier et St-Arnaud (1994) expliquent que c'est ce partage d'expériences permettant de nommer les savoirs qui facilite la mise en place de moyens qui peuvent mener à de meilleures pratiques. Quatre participants avaient un diplôme d'études professionnelles (DEP). Sept participants ont été contactés via Facebook et un répondant par téléphone.

Cinq autres participants qui avaient manifesté le désir de participer à l'entrevue y ont renoncé. La raison principale de la longue durée du temps du recrutement a été sans contredit la peur du manque de confidentialité et des représailles qui pourraient suivre de la part de l'employeur. La majorité des PAB interrogés ont mentionné la peur d'être reconnus et d'en subir les conséquences parce qu'il existe une loi sur la confidentialité au sein des CHSLD et lorsque cette loi est enfreinte, les conséquences peuvent être nombreuses. En effet, la majorité des PAB doivent signer un contrat de loyauté lors de

leur embauche. Ce contrat peut différer d'un endroit à un autre, mais signifie la même chose. Présentement, à cause de la situation actuelle, de plus en plus d'employés du système de la santé dénoncent certains faits publiquement dans les médias.

Il est à noter que lorsque les éventuels participants ont été relancés, un PAB a mentionné que le CHSLD où il travaillait lui avait fortement recommandé de ne pas participer à cette recherche parce que c'était probablement une arnaque et que ce n'était pas une vraie recherche universitaire. De plus, deux éventuels participants qui se sont désistés venaient de ce même CHSLD.

Lors de la période de recrutement des PAB, certains ont mentionné clairement qu'ils ne voyaient pas pourquoi ils prendraient la parole, qu'ils n'avaient rien à dire parce que leur métier ne constituait qu'à nettoyer des matières fécales. Le constat de ce phénomène serait donc que certains PAB n'avaient aucune valorisation envers la perception de leur propre travail, tout en reconnaissant leur importance.

Le recrutement s'est principalement effectué par une note d'invitation (voir Annexe B) qui a été publiée sur les réseaux sociaux, comme le site internet de Facebook. Les gens intéressés ont contacté la chercheuse via cette plateforme. Une rencontre de présélection a eu lieu avec chaque participant afin de confirmer leur éligibilité pour participer à cette recherche. Les participants sélectionnés ont été invités à lire et à signer un formulaire de consentement (voir Annexe C) où les modalités de cette recherche sont décrites et chaque rencontre a été effectuée à partir d'une grille d'entrevue (voir Annexe D), qui avait préalablement été testée auprès de quelques individus. En ce qui concerne les différentes dates pour chaque étape de cette recherche, un échéancier est présenté en annexe E.

Ce sont des PAB qui ont participé à cette recherche. Les principaux critères d'inclusion étaient qu'ils devaient être actuellement, ou avoir été, à l'emploi dans un CHSLD en

Abitibi-Témiscamingue depuis plus de deux ans et être âgés de plus de 18 ans. Les témoignages ont permis de comprendre et d'établir des liens entre les actions posées par les PAB en CHSLD et les symptômes d'errance et d'agressivité chez les résidents ayant un diagnostic de démence. Il a aussi été possible de connaître leur savoir-faire pour répondre et faire face à ces symptômes. Comme la recherche est de type qualitatif, le nombre de participants importait peu, ce qui était important était la saturation empirique des données. Lorsqu'il y avait des redondances et que les entrevues n'apportaient plus de nouveaux éléments pour répondre aux questions de recherche, les entrevues ont cessé (Savoie-Zajc, 2010).

Le nombre minimal de participants attendu était de 15 PAB puisque le territoire est un petit bassin où il est possible de recruter des participants en quantité limitée. Pourtant, il n'y a eu que huit participants sur une durée d'un an et demi. Le recrutement a été particulièrement long et difficile. Cependant, les huit participants et la chercheuse ont rapidement créé un lien de confiance qui a permis d'obtenir des rencontres individuelles riches en informations. Cependant, la moyenne de temps des rencontres s'est avérée être plus longue que prévu, soit deux heures environ. Il y a eu un participant qui a été interviewé à deux reprises par téléphone parce qu'il manquait de temps. Les sept autres participants ont été rencontrés en une seule rencontre pour chacun. Le fait d'obtenir des rencontres plus longues que prévu a permis d'apporter de nouveaux éléments qui n'étaient pas présentés dans la grille d'entrevue.

4.4 Instrument de collecte de données

Les entretiens ont été effectués de façon semi-dirigée et il y avait un guide d'entrevue construit à cet effet. Combessie (2007) affirme que cette méthode permet d'évaluer la saturation des données lorsqu'il y a redondance dans les réponses des participants. Pour cette recherche, il y a effectivement eu un début de redondance après le cinquième entretien. Les questions étaient ouvertes afin d'obtenir le plus d'informations possible

de la part des participants. Il a été préalablement testé avec trois individus afin de s'assurer que les questions soient distinctes, compréhensibles et pertinentes. Par la suite, des modifications ont été effectuées en conséquence.

4.5 Déroulement de la cueillette des données

Les rendez-vous pour effectuer les entretiens ont été faits par courriel, les réseaux sociaux ou par téléphone, selon le désir des PAB. La manière dont les entrevues se déroulaient a été expliquée verbalement ou par écrit. Les entrevues ont été enregistrées à l'aide d'un magnétophone afin de pouvoir transférer les données obtenues par écrit (verbatim). Le lieu des entrevues a été principalement dans les locaux de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). Une entrevue a été réalisée par téléphone, selon la volonté du PAB. Cette cueillette de données s'est donc déroulée comme prévu.

4.6 Méthode d'analyse des données

L'analyse des données s'est effectuée en s'inspirant de l'analyse thématique. Selon Paillé et Mucchielli (2016), l'analyse thématique consiste à réduire la quantité des données en regroupant les informations par thèmes et sous thèmes. Cela consiste à relever les éléments importants des verbatim, les répétitions diverses et les thèmes reliés aux questions de recherche. C'est ainsi qu'à partir des verbatim de chaque entrevue, les principaux thèmes abordés ont été dégagés².

² Il est à noter que dans certains témoignages, quelques termes québécois, familiers et anglais ont été conservés afin de respecter les expressions des participants.

Selon Paillé et Mucchielli (2016), le verbatim en version papier est l'instrument idéal pour annoter des éléments. De plus, la rédaction de ce dernier permet une certaine appropriation de la discussion et il est beaucoup plus facile de s'y retrouver lorsque vient le temps d'effectuer l'analyse thématique. Dans ce sens, l'analyse thématique des données recueillies a été réalisée en cinq phases : 1) se familiariser avec les données collectées à travers l'écoute des entrevues et la lecture de chacune des transcriptions ; 2) générer des codes initiaux à partir de ce qui a été identifié comme étant pertinent dans la phase précédente ; 3) rechercher des thèmes, c'est-à-dire un ensemble de mots qui permettent de représenter de façon synoptique et fidèle la signification attribuée à un objet, à un phénomène, à une situation, par les individus interrogés ; 4) réviser les thèmes, soit essayer de produire une description complète du phénomène étudié à travers une vérification des thèmes identifiés dans la phase précédente ; et 5) la définition et dénomination des thèmes (Labra, Castro, Wright et Chamblas, 2019). Cette dernière phase concentre deux grands moments. Dans le premier, le chercheur doit passer à une révision définitive des thèmes et de leurs sous-thèmes. Cet exercice de lecture attentive de la matrice thématique est réalisé dans le but d'évaluer les hiérarchies entre les thèmes et les sous-thèmes, pour ensuite vérifier si les noms donnés à ce matériau transmettent fidèlement ce que les codes disent. Bien que cela semble banal, nous souhaitons mentionner que le chercheur doit concentrer son attention sur le nom donné aux thèmes et aux sous-thèmes de la matrice afin qu'ils ne conduisent pas à des ambiguïtés. Dans un second temps, le chercheur doit passer à l'interprétation en définissant conceptuellement les thèmes et les sous-thèmes (Labra, Castro, Wright et Chamblas, 2019).

L'analyse s'est effectuée sur papier par codes de couleur. Par exemple, afin de connaître comment les PAB percevaient leur travail, dans la grille d'entrevue, la question était surlignée en bleu et les réponses dans le verbatim aussi. Aussi, le thème de la souffrance ne faisait pas partie et il a été ajouté puisque les participants en parlaient souvent. Selon Labra, Castro, Wright et Chamblas (2019), l'une des

difficultés rencontrées lors de l'analyse thématique est de demeurer objectif pour la recherche et ne pas effectuer une interprétation au niveau personnel. L'interprétation des thèmes doit donc s'effectuer avec neutralité. La méthode utilisée n'a pas subi de changements

4.7 Limites et biais de la recherche.

Le problème majeur survenu lors de cette recherche est la difficulté de recruter des participants. Il n'y a pas eu assez de volontaires lors de la première demande. Dans ce cas, une seconde invitation a été envoyée à nouveau sur les réseaux sociaux et une autre sur le site internet de l'ancienne fédération des PAB du Québec, qui est restée sans réponse. De plus, le recrutement s'est effectué sur une longue période; cela a pu avoir un impact sur l'étalement des données qui a pris une plus longue période que prévu, ce qui a apporté quelques fois une perte de vue sur le but de la recherche et apporté une limite pour relier les données des entrevues à d'autres. Il aurait pu être intéressant de faire connaître les résultats de cette recherche avant sa publication afin que les participants puissent partager leurs opinions, ce qui aurait pu confirmer ou infirmer certaines interprétations. Une des limites de cette recherche aurait donc pu être un possible manque de saturation des données en ce qui concerne le peu de participants.

De plus, la chercheuse possède une certaine proximité avec le terrain de l'étude, ce qui peut causer un certain manque d'objectivité causé par le petit nombre de CHSLD en région. Au niveau de l'interprétation des résultats, il y a une possibilité de subjectivité puisque la chercheuse avait déjà une connaissance d'évènements qui se sont passés en CHSLD.

4.8 Considérations éthiques

Les participants aux entrevues ont été informés qu'il s'agirait d'un processus de recherche qui servirait à comprendre leur savoir-faire et leurs actions posées en CHSLD concernant l'agressivité et l'errance chez les résidents ayant un diagnostic de démence en Abitibi-Témiscamingue.

Il y a eu un formulaire de consentement éclairé qui a été signé par la chercheuse et le participant. Chacune des parties en a obtenu une copie. Il est à noter que seuls les PAB âgés de plus de 18 ans pouvaient participer à cette présente recherche. Cette recherche a fait l'objet d'une évaluation de la part du Comité éthique de la recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (certificat n° 2018-08-Labbé, Annexe A) afin d'avoir l'autorisation pour débiter le projet.

La confidentialité leur a été assurée. Aucune information permettant leur identification n'est présente dans cette recherche. D'autant plus que les noms des participants ont été remplacés par des chiffres, de manière à conserver leur confidentialité dès le début de l'analyse des données.

Les participants ont été assurés que les informations recueillies n'auront aucun impact sur leur travail et leur participation était volontaire. Les données fournies ont été entreposées dans un classeur fermé à clef, disponibles exclusivement pour la chercheuse ; elles ont été détruites après une période de 12 mois.

Une autre considération éthique est l'indépendance de l'étude et la liberté d'expression et de conscience des participants par rapport à leur milieu de travail, le CHSLD. C'est pour cette raison que cette étude a été effectuée hors établissement, et cela, sans demander l'accord des CHSLD. Les retombées de cette étude démontreront si cette stratégie était efficace ou non.

CHAPITRE V

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse des entretiens avec les participants de l'étude. Il est divisé en huit sections. D'abord, il sera question des résultats obtenus à propos du recrutement, de la perception des PAB à propos des CHSLD et de sa gestion, de leur travail et de leurs collègues. Il sera aussi question de leur formation, du besoin d'information et de l'organisation de leur travail. Ces éléments seront présentés sous la forme de résumé du déroulement de chaque étape et de témoignages des PAB.

5.1 Perceptions diverses des PAB entourant leurs pratiques en CHSLD

Dans cette section, il sera question des perceptions à propos des PAB sur les CHSLD. Ensuite, il y aura les différentes perceptions des PAB à propos de leur travail et pour terminer, ce seront celles concernant leurs collègues.

5.1.1 Perceptions des PAB à propos des CHSLD

Différents thèmes ont été abordés selon la grille d'entrevue, mais d'autres sujets ont aussi été mentionnés. Ce sont principalement des sujets comme la performance, la culture du silence et les différents types de violences qui ont été relevés sans le questionnaire au cours des entretiens.

Je suis tellement habitué qu'on n'ait pas droit de parler, je ne suis même pas capable de le dire aujourd'hui là... même si on est juste nous deux dans le bureau. De tout ce que j'ai vu et j'ai fait semblant de rien... Ça fait mal, ça fait vraiment mal. J'ai tellement des gens dans des états... de détresse qu'on ne peut pas sortir épargnés psychologiquement de ça. Plus longtemps dans le métier plus ça fait mal et puis, ça fait du ravage. (8, p. 23)

Selon leurs témoignages, leur lieu de travail serait un endroit où plusieurs formes de violences prennent forme et où naît de la souffrance, mais, paradoxalement, où ils observent aussi des éléments positifs. Ce qui signifie que des PAB ont une connaissance particulière de certains événements et ont constaté certaines situations, mais que ce ne doit pas être dit pour préserver un semblant de normalité.

Les PAB rencontrés ont été unanimes dans le sens que les CHSLD ne sont pas des « vrais » milieux de vie, pas un chez-soi. Il y a deux perceptions qui se retrouvent côte à côte : celle de mouvoir et celle de prison. Les PAB les ont plutôt décrits comme étant des lieux où les résidents se laissaient mourir (mouvoirs) ou des institutions répressives, carcérales. Voici comme deux participants témoignent :

On veut créer des milieux de vie, on veut prendre soin de nos aînés, mais on crée des mouvoirs, tu sais. C'est un corridor où l'on attend de mourir. C'est carrément ça. (2, p. 24)

Puis là, il tombe en syndrome de glissement, pas longtemps plus tard, puis il est mort. Il s'est laissé mourir, autrement dit. (1, p. 23)

Six PAB ont affirmé que les CHSLD, ces « milieux de vie » étaient plutôt comparés au système carcéral et, qui, selon eux, offrirait plus de services que les CHSLD.

C'est beaucoup un milieu carcéral comme milieu de vie. Tout est réglé, comme je te parlais tantôt, tout est barré. Même les bénéficiaires n'ont pas accès à leurs trucs personnels. Tout est barré. (2, p.24)

Ça vient avec, c'est une microsociété qu'on essaie de faire rentrer dans un moule, alors on retrouve de tout, alors on le retrouve en dedans tout ce qu'il y a dehors, on le retrouve en dedans. Pourquoi j'utilise le terme en dedans ? C'est parce que c'est carcéral. Le milieu des personnes âgées est carcéral pour eux et pour nous. On vit des contraintes des deux côtés, alors la tension monte, les frustrations sont là et tout peut arriver. Un préposé peut être épuisé et commettre un geste irréparable, comme l'inverse peut arriver. J'ai vu, j'ai vraiment vu ça. (8, p. 7)

À la suite de la pandémie de la COVID-19 et selon les horreurs qui ont été démontrées dans les médias, le gouvernement a voulu augmenter le nombre de PAB et retenir ceux qui travaillaient déjà en leur offrant des formations conditionnelles accélérées et des avantages financiers. Le constat est qu'à la suite de cette intervention, le Journal de Montréal (19 février 2021) mentionnait que le tiers des 9451 nouveaux PAB de la première cohorte qui a bénéficié de la nouvelle formation et d'une bourse de 9000 \$ n'a pas fini sa formation ou a quitté son nouveau métier. Les principales raisons étaient la surcharge de travail et l'intimidation de la part des plus anciens préposés, ce qui rendait le climat de travail impossible à endurer. Or, le manque de PAB a un impact direct sur les conditions de vie des résidents. Il y a un énorme manque de personnel dans les soins de santé, pas seulement chez les PAB.

Malheureusement, avec le manque de personnel qu'on connaît peut-être depuis un an et demi, là, là, on est dans le pire bout de toute l'histoire des préposés, je présume. On est dans le pire bout. Pas juste les préposés, infirmières, infirmières auxiliaires. On a un manque criant de personnel en santé. (2, p.15)

Ça, ça en est un [absences] parce qu'on manque de personnel. Il y a aussi le personnel qui est à bout. (1, p.35)

Certains PAB quittent leur travail par peur de la pandémie, d'autres y restent et trouvent ces situations d'abandon insupportables. À la suite des entrevues, il a été constaté que les conditions de travail actuelles des PAB sont presque toutes négatives : heures supplémentaires, surcharge de travail, manque de personnel, tensions entre collègues,

multipathologies des résidents, manque de formation, manque de reconnaissance, milieu agressif et violent, etc. Cela entraîne de la souffrance et de l'épuisement : « *Mais il n'y a pas de plaisir. Il y a des numéros, de la production puis une organisation...* » (4, p. 22)

Certains PAB acquièrent ces perceptions après avoir travaillé quelque temps en CHSLD; ils sont sous le choc et le décrivent comme une institution qui apporte de plus en plus de déshumanisation autant chez les PAB que chez les résidents. En effet, ils deviennent des numéros qui sont remplaçables dans les deux cas : des machines qui doivent garder le silence.

La réalité part de même, puis elle est tellement défaite que le gouvernement n'arrive pas avec les vraies affaires, le gouvernement s'est dit : si c'est si pire que ça, on le saurait dans les médias, ça passerait à la télé, on entendrait parler. [...] Il y a une loi de l'omerta, qu'on ne peut pas parler, mais on peut dire par exemple que les aînés subissent de la violence. Il y en a tellement peu par rapport au ratio de ce que nous on a. Tu sais, la pression que le gouvernement nous donne, que notre employeur me donne, excuse, quand on a nos inspections, c'en est de la violence, de l'abus de pouvoir, du stress rajouté. On peut bien être pétés parce que ça vient tous bords, tous côtés, mais on aime notre métier. Tout le monde va vous dire qu'ils aiment leur métier. C'est toutes les contraintes qui nous font dire que c'est épuisant. (8, p. 16)

Ils ont voulu faire un endroit qui était plus propice à se sentir chez soi. Malheureusement, la réalité nous rattrape. La surcharge des résidents qui vivent dans les CHSLD à travers le Québec a eu comme conséquence de faire en sorte que ce n'est plus possible. (7, p. 4)

Dans ce contexte de travail si difficile, quelques répondants indiquent se sentir dépassés :

Parce que vu comme le système est fait, on ne peut pas rien faire d'autre. Donc, moi, comment je me sens dans ce temps-là ? J'ai l'impression qu'on tue du monde. (1, p. 23-24)

Tout ce qu'on fait, c'est mécanique. Si on est rendu mécanique dans nos relations, c'est là le danger. C'est là le danger de devenir mécanique dans ce que tu fais. Bof! Tu sais, je l'essuie. Non. C'est un être humain, là. (2, p. 24)

Je suis tellement habitué qu'on n'ait pas droit de parler, je ne suis même pas capable de le dire aujourd'hui là... même si on est juste nous deux dans le bureau. De tout ce que j'ai vu et j'ai fait ne semblant de rien... Ça fait mal, ça fait vraiment mal. J'ai tellement des gens dans des états... de détresse qu'on ne peut pas sortir épargnés psychologiquement de ça. Plus longtemps dans le métier plus ça fait mal et puis ça fait du ravage. (8, p. 23)

Deux autres PAB ont aussi répondu que c'étaient des lieux où l'on se laissait mourir.

Les gens ne sont pas bien là-bas, ils se laissent mourir. Quand qu'ils te font visiter, c'est pas mal beau, mais ce n'est pas la réalité, on enlève toute autonomie que la personne pouvait avoir. C'est une place où tu t'en vas mourir. Plus ça va, plus qu'ils enlèvent toutes les choses que les gens peuvent faire. Je trouve qu'on les abandonne là-bas plus qu'autre chose. Ils disent tout le temps : manque de budget, manque de budget. (Juron), tu loues une chambre 3000 \$ par mois, on s'entend-tu que ton manque de budget, il n'est pas normal. Ce n'est pas des affaires qu'on peut faire avec des personnes âgées. Ils ne sont pas handicapés, ils sont juste vieux, sont capables de faire des affaires... (6, p. 10)

Mais tu sais, on avait le temps de jaser, on avait le temps d'apprendre à les connaître. Là, oublie ça. À la fin, j'avais l'impression, c'est le discours que j'utilise régulièrement, j'avais l'impression d'épousseter une canne de jus de tomates. Tu comprends ? C'est comme : retournez-vous, madame, il faut que je vous lave le dos, là, vite, vite. Tu comprends ? Tout était vite, on avait pu le temps de les aimer. (4, p. 12)

Un autre répondant a mentionné que les résidents en CHSLD n'étaient plus des humains, mais des objets pris, lavés et replacés. Le constat est que tous les PAB rencontrés perçoivent les CHSLD comme étant des lieux de déshumanisation où la nécessité de performance vient avant l'humain et ses besoins et ils semblent tous en être conscients. Tous les répondants ont mentionné le manque de temps qui est, semble-

t-il, la cause de cette déshumanisation. Un des témoignages est clair à ce sujet puisqu'il explique qu'il n'avait même plus le temps d'aimer les résidents.

Un PAB a mentionné que c'est à cause du mode de gestion que les PAB ont plus de tâches à effectuer et c'est ce qui leur enlève du temps pour passer des moments de qualité avec les résidents.

[...] C'est vraiment la gestion qui est très, très, bien, je t'apprends rien, une gestion hyper managériale. Le système de santé en général, les CHSLD ne sont pas épargnés par ce genre de mode de gestion là. Puis c'est ça. Ce qui arrive, c'est qu'on a de moins en moins de temps qu'on peut parler avec les bénéficiaires, on a plus de tâches à faire, donc, bien, ça réduit le temps qu'on peut passer avec des bénéficiaires en dehors des tâches comme de changer les culottes d'incontinence ou de faire, tu sais, des AVQ. C'est l'fun de s'asseoir avec les résidents, de discuter avec eux, faire des activités, ça, on a jamais le temps. (2, p. 2)

Un répondant affirme que les gestionnaires travaillent fort pour le bien-être des résidents et qu'ils travaillent beaucoup d'heures.

C'est ça, mais tu sais, les gestionnaires, ils se fendent la tête à essayer de régler les problèmes d'horaires pour faire plaisir aux préposés, essayer de conjuguer travail et famille pour les préposés qui ont des enfants quand qu'ils ne peuvent pas travailler de soir. C'est plus difficile pour eux. Une mère monoparentale a travaillé un méchant coup. Donc, ils essaient vraiment de conjuguer tout ça tout en répondant aux besoins des résidents. Donc, c'est difficile comme travail puis on a tout le temps tendance à voir le côté négatif des gestionnaires, mais je pense qu'il y a un travail... Il y a une humanisation aussi dans ça. Il ne faut pas juste voir de l'abus, questions financières... (2, p.26)

Ils développent donc leur savoir-faire comme ils peuvent et manquent toujours de temps. Le manque de temps semble être une contrainte qui est très lourde pour les PAB.

Tu sais, le docteur passe, euh, une infirmière elle passe pour faire un pansement, docteur donne un diagnostic, le patient, il a de la peine par

rapport à ce qui a eu pis toute, l'infirmière, a l'a pas le temps de commencer. C'est le préposé qui va venir sur le travail, qui va plus intervenir auprès du patient puis qui va être là pour le consoler, le soutenir, avoir une écoute active, mais là, on n'a pas le temps de faire ça. Donc, moi, mon travail se résume à changer des culottes puis à manger des coups. Parce qu'avant, je mangeais un coup, je pouvais m'asseoir avec le résident, lui flatter le dos, y parler doucement, calmer les lumières, jouer avec lui ou quelque chose d'autre, je mets de la musique. Là, je n'ai plus le temps... (1, p.7)

5.1.2 Perceptions à propos de leur travail

Il est à noter que tous les répondants ont affirmé qu'ils vivaient de la souffrance sous différentes formes. Deux répondants disaient détester leur travail, alors que trois des participants ambivalents voyaient des côtés positifs dans ce qu'ils vivaient en tant que PAB. Parmi ceux qui ont affirmé détester leur travail, c'était plus dû aux conditions de travail et à cause de leurs collègues. Trois répondants affirmaient trouver le métier dur.

Oui, oui, oui, tout à fait, c'est une pression déguisée par la négociation, on sent le désarroi de l'infirmière, on entend tous les collègues de travail alentour pendant... Je n'ai pas été toute seule. Ce n'est pas vrai. On sent la détresse des employés, la pression alentour de nous directe et indirecte il y a plein de commentaires, des fois, ça fait mal et je vois tellement souvent des filles qui sont prises en otage avec leurs enfants ils ne peuvent pas aller chercher à la garderie ils ne peuvent pas aller les chercher pour la garde partagée. Il y en a là, des PJ après eux, parce que l'ex qui n'est pas gentil, autant masculin que féminin, veut aller chercher la garde complète. Il en a dans notre métier, c'est dur de savoir à quelle heure on rentre à quelle heure on sort, dans quel état on va être, la concentration est souvent mise à dure épreuve, beaucoup de fatigue au volant après les quarts de travail. Des fois, ça joue contre le personnel en place on voit le désarroi, des épuisements, les troubles familiaux, on le voit, c'est réel. Je vois souvent des préposés qui durent trop longtemps aux toilettes. Quand ils sortent, ils ont les yeux rouges, ils ont pleuré, ils ont pris leur téléphone pour régler des problèmes familiaux. Des fois, on les entend carrément dire : « Maman ! Ce n'est pas parce qu'elle ne t'aime pas, mais alors, tu vas te faire garder encore à soir. » On le sent, on sent le désarroi. Alors des fois, je vais finir par... Pas juste moi, tout le monde va finir par dire OK pour les heures supplémentaires, mais c'est nous qui tombons un moment donné. (8, p.4)

Un autre participant va nous dire en entrevue qu'il est en situation de survie, mais que, malgré cela, il aime son travail :

Le burnout est la blessure la plus importante parce qu'on n'en revient pas jamais totalement, alors je dis : c'est pour ça que cette blessure importante ; on travaille comme sur une espèce de pilote automatique de brousse, on est en survie, mais on aime notre travail, c'est tellement paradoxal, c'est quasiment le syndrome de Stockholm, on devient en amour avec ce qui nous fait mal, on devient en amour avec ce qui nous emprisonne, c'est là que ça devient tout croche en dedans, de nous dépenser contre les conflits particuliers. On ne peut plus reconnaître les signes de détresse, où commencent, où finissent les choses. On les a à cœur parce que c'est l'extension de notre famille, l'extension de nous-mêmes, c'est une vocation, ça vient du cœur, ça vient des tripes, alors ça devient dur de couper quand qu'il faut couper ça, devient un peu malsain. (8, p.8-9)

Ils ont presque tous mentionné que c'était eux qui passaient le plus de temps avec les résidents et qu'ils possédaient l'expertise, le savoir-faire afin de s'assurer de l'état physique, émotionnel et mental de ces derniers, mais que leurs observations n'étaient pas toujours reconnues par les infirmières, les infirmières auxiliaires, les médecins...

Il y a un tabou relié à ça. On joue dans les déjections corporelles à journée longue. Hein ? Mais c'est ça, on est perçus par le personnel soignant, les infirmières auxiliaires, les infirmières, médecins. Tu sais, on est... Pourtant, on est les yeux de tout le monde. Les oreilles de tout le monde... Si on est plus là demain matin, là... (2, p. 23)

Les PAB interrogés expliquaient la perception qu'ils avaient de leur milieu de travail lorsqu'ils ont commencé à travailler et que cette dernière avait changée avec le temps. Ils ont dit qu'ils avaient tous une vision positive du métier de PAB au début, mais que leurs expériences s'étaient avérées plus négatives que ce qu'ils imaginaient.

Oh my God! C'est enrichissant. Ça me fait vivre une gamme d'émotions. Ça nous fait nous connaître sur nous-mêmes. Ça vient nous chercher. Ça nous fait grandir. On peut en sortir que transformé. Oui, je ne regrette pas mon métier même si c'est dur, mais je n'ai pas trouvé d'équivalent qui me fait carburer autant. (8, p.1)

Le tableau ci-dessous résume quelques définitions que les PAB avaient avant de travailler et le changement qu'ils ont expérimenté sur le plan de leurs perceptions attribuées, une fois déjà en emploi aux CHSLD. Au fur et à mesure qu'ils développaient leur savoir-faire, il est facilement possible de constater que ce qu'ils percevaient comme étant positif est vite devenu négatif.

Tableau 3 Définitions des PAB au sujet des CHSLD

Avant d'entrer au CHSLD	Pendant le travail aux CHSLD
Milieu de vie, CHSLD	Mouroir, prison, milieu carcéral
Autonomie	Dépendance, contraintes
Personne âgée	Vieux, malade, client, numéro, souffrance, impuissance, abandon, solitude, isolement, agressivité
Préposé aux bénéficiaires	<i>Sale travail</i> , pression, don de soi, affection, passion, bâillon, souffrance, silence, empathie
Gestionnaires	Pression, menaces, chantage, organisation
Temps de qualité	Absence ou manque de temps
Démence	Alzheimer, violence, contention, errance

Enfin, il a été mentionné par les participants que le métier de PAB en était un qui était très hiérarchisé.

Mais c'est un métier (...) qu'on soit comme au bas de la hiérarchie puis qu'on n'ait pas toujours de reconnaissance, tu sais, c'est très hiérarchique au niveau de la santé. Tu n'as pas toujours la collaboration que tu devrais avoir de la part du personnel infirmier, mettons. (2, p.29)

5.1.3 Perceptions à propos de leurs collègues de travail

Un participant a mentionné qu'il adorait ses collègues et qu'il passait du bon temps avec ces derniers.

Il y a mes collègues aussi. Je m'amuse beaucoup avec mes collègues. Tu sais, on s'amuse en travaillant. Il y en a que non, mais y en a que oui, pis c'est ce qui fait que j'adore ça aussi. C'est sûr que si j'étais tout le temps avec du monde qui est plate, j'aimerais peut-être moins ça. Mais tu sais, on est tellement une belle équipe. On se dit des niaiseries, on rit tout le temps, donc, tu sais, c'est rendu que j'ai hâte d'aller travailler. (5, p.23)

De plus, trois autres ont affirmé qu'il y avait des bons et de moins bons collègues, certains allant jusqu'à battre des résidents.

Les préposés sont toujours là bien, bien gentils, mais il y en a qui battent les résidents, serrent les poignets, les tapent. J'ai vu ben des affaires que ce n'est pas des choses que tu peux dire directement là-bas à ton Boss. Oui, ça se vit là-bas. Il y en a beaucoup qui sont corrects, ce n'est pas 100 %, mais il y en a qui ont fait ça. Ce n'est pas l'fun, toi, il faut que tu te fermes ta boîte, sinon tu vas te faire mettre dehors... (6, p. 10)

Deux autres participants ont expliqué que certains PAB n'effectuaient pas toutes les tâches demandées pendant leur quart de travail, que ça causait de la compétition entre eux et leur donnait une surcharge de travail. Devant ce dernier constat, on apprend qu'il y aurait une certaine pression entre les PAB qui ne veulent pas se faire juger parce qu'ils n'ont pas effectué toutes les tâches demandées et qui incombent donc à l'équipe suivante, ce qui cause de la frustration entre les PAB. Ils ont mentionné que ce n'était pas par manque de volonté, mais par manque de temps.

Il faut aller vite ils m'ont toujours dit de prendre le temps qu'il faut non, non, là-bas tu ne prends pas le temps qu'il faut, il faut que tu te dépêches, quand qu'on allait dans nos cours essayer dans de vrais CHSLD, les personnes étaient toutes contentes de nous voir je comprends maintenant pourquoi quand ils nous voyaient, ils étaient tous contents qu'on prenne le temps de mettre les bas et tout ça. Finalement, ils viennent là pour finir leur vie, mais on ne pourra jamais leur donner leur moment de gloire à chacun jamais, jamais (6, p.1)

Les PAB perçoivent cela comme étant un manque de reconnaissance de leurs savoirs. Pourtant, ils connaissent les résidents et sont en mesure de détecter des changements importants au sujet de leur santé et de leur bien-être, puisqu'ils les côtoient régulièrement et qu'ils les connaissent bien :

Tu sais, on parlait des régions, un des gros employeurs qu'on a ici en Abitibi, ce sont les mines. Combien de fois on entend dire j'ai eu un gilet, une casquette, un manteau, un stylo ? Bien nous, on n'a pas ça. On a très peu de reconnaissance. Savoir qu'on fait partie d'une équipe qui croit en nous, qui valorise les bons coups, qui nous permet de parler des bons côtés, avoir des conférenciers allumés, passionnés, qu'ils viennent nous allumer ou nous rallumer. Qu'on puisse évacuer un peu les mauvais côtés tout en cherchant des solutions et que les idées soient entendues, ça ferait du bien. (8, p. 20)

Donc moi, mon travail se résume à changer des culottes puis à manger des coups. (1, p. 7)

Tu sais, une autre affaire que je trouve aberrante, aux nouvelles, ils parlent de la violence qui aurait pu être faite envers certains résidents, mais c'est tout le temps des préposés... Puis honnêtement, c'est tout le temps des préposés... Mais quand qu'il y a de bons coups, c'est l'infirmière ? Ça donne de gros préjugés envers les préposés. (4, p. 19)

Deux des répondants ont mentionné en entrevue que leur travail est valorisé par les familles des résidentes. C'est dans ces propos qu'il s'est exprimé :

Tu sais, pour vrai, on a beaucoup de reconnaissance de la part des familles. Tu sais, là, moé, je suis déménagé. J'ai changé de métier, par le fait même, mais tu sais, quand je retourne dans ma ville pis que je voie des gens que je me suis occupé de leur papa ou de leur maman, ils me reconnaissent, ils m'apprécient, puis ils me disent : oh ! Ma mère a t'a tellement aimé, une chance qu'on t'a eu. Donc, ils ont beaucoup de reconnaissance. Oui. Il y a des côtés négatifs, mais y a beaucoup de reconnaissance par rapport aux familles. (4, p. 5-6)

C'est une microsociété, un CHSLD. Autant les préposés que les résidents, avec leur famille. Ils ont tellement de deuils à faire ces gens-là. Ces gens-là nous font confiance et on leur fait vivre des choses épouvantables ça, c'est lourd pour nous et pour eux. Eux, ça les agresse, nous, ça nous épuise... (8, p. 22)

5.2 Organisation du travail des PAB en contexte des CHLSD

Dans cette partie, il sera question des indications sur l'utilisation des mesures de contention par les PAB. Par la suite, une journée typique de travail sera présentée afin de comprendre ce à quoi les PAB doivent répondre comme exigences dans leur milieu de travail. Pour terminer, il y aura une description du type de résidents avec lesquels les PAB partagent leur quotidien.

5.2.1 Indications sur l'utilisation des mesures de contention

Au niveau de l'organisation du travail présenté dans cette section, il est essentiel d'avoir une description de ce à quoi ressemble un quart de travail type du travail d'un PAB. Certains PAB ont aussi mentionné que ce qui compte, ce n'est pas essentiellement l'organisation du travail, mais la nécessité d'avoir des informations claires sur l'utilisation des mesures de contention. L'utilisation de la contention est controversée. Les participants ont mentionné que c'était la dernière chose qu'ils voulaient faire, mais qu'ils n'avaient pas le choix d'en faire, principalement par manque de temps. Les valeurs des PAB semblent être cassées par la réalité des conditions de travail qu'ils vivent. Voici un témoignage :

Il y a les contentions chimiques et physiques. Ça, ça joue dans nos valeurs. On pourrait tellement en éliminer. Ça implique énormément, c'est pire que ce qu'on fait vivre dans une prison. Pouvoir manger, demander de l'eau, demander de l'aide. Pire qu'une prison, c'est dégueulasse, obliger quelqu'un à l'endormir, à l'engourdir, lui brouiller le cerveau. C'est une partie de notre métier qu'on n'aime vraiment pas, qui nous épuise. Être obligé de faire ça à quelqu'un et en plus, on ne peut pas toujours le dire à la famille. Ne pas en parler. Toutes ces mesures-là, extrêmes, qu'on utilise auprès des personnes âgées. Il y en a une tonne. Je me sens mal à l'aise, je ne peux pas tout dire. [...] Être obligé parfois, d'agir avec une certaine violence. [...] Si elle n'est pas bien, on va la piquer. On n'y va pas de main morte, elle est laissée attachée dans ses excréments parce que je suis débordé, que ça prend au moins deux personnes pour lui faire son soin parce que c'est plus long avec une personne attachée. Elle ne collabore pas. Je ne me sens pas bien de ne pas pouvoir aller l'aider tout de suite dans ses besoins de base. Parce qu'on manque de monde. Puis là, tu as des familles, tu as des situations, tu n'as pas le droit de dire ce qui s'est passé. Tout ce qui est médical, je dois recommander la famille auprès de l'infirmière. Elle, elle dit bien ce qu'elle veut dire. Parfois, c'est pour protéger la personne d'elle-même ou envers les autres. Souvent, c'est parce qu'elle dérange. Parce qu'elle a fait une crise, parce qu'elle n'est pas dans le bon environnement, parce qu'on n'a pas su désamorcer. [...] (8, p. 23)

J'aimerais quelque chose de concret, bien documenté (8, p.22),

5.2.2 Journée type de travail des PAB

La majorité des répondants a aussi affirmé que c'était un travail routinier avec souvent une liste formelle ou informelle de tâches à effectuer. Il est à noter que seul le participant numéro trois donnait des bains à tous les résidents chaque jour, mais c'était il y a de nombreuses années.

C'est fini un préposé là, aujourd'hui, là, ça donne un bain, ça fait à manger et ça habille le bénéficiaire et c'est à peu près tout ce qui peut faire, pas parce qu'il ne veut pas, parce qu'il en a pu assez pour venir à répondre à tous les besoins. Mon expérience, il y a des années, là, au retour comme préposé, une révélation, là, qui m'a fait en sorte que j'ai ressorti de là en disant non, non, non, non, c'est pu ce que c'était, il n'y a plus de soins. (3, p. 10)

Oui, il y a des tâches à faire. Toujours le souci. Je ne sais pas si tous les préposés l'ont, ce souci-là, mais moi, j'ai toujours le souci de faire comme plus pour aider l'autre personne le relais aussi après moi. C'est un travail d'équipe, tu sais. Je me dis bah, en après-midi, il y a peut-être un petit deux heures de libres pis, je me dis que là, bien mes madames sont fatiguées, dorment, écoutent un peu la télé, ils en ont. Beaucoup qui sont couchées. On les couche beaucoup après dîner. Les personnes, les résidents sont fatigués. Ils sont levés tôt le matin. Ils sont levés très tôt, 6 h 45, 7 h. Donc, ils sont fatigués. Il y en a beaucoup, beaucoup qui sont fatigués. C'est des personnes âgées, ils ont besoin plus de sommeil. Donc tu sais, c'est aussi qu'il en a beaucoup qu'on couche. Donc, moi, pendant ce temps-là, les bénéficiaires sont couchés, donc, c'est à ce moment-là que je vais faire mes tâches. OK, là, je remplis mes armoires, etc., etc. Je prépare les collations, mais c'est comme je te dis, moi, mon affluence. Mais, c'est vraiment 4 heures et 7 heures le soir, là, c'est là que je fais les soupers, j'en mets plein en pyjama, l'hygiène du soir, je les couche. C'est ça. C'est un petit peu plus urgent, mais moi, c'est l'adrénaline que j'aime. J'aime ça. Je bouge, je bouge, j'aime ça. Mais, c'est sûr que c'est un petit peu plus, c'est un peu plus difficile. Il faut faire tout ce qui est demandé, c'est sûr. (2, p.11-12)

La journée de travail semble très chargée, voire difficile, pour les PAB interviewés. Ils disent ne pas avoir le temps, même de prendre leurs pauses pendant leur journée de travail et de s'occuper d'un grand nombre de résidents avec un temps limité. C'est dans ces termes que deux répondants se sont exprimés :

Des fois, ça arrivait que je ne prenne pas ma pause pour prendre le temps d'écouter mes patients qui en avaient besoin. (4, p.22)

C'est go !, on a 16 patients à lever puis on n'a même pas 20 minutes donc, on se dépêche. Puis c'est nous autres qui faisons tout à leur place. Même si on essaie de garder leur autonomie, c'est zéro en CHSLD. (6, p.1)

Les PAB devraient faire environ huit heures de travail par jour, mais ils en font presque toujours plus, allant même parfois jusqu'à travailler pendant quelques quarts de travail consécutifs.

Voyons, ça pas d'allure. Je travaillais tout le temps, tout le temps. J'ai passé proche faire un burnout, j'ai été obligé d'arrêter de travailler de nuit. Rentrer le jour et la nuit, ça, ce n'est pas quand qu'ils nous appelaient pour me demander de rentrer plus tôt. C'est arrivé aussi très fréquemment. Quand tu te tapes un soir, une nuit et un matin et une journée, je vais te dire que tu as hâte en (juron) d'aller te coucher... 6, p.6).

Moi, je suis de jour, de soir, pas le choix d'accepter deux quarts de travail jour, de nuit, nuit, soir. (7, p.7)

Tous les participants ont souvent parlé du manque de temps, de son importance et des conséquences négatives engendrées par ce manque. Par ailleurs, lors des entrevues, qui ont duré en moyenne deux heures pour chaque PAB, le mot temps a été utilisé en moyenne 38 fois par entrevue. Ils relatent être toujours pressés, à la course, dans l'urgence et déplorent que ce sont principalement les résidents qui en paient le prix. Ils travaillent souvent plus de huit heures par quart de travail.

En fait toujours inclure l'usager avec nous. Cette personne qui crée notre travail, ce n'est pas une boîte, ce n'est pas un objet, c'est l'être humain. Je n'aime pas qu'on traite la personne âgée comme un animal dans une chaîne de production. C'est des gens humains. On est des humains qui prennent soin d'humains. On a des idées, on a des solutions, on veut juste être entendus. (8, p.20)

Selon deux participants, la surcharge de travail cause une nécessité de performance très importante. Les tâches doivent être faites selon la demande et leur temps est limité afin de toutes les accomplir. Si elles ne sont pas effectuées, cela cause de la frustration entre les PAB.

Mais, quelqu'un qui est là juste pour l'argent, le jeune qui rentre dans la profession ne restera pas là longtemps : un an, gros maximum, il va sacrer son camp. Il se rend compte que derrière, il y a des comportements humains, il y a de la peur, il y a plein de choses à gérer. Il n'y fait pas juste essuyer du caca. Puis faire manger quelqu'un, puis coucher quelqu'un, non, non. Cette personne-là, elle a des sentiments, elle a des réactions, elle a des peurs, elle a des joies, elle a, tu sais... Donc, quelqu'un qui fait ça juste pour l'argent ne reste pas longtemps. Mais si j'ai été témoin de ça, oui. Heureusement, pas souvent, mais je dirais généralement que c'est ça. C'est quelqu'un qui a beaucoup d'empathie, qui est dans l'urgence, qui rentre dans le moule de la productivité, qui se déshumanise, parce que c'est ça, quand même. Pour répondre à ces exigences-là, performance, oui. Ça fait des préposés qui deviennent moins empathiques, qui sont moins à l'écoute des besoins des résidents puis qui font leur travail vite. (2, p. 19-20)

Trois PAB ont parlé du secret professionnel qui se traduit par une interdiction de parler des événements et des résidents. Que ce soit entre les collègues, dans leur famille, avec leurs amis. Un répondant a mentionné l'importance de la loyauté, qui se traduit souvent par l'obligation de suivre des ordres à la lettre, sans commentaire, de leur employeur. Par exemple, s'ils ont des visites de contrôle, les PAB se font dire quoi faire et quoi répondre, sous peine de réprimandes, afin de démontrer artificiellement qu'ils sont conformes aux exigences imposées.

Des fois, les fils se touchent sur les deux côtés. Eux, ils font des crises, nous, on éteint les feux. De les anticiper ou de les gérer, mais nous aussi, on vit des crises. On ne peut pas s'en parler entre nous, on ne peut pas en parler sur le plancher, on ne peut pas en parler chez nous. On est tenus par un secret professionnel extrêmement rigoureux. Ça ne passe pas dans les médias, alors on pense que c'est normal de subir et c'est là que ce n'est pas normal. C'est qu'on est rendu, non même, à croire que c'est normal et on se dit entre nous : ah ! Il n'y a rien là. J'ai connu pire, ça va passer, tu vas l'oublier demain. Tu vas t'y faire et ce n'est pas normal de se dire ça. (8, p. 7)

D'ailleurs, malgré cette souffrance, ils continuent de travailler en démontrant une bienveillance et une résilience exceptionnelles qui leur permettent de continuer de faire ce travail, jour après jour.

Ils nous disent qu'on a le droit d'action, un droit de parole, c'est comme une illusion. C'est un peu comme le syndrome de Cendrillon. Oui, tu peux aller au bal quand tu auras fini tes tâches. Les tâches, il y en a, il y en a. C'est irréel de passer à travers. Nous, c'est un peu ça, c'est comme si on avait le syndrome de Cendrillon. Tu peux parler, tu peux agir, temps que ça ne dérange pas, sinon tu vas avoir des représailles. Tout n'est que du paraître. Le vrai ne peut pas être montré, il faut que ça s'indigne. C'est dommage qu'on ne puisse pas montrer qui on est comme individus. Notre naissance, notre différence, notre bonne humeur. On essaie de faire une différence dans un milieu qui est dit : milieu de vie, mais, dès que l'on a un moment en pause, dès qu'on a un moment seul, dès qu'on est loin des regards des familles, des usagers. Notre fatigue, notre épuisement nous rattrapent. Le sourire, souvent, il n'est plus là... on dit que la personne âgée n'est pas morte avant d'être morte, elle est encore vivante. Nous aussi, on a beaucoup de choses qu'on voudrait apporter, on est encore vivants, mais quand on arrive à des moments de solitude, on se recueille, on est face à nos valeurs, on en perd le sourire. On essaie de ne pas le montrer. Un bon petit soldat, toujours souriant. Bienveillant. (8, p.24)

Chaque résident est un individu qui possède sa propre histoire, son passé, ses pathologies et sa personnalité. Par conséquent, chacun de ces résidents n'a pas les mêmes besoins. La prochaine partie concernera le type de résidents, tels que décrits par les participants.

5.2.3 Description du type de résidents

On compte en moyenne 20 résidents par secteur de travail. Trois participants ont dit travailler avec des résidents atteints de problèmes cognitifs tels que la démence, un a mentionné avoir à travailler avec des cas très agressifs et trois autres avec des résidents ayant de multiples pathologies. Un participant a mentionné que l'utilisation de surnoms aidait à créer un lien avec les résidents et un autre affirmait que l'emploi des surnoms n'était jamais utilisé par politesse envers les résidents. De plus, dans certains cas, l'utilisation du numéro de chambre est mentionnée pour nommer le résident.

Parce que ces gens-là ont une histoire de vie, hein ? Tu sais, c'est ça qu'on semble oublier. Ah, c'est un bénéficiaire, ah, c'est un résident, ah, c'est la

chambre 96... Non, non, non. C'est madame une telle dans la chambre 96 qui a été fermière, qui a eu 15 enfants, qui a travaillé fort, qui s'est occupée d'un magasin, qui s'est intéressé au tricot, qui a fait ci, puis ça... Elle adore la musique, elle adore certains chanteurs, elle aime le monde, tu sais. C'est un humain avec une histoire, une trajectoire de vie. Donc, ça, il ne faut jamais perdre ça de vue... (2, p. 22)

Pour trois répondants, ce sont les cas d'agressivité qui sont les plus difficiles. Deux répondants ne l'ont pas mentionné.

Moi là, même si habituellement, je le lave à neuf heures trente, mettons, puis que là, ça ne lui tente pas, je vais aller faire d'autres patients puis je vais me réessayer trois, quatre fois. Il y en a des préposés, c'est non, là c'est là, c'est là. Donc, là, ils les obligeaient, puis là, l'agressivité a monté plus. (4, p. 10)

Un participant trouvait que c'étaient les fugues qui étaient les plus pénibles et un a répondu que c'était le syndrome de glissement qui faisait partie des cas qu'il trouvait les plus durs. Le syndrome de glissement est le fait qu'un résident se laisse mourir. Sur cela, deux PAB ont dit que l'aide médicale à mourir devrait être plus accessible afin de permettre aux résidents de choisir leur fin de vie.

Il y a peut-être un truc que je n'ai pas mentionné puis j'aimerais quand même mentionner, c'est en lien avec l'aide à mourir. Je sais que c'est très litigieux comme sujet. Moi pour ma part, j'aimerais mieux que le gouvernement... Câline, on les maintient en vie et ils ne veulent plus vivre. Faudrait se questionner, que le gouvernement se questionne. Donc, l'aide à mourir devrait être plus facile, plus accessible. (7, p. 13)

La manière de voir les résidents par les PAB est assez unique, ce sont des humains qui vivent une triste réalité et qui ont eu une vie avant. La majorité des PAB finissent par créer des liens significatifs avec certains résidents. Malgré le fait qu'ils ne devraient pas s'attacher avec ces derniers, ces liens deviennent souvent les derniers pour eux. Les PAB partagent les joies et les peines des résidents, bien que ce soient plus souvent les peines qui sont observées, selon les PAB. Ils font aussi leur possible avec les moyens

du bord pour les rendre de bonne humeur. Par exemple, un PAB a dit qu'il essayait de trouver de la musique que les résidents aimaient particulièrement et que quand il la faisait jouer, il remarquait une nette amélioration de l'ambiance du milieu.

L'être humain est encore vivant, même s'il n'y a pas toutes ses capacités, il est encore plein d'autres choses. Il faut le maintenir, il faut l'exploiter, ça. Il ne faut pas traiter l'humain mort avant d'être mort, il est encore vivant et on doit s'occuper de lui jusqu'à la fin, jusqu'à la dernière seconde. Sortir ce qui habite encore dans ces personnes, de prendre le temps. De voir quelqu'un qui ne parle plus se mettre à parler, c'est une chance qu'on a. On a la chance de vivre ce moment-là. Accompagner la personne jusqu'à la fin, autant c'est difficile, la mort, autant on voit des choses tellement merveilleuses. Il y a plein de beaux moments, il y a de l'émerveillement dans notre métier. (8, p. 21)

5.3 Comportements d'errance et d'agressivité expliqués par les PAB

Dans les prochaines sections, il y a les résultats de l'analyse des entretiens avec les participants. En premier lieu, il y a les comportements d'errance chez certains résidents expliqués par les PAB dans l'exercice de leur travail.

5.3.1 Errance

Selon les répondants lors des entrevues, l'errance semble être un phénomène très fréquent en ce qui concerne les personnes âgées atteintes de démence en CHSLD. Selon eux, les causes les plus fréquentes de l'errance sont le moment de la journée, la maladie ou un besoin non comblé.

5.3.2 Description des PAB sur l'errance

Cinq participants affirmaient que l'errance se situe dans le fait de marcher, de marcher et de marcher. Un PAB a raconté qu'à part le fait de marcher, il y avait des conséquences négatives pour les résidents, allant des blessures aux pieds jusqu'au risque de chute, ce qui peut entraîner le recours à des mesures de contention. De plus,

l'errance peut devenir un facteur de frustration assez important qui peut engendrer des cas d'agressivité. Par exemple, si un résident va dans la chambre d'un autre, explore ses effets personnels, s'assoit sur son lit, c'est une atteinte à l'intimité personnelle de cette personne. Même si le résident n'erre pas consciemment, il est normal que l'autre résident soit en colère.

Bien, moi je trouve ça triste parce que je suis souvent là quand il y a beaucoup d'errance puis d'agressivité, puis je les vois marcher du matin jusqu'au temps qu'on les couche. Ils marchent le long du corridor avec un regard vide. Vide, vide, vide. (5, p. 8)

Un PAB pensait que c'était parce que les résidents ne savent plus où aller, un autre que c'était qu'ils cherchaient quelque chose et pour le dernier, c'étaient des fugues, chercher comment fuir, s'en aller, s'évader.

5.3.3 Éléments qui influent sur l'errance chez les résidents

Selon trois participants, le syndrome crépusculaire influencerait beaucoup sur l'errance. Ce syndrome se caractérise sous la forme d'agitation lors du coucher du soleil.

Bien, de comprendre un peu tout ce qui est syndrome crépusculaire, tu sais, qui sont typique, un peu de toutes les maladies des démences, de tous les types de démence. C'est-à-dire que le soir, il y a un niveau d'anxiété qui est plus élevé. Le soir, les gens qui sont atteints de démence vasculaire, Alzheimer, corps de Lewis deviennent très agités. Le moindre stimulus peut, paf... Puis là, ça déclenche l'errance, l'errance, tu sais. (2, p. 20)

Quand le soleil tombe, ils vont être pas mal plus anxieux, ils vont avoir plus de misère à verbaliser, ils vont devenir plus violents, ils vont commencer à errer beaucoup plus. L'errance, à partir comme là, avec l'hiver, c'est le pire. À partir de, non, 4 h, 5 h, c'est le pire. L'hiver, là, il fait noir, s'il n'est pas fatigué, il ne veut pas se coucher. On ne peut pas, on ne veut pas les mettre dans leur chambre. Donc, ils font un bout à l'autre de l'aile puis ils marchent, puis ils marchent, puis ils marchent. Ouin. (1, p. 5)

La pleine lune puis le phénomène crépusculaire. Tu sais, quand le soleil tombe. Ça l'active. Pourtant, moi, ça fait le contraire. Ça me donne le goût de dormir, mais eux autres, ça les réveille. (1, p.34)

Trois PAB ont expliqué que dans certains cas, des anxiolytiques pouvaient être administrés afin de calmer certains résidents. Six participants avaient leurs avis sur les causes de l'errance. Il y avait aussi le fait que ça pouvait être créé par des besoins divers, par le fait de coucher les résidents trop tôt, par la maladie qui évolue, par le désir de sortir ou par manque d'occupation.

Quelqu'un sait où aller, qui va marcher, marcher, marcher, sans savoir où aller. Une chose est sûre, il faut qui marche. Des fois c'est pour se rendre à sa chambre. Sa chambre, est située où sa chambre ? Parfois, le résultat, ils vont se coucher chez quelqu'un d'autre, ils veulent chercher dans les affaires des autres sans savoir pourquoi ils font, mais c'est leurs pertes cognitives qui font en sorte qu'ils ne sont plus capables... Il n'y a plus de repères, ensuite se promener. Une personne marche pour s'occuper... (7, p.12)

Les participants interrogés ont donné leur opinion à propos de leur savoir-faire lorsque des épisodes d'errance se manifestent.

5.3.4 Actions posées par les PAB en lien avec l'errance des résidents

Selon deux participants, les laisser faire ou utiliser la contention seraient les meilleures options lors d'épisodes d'errance. Un autre participant a expliqué qu'il était préférable d'en chercher la cause. Peut-être qu'un résident qui vit de l'inconfort, de la douleur ou qui a faim et qu'il ne peut pas le verbaliser pourrait l'exprimer de cette manière. Deux répondants ont dit que l'utilisation d'un bracelet pourrait être efficace pour les identifier lors de fugues et que les occuper pourrait être bénéfique. Il est à noter que la majorité des PAB ont mentionné ne pas être à l'aise avec les contentions physiques, mais que quelques fois, c'était un acte nécessaire.

La médication servait à calmer les personnes, si ce n'était pas suffisant parce qu'il arrivait des périodes où c'est que les personnes pouvaient être en crise, on avait même une chambre capitonnée avec un matelas par terre où on pouvait faire entrer la personne et sur médication des fois, la laisser décanter, puis on le ressortait de là après un certain temps-là, puis là, on la réintérait au groupe, mais pour être certain qu'elle ne fasse pas de mal à elle-même là, c'était capitonné là, puis il y en a qui étaient même avec la camisole, comment on dit ? (3, p. 12)

En général, c'est qu'on laisse des résidents marcher un peu, mais quand c'est trop dangereux, on doit parfois, les attacher. Le résident bouge un peu, mais pas de danger de sortir du lit. Parfois, dans certains concepts prescrits comme ça, c'est un peu pour ça que le gouvernement a décidé de réduire les contentions parce que oui malheureusement il peut arriver, si elles sont mal mises, ça peut être dangereux. C'est arrivé. Il y a des gens qui se sont coincé la tête, fouille-moi comment, je ne sais pas comment. Il faut quand même leur laisser une certaine liberté. Je n'aime pas ça installer des contentions, mais c'est le jugement selon le risque... (7, p. 12)

Pour certains participants, des approches alternatives sont aussi à considérer afin d'optimiser la gestion de l'errance et de l'agressivité au sein des CHSLD.

Avec la maladie, avec tout ce qui s'en suit. Puis cette partie de la portion là, qui est dans les CHSLD avec un vieillissement pathologique, la démence, etc. C'est quand même, il faut quand même les restimuler, puis, ça, on a tendance. C'est des coupes de budget qu'on n'a pas le temps de mettre en place des activités. Mais tu sais, si on coupait dans le petit bureau neuf, dans l'aménagement de telle petite pièce de conférence, avec un beau bureau là, là... On aurait de l'argent pour essayer de les restimuler, d'essayer de faire des activités. C'est d'une importance primordiale. (2, p. 25-26)

Dans la prochaine section, il sera question des causes de l'agressivité et de ses différents types, des actions des PAB lors de ces événements et quelle est leur formation à ce sujet.

5.3.5 Agressivité

Il est à noter que pendant les entrevues, tous les participants ont mentionné avoir été témoins d'épisodes de différentes sortes d'agressivité avec une intensité variée. Deux causes principales ont été identifiées par les répondants : l'environnement, qui serait un élément important et les résidents, qui percevaient quelques fois les soins comme étant une agression, ce qui déclencherait plus facilement des épisodes d'agressivité. Le tableau suivant illustre les causes de l'agressivité selon les participants et qui sont appuyées par leurs témoignages.

Tableau 4 Causes de l'agressivité

Causes	Témoignages
L'environnement	<p>L'agressivité, souvent, va être causée par l'environnement en premier. La réaction peut aller jusqu'aux coups, de mauvaises paroles... Ça peut être explosif. On est souvent le <i>punching bag</i> des résidents. Même quelquefois, l'agressivité peut être causée... Par exemple, un qui attend toute la journée d'avoir de la visite, qui voit les autres en avoir, mais qui n'en a pas. Parfois, ils attendent même des gens qui sont morts. C'est donc une accumulation de frustrations, de contraintes. D'autres fois, ils ont envie de parler, mais on n'a pas le temps à cause du manque de personnel. Ils sont tannés de se faire toujours dire que ça ne sera pas long, de ne pas être écoutés. (8, p. 18)</p> <p>Parce que comme je te dis, 50 %, je suis sûr, qu'on baisse de 50 % les comportements dits agressifs qui sont juste dépendants de ton environnement. (2, p. 27)</p>
Soins perçus comme étant une agression	Il y en a qui ne comprennent pas, c'est quoi se faire enlever un dentier, ils ne comprennent pas qu'il faut leur enlever et ils prennent ça comme étant une agression (7, p. 10-11).

5.3.6 Différents types d'agressivité perçus par les PAB

Selon les participants, l'agressivité est plus souvent perçue comme étant différentes formes de violences. Ils ont principalement nommé l'agressivité verbale et physique

qui seraient généralement les plus fréquentes. L'agressivité physique se remarque plus chez les résidents les uns envers les autres, tandis que l'agressivité verbale serait plus présente chez les PAB entre eux. Le seul cas d'agressivité psychologique rapporté par les participants était de la part d'un PAB envers un résident. Les tableaux cinq et six dévoilent les différents types d'agressivité relevés par les PAB selon leurs expériences, et qui sont soutenus par leurs déclarations. En premier lieu, il y a l'agressivité des résidents envers les PAB. Deuxièmement, il y a l'agressivité de la part de la famille des résidents envers les PAB. Troisièmement, il a été démontré qu'il y avait aussi de l'agressivité de la part des PAB envers les résidents. Pour terminer, il y a l'agressivité des PAB envers leurs collègues.

5.3.7 Agressivité des résidents envers les PAB

En ce qui concerne l'agressivité des résidents contre les PAB, la majorité des participants percevaient ces comportements comme étant une réponse ou une opposition à quelque chose. Ils nomment ces résidents : une « clientèle difficile », et que ces derniers peuvent multiplier les demandes de toutes sortes, se plaindre, être harcelants, menacer les PAB ou les autres résidents ou même les agresser. Il peut aussi arriver que ces situations durent des années, ce qui amène le PAB à vivre de la souffrance et de l'épuisement; cela engendre des départs en congé de maladie et des démissions.

Tableau 5 Agressivité des résidents envers les PAB

Type d'agressivité	Témoignages
Agressivité physique	<p>Tu sais, encore une fois, c'est de diaboliser des comportements, qui, je pense, sont pratiquement normaux, dans le sens où les causes de l'agressivité... Généralement, les causes les plus fréquentes, c'est lors de l'hygiène. Quelqu'un qui a un dégât de selles... Puis qui a des selles jusque dans le dos, les cuisses, etc. Parfois, il faut être deux, puis trois pour nettoyer la personne parce que la personne est agressive. Elle pousse, elle griffe... (2, p. 17)</p> <p>Il y en a qui mordent. Quand on dit que des dentiers, ça ne mord pas bien, oui, ça mords-en (juron). J'en ai beaucoup qui me mordaient ou ils me crachaient dans la face. Des coups de pied, des coups de main... C'était pareil comme quelqu'un qui se choque, comme des enfants... Il y en a qui disent : tu es laid, tu es gros, manges de la merde... Ils sont pas mal de même. Il ne faut jamais leur tourner le dos. Chaque cas est différent, c'est une approche différente pour chaque personne. (6, p. 10)</p>
Agressivité verbale	<p>On rencontre (...) des insultes, « gros (juron) de porc ». En même temps, tu sais, il faut se dire que c'est la maladie. Il y a une part qui est attribuable à la maladie. (2, p. 19)</p>

5.3.8 Agressivité de la famille des résidents envers les PAB

Il y a aussi quelques fois de l'agressivité verbale de la part de la famille envers les PAB. En effet, lors d'une entrevue, un participant a indiqué qu'à quelques occasions, ils se font insulter de la part de certaines familles. Selon ce répondant, c'est parce que cette parenté ne comprend pas la réalité des PAB.

Parfois, je mange des insultes des familles. Ils ne comprennent pas notre réalité, pourquoi on a fait le geste ? Pourquoi on a agi comme ça ? (8, p. 24)

5.3.9 Agressivité des PAB envers les résidents

Les résidents peuvent aussi subir de l'agressivité de la part de certains PAB. Les participants ont déclaré soit avoir été témoins de comportements agressifs, soit en avoir été l'auteur. Dans ce cas en particulier, trois formes d'agressivité ont été nommées. Il y avait l'agressivité physique, verbale et psychologique. Le tableau suivant présente ces formes d'agressivité selon les témoignages des participants.

Tableau 6 Agressivité des PAB envers les résidents

Type d'agressivité	Citations
Physique	<p>Quand on est trop brusque, tu sais, il y en a qui prennent la débarbouillette froide pour laver les résidents, juste ça. Moi, j'en donnerai des coups de poing. Il y a des préposés qui s'en foutent vraiment. J'en ai vu, c'est intense, il y en a qui ont quasiment battu des personnes âgées. (6, p. 10)</p> <p>De prendre tout mon poids, de me coucher sur une personne qui crie et qui me supplie en larmes de ne pas l'attacher. Qui va m'insulter. Elle est agressive envers moi, mais c'est sa défense. C'est son ultime recours. Elle ne sait plus quoi dire, elle me supplie, mais je la maintiens pendant que les autres l'attachent. [...] On l'attache, je n'ai pas le temps d'aller vérifier comment elle va, si elle est bien. C'est dégueulasse. (8, p. 23)</p>
Verbale	<p>Il y avait un résident qui avait des hémorroïdes, on lui lavait les fesses avant de se coucher, puis tu sais, plus tu frottes, plus il y a du caca. Puis là, un moment donné, le caca se ramasse dans les bosses d'hémorroïdes. Puis là, il disait : c'est ça, vous avez encore chié. Puis là, il faisait des bruits de merde avec sa bouche. (4, p. 13)</p>
Psychologique	<p>Ah, OK, tu sais. Il y en a qui vont faire : bien là, tu es plein de caca, il faut que je te lave, tu es plein de caca. Puis ils montrent la serviette pleine de caca. (2, p. 18)</p> <p>Les gens qui sont dans certains moments de lucidité se demandent qu'est-ce qu'ils font ici. Parfois, même dans les moments dans la lucidité, je décide de leur montrer la réalité : bien alors, vous êtes à tel endroit. Je ne peux pas rien faire pour vous, c'est ici que vous allez passer le reste de vos jours. (7, p. 7)</p>

Quelques fois, il y a une sorte d'agressivité réciproque qui se produit entre le PAB et le résident.

Donc, là, tu rushes... Là, il y en a un qui te sonne pour aller faire pipi. Ça se peut que tu lui répondes moins délicatement, moins gentiment. Donc, là, le résident y va être agressif, toi, tu vas être agressif envers lui. (4, p. 19)

5.3.10 Agressivité des PAB envers les PAB

À certains moments, ce sont les PAB entre eux qui sont agressifs. Les participants ont relevé une seule forme d'agressivité entre eux et c'était au niveau verbal. Il a été mentionné qu'il y avait des tensions entre eux, principalement causées par des tâches non exécutées ou par l'absentéisme.

Un PAB rencontré a raconté qu'il y avait quelques fois de l'agressivité verbale de la part des PAB envers leurs collègues. Il a donné l'exemple d'un PAB qui n'agissait pas de manière respectueuse envers un résident. Il l'a avisé, mais son collègue a commencé à l'insulter d'une manière très malpolie et en criant. Il a aussi raconté que d'autres collègues avaient été témoins de la situation et qu'ils n'avaient pas réagi.

Dans ses yeux, il [le résident] me regardait, puis ça disait : (juron), protège-moi. Là, j'ai dit à ce préposé-là : hey (juron) ! Si c'était ton père à sa place, aimerais-tu ça ? Aye! Il m'a donné de la merde, là. Mon (juron) de chien, tu ne viendras pas mêler mon père là-dedans. Il me gueulait après. Notre autre collègue n'était pas loin, elle l'a entendu, puis n'a pas pris ma défense. (4, p. 13)

5.4 Actions posées par les PAB contre l'agressivité des résidents

Les participants ont mentionné quatre actions possibles à envisager lors d'épisodes d'agressivité :

- a) Attendre que le résident se calme, lui changer les idées ; b) Utiliser des médicaments (contention chimique) ;
- c) Utiliser la contention physique ;
- d) Voir l'agressivité comme étant une réponse à quelque chose qui dérange le résident, identifier la cause et la résoudre.

Cette réalité fait vivre à certains participants un sentiment de culpabilité :

On se sent coupable quand qu'on est obligé d'attacher quelqu'un dans son lit ou de quelque autre manière que ce soit. [...] Il y a plein de sortes de contentions. En les enlevant autant, on n'a jamais mangé autant de volées. Je n'ai jamais vu autant de chutes. Il y a de l'abus qui est fait aussi avec les contentions. Qui ont été comme trop drastiques. Les médicaments, les contentions, quand on les utilise, on les utilise mal. Notre clientèle est de plus en plus lourde, de plus en plus en demande. On a besoin de contentions. J'aimerais qu'on les utilise mieux et dans les bons cas. Présentement, c'est du gros n'importe quoi. Présentement, le message qui nous est envoyé est : troupe, il faut cesser d'utiliser les contentions. Dans la réalité, dans certains cas, c'est nécessaire. Avec toutes les situations, oui on a besoin des aides, mais des aides formées qui connaissent la réalité, qui viennent vraiment nous aider et surtout qui sont à l'écoute des usagers. Là, on pourrait vraiment diminuer vraiment, vraiment. [...] Je veux qu'on ait des ressources affichées pour les préposés pour que ça soit plus visible. (8, p. 24)

Le tableau 7 décrit les différentes actions que les PAB peuvent poser à la suite d'épisodes d'agressivité sans que ces gestes n'agressent le résident.

Tableau 7 Autres actions qui sont aussi utilisées et qui n'agressent pas le résident

Actions	Témoignages
Attendre que le résident se calme	<p>Mais, je vais prendre les mains, par exemple, tu sais, il va se débattre, mais je vais garder ses mains dans mes mains puis je vais attendre qui se calme. Mais non, je n'ai pas de moyen pour pouvoir aller contre ça. (1, p. 12)</p>
Changer les idées	<p>Donc, le résident, on ne peut pas le laisser avec les autres, puis s'il est violent, parce que, comme j'ai dit tantôt, on n'a pas le temps des surveiller. Donc, ce qu'on fait, c'est qu'on se prend à deux pour l'amener le plus tranquillement possible dans sa chambre, on le met en 2/3. Je dis 2/3, la porte se divise en 2/3. Le haut s'ouvre puis le bas se ferme. (1, p.8)</p> <p>J'essaie d'instaurer comme une discussion qui ne fait pas penser au fait que je suis en train de jouer dans tes parties génitales. Parce qu'il faut que je le lave. Parce que tu as du caca jusqu'en avant. Donc, tu sais, en ayant un discours pour changer les idées, juste pour pas que la personne focuse sur l'agression comme telle, parce que c'est une agression de rentrer dans la bulle de quelqu'un. Moi, je le pense sincèrement. Ça peut être perçu comme une agression pour ces personnes-là, tu sais. Donc, en annonçant ce qu'on fait, se voulant rassurant, les yeux dans les yeux : écoutez, je fais juste vous nettoyer, ça ne sera pas bien long, madame, je vais vous changer, est-ce que ça vous va ? Oui, OK. Est-ce que c'est trop chaud ? Ce n'est pas assez chaud. Êtes-vous bien ? Tu sais, c'est des petits gestes qui font que ça diminue... Elle a confiance en toi puis là, tu discutes : votre chandail, il est beau. C'est votre fille qui vous a acheté ça ? Ça vous fait bien. Le mauve vous fait</p>

	bien. Puis écoute, tu leur changes les idées, puis ça va super bien. (2, p. 18)
Voir l'agressivité comme de la résistance	L'environnement te conditionne, donc, je veux dire, si tu es dans un environnement clos, restreint, tu n'as pas de stimulation, forcément que tu vas avoir des épisodes de résistance. Moi, j'aime mieux appeler ça des épisodes de résistance que de l'agressivité. Pour moi, quelqu'un qui n'est plus capable de verbaliser, qui est enfermé, qui est emmuré dans la maladie, le seul moyen qui a de résister à ce qui se passe dans son environnement, c'est de crier, c'est de griffer. Parce qu'il n'est plus capable de verbaliser. Mais c'est un humain, puis quand tu prends le temps de le regarder dans les yeux comme il faut, cette part d'humanité là elle est encore là. Puis cette souffrance-là, elle est là. (2, p. 25)

5.5 Formations sur l'agressivité

Les CHSLD offrent des formations en ce qui concerne la violence et l'agressivité, mais ce ne sont pas tous les PAB qui y ont accès. Un participant a expliqué que les formations offertes étaient désuètes. Trois des participants ont partagé leurs opinions à propos de ces formations :

Non, on est censés avoir de la formation récente à la fine pointe, mais non, nos formations sont désuètes. Elles ne correspondent pas à tous les quarts de travail. Elles ne sont pas réalistes avec notre réalité non plus. On ne peut pas parler lors des formations. Les formations nécessaires dont on a besoin, on ne les a pas. On doit les exiger, mais on ne les a pas. Alors non, on n'est pas formés. Les seules formations qu'on a sont celles où on nous accuse de ne pas faire ce qu'il faut. On n'a même pas envie d'y aller. C'est toujours des formations où on vit des reproches. (8, p. 19)

C'est sûr qu'on a des formations comme là, on en a une sur les mesures de contrôle alternatives. (6, p. 4)

Il y a une formation qui se donne qui s'appelle OMÉGA. [...] Tu sais, c'est beaucoup pour interagir avec la personne, puis... Mais moi, je ne l'ai pas eue. (1, p. 33)

Il est possible de constater que les formations ne sont pas uniformisées et sont offertes ou non dans les différents CHSLD de la région.

Tous ces témoignages apportent une réflexion plus poussée à propos de l'actuelle situation qui est vécue, autant par les résidents atteints de démence, que par des PAB en ce qui concerne l'agressivité et l'errance en CHSLD en Abitibi-Témiscamingue. De plus, les résultats obtenus à la suite des entrevues réalisées avec les PAB ont été plus riches que ceux escomptés lors de la rédaction de la grille d'entrevue. Il y a eu des expressions de colère, de culpabilité, d'impuissance, de rage, dégoût, désespoir, désillusion, culpabilité, peur et plus encore. Il est aussi à noter que le thème de la souffrance au travail a été fréquemment soulevé sous différentes formes. D'un autre côté, il y a eu des expressions plus positives telles que la passion, l'empathie, le don de soi, l'attachement, le dévouement, etc.

CHAPITRE VI

ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre qui concerne l'analyse et la discussion des résultats, il sera question des thèmes identifiés par les PAB lors des entrevues. En effet, la section des résultats dans le chapitre précédent indique qu'au niveau des trois objectifs de cette recherche, différents éléments ont été soulevés en lien avec le travail des PAB.

6.1 Discussion : Objectif 1

Pour ce qui est du premier objectif, qui consistait à connaître les perceptions que les PAB avaient à propos des CHSLD, plusieurs d'entre eux ont eu des propos similaires qui ont émergé de leurs propos; ils seront abordés dans la section suivante.

6.1.1 Perceptions à propos des CHSLD

La première perception concerne la performance et la culture du silence, qui sont très présentes au sein du milieu du travail (CHSLD) des PAB. Ensuite, il y a les différentes formes de violences observées dans ce milieu. Troisièmement, toujours selon les PAB interrogés, les CHSLD en général ne sont pas des vrais milieux de vie, tels que les orientations ministérielles les ont décrits (MSSS, 2003). Ces institutions seraient plutôt des endroits où les résidents se laissent mourir, qui ressemblent plus à des systèmes carcéraux qu'à autre chose. Le manque de personnel a aussi été mentionné à plusieurs reprises. Selon les répondants, la situation actuelle des CHSLD n'est pas reluisante.

Principalement, ces endroits sont devenus des milieux qui apportent de plus en plus de déshumanisation et le mode de gestion des administrateurs est perçu plutôt négativement.

6.1.2 La performance, la culture du silence

Les PAB qui ont été rencontrés ont tous témoigné du manque de temps et du devoir du silence qui ont des impacts négatifs majeurs chez ces derniers et chez les résidents. Cela affecte grandement leur qualité de vie. Boivin (2014) explique que ce manque de temps, conjugué à un souci de productivité, de compétitivité, de la pénurie de main-d'œuvre et aussi des coupes budgétaires, font en sorte qu'il y a une sorte de division entre le corps et l'esprit des PAB ; cela affecte leur état mental. En effet, les PAB ont des tâches à effectuer dans un temps limité et cela va à l'encontre de leurs valeurs personnelles et professionnelles. Comme ils l'ont mentionné lors des entrevues, ils ont décrit dans leurs mots qu'ils n'ont plus le temps de bien s'occuper les résidents, car c'est le grand nombre des tâches à effectuer qui prime sur le bien-être de ces derniers.

Pour Richard (2018), cette situation apportant un mal-être chez les PAB serait causée par des transformations au niveau de la structure de ces institutions. Les PAB témoignent d'une culture du silence instaurée au sein des CHSLD, ce qui devient un aspect tellement dissuasif au point que les PAB qui désirent assurément des changements se voient obligés d'accepter leurs conditions de travail sans dire un mot. Ce qui, pour Béland (2009), produit de la souffrance chez les PAB. Ils doivent ainsi exécuter des tâches qui contredisent leur désir d'aider les résidents. Cela constitue le premier constat qui se dégage de l'étude. De plus, certains PAB mentionnent justement la présence de cette violence organisationnelle, camouflée sous des menaces et de la pression institutionnelle, ce qui les amène à accepter contre leur gré de traiter les résidents de manière mécanique et automatique. Pourtant, Boivin (2014) explique que pour être efficient en ce qui concerne le travail des PAB, il faudrait que leurs expériences et leur savoir-faire soient pris en considération en premier lieu. Selon cet

auteur, le fait de considérer les forces et les limites de chacun des PAB pourrait contribuer favorablement au sens commun du travail d'équipe.

6.1.3 Différentes formes de violences

Un autre élément en lien avec la souffrance mentionnée précédemment est sans contredit les différentes formes de violences. Parmi elles se trouve la violence physique et verbale, et ce autant entre les résidents eux-mêmes, entre les résidents et les PAB ou même entre les PAB et leurs collègues. Les PAB ont relaté pouvoir en observer régulièrement. Cela les amène à vivre de la souffrance lors des comportements des résidents sous de multiples formes : crises (éteindre des feux), douleur, épuisement, violences, rage, coups, agressions, etc. Vézina, Cappeliez et Landreville (2013) ont déjà expliqué que les SCPD causés par la démence des résidents apportaient une réelle souffrance chez les PAB.

Selon L'Heureux (2016) ainsi que Poirier et Gauthier (2011), l'agressivité des résidents dans les CHSLD est de nature temporaire et serait causée par des facteurs externes. Alors, que ce soit externe ou pas, les PAB ressentent les effets des violences vécues et observées sur leur santé, autant physique que psychologique.

Il est à noter que la majorité des PAB ont déclaré en entrevue ne pas avoir été formés pour lutter contre ces violences. Un PAB a même expliqué que son travail consistait à être centré sur ses tâches et à devoir subir des agressions diverses, principalement de la part de certains résidents.

Les CHSLD ne sont pas des « vrais » milieux de vie. Le syndrome de glissement a plusieurs fois été nommé par les répondants. Ce syndrome consiste à adopter une attitude complètement passive chez les résidents. Ils se laissent mourir parce qu'ils n'ont plus la force de vivre dans ces conditions de vie. Ils abandonnent l'idée de vivre, tout simplement.

Certains PAB ont comparé les CHSLD à un milieu carcéral. Ils observaient plusieurs similitudes avec les prisons. Ils ont constaté que tout était sous clef, que les résidents eux-mêmes n'avaient pas accès à leurs effets personnels. La principale raison était la dangerosité de certains effets : la coutellerie ou même les produits d'hygiène. Barrer certains compartiments servirait à éviter le vol d'objets entre les résidents ou pour éviter l'errance de ces derniers dans d'autres chambres. Pour ces PAB, ce ne sont pas des milieux de vie tels qu'ils avaient été mentionnés par le MSSS (INESSS, 2020). En effet, la conception d'un milieu de vie tient compte des habitudes, des préférences et aussi de la personnalité des résidents en leur permettant d'avoir la sensation de vivre chez soi et en favorisant le sentiment de bien-être. Le constat des PAB est qu'avec la situation actuelle des CHSLD, il n'est pas possible de pouvoir nommer ces endroits en ces termes.

6.1.4 Manque de personnel

Les PAB interrogés ont régulièrement fait mention du manque de personnel, qui n'améliore en rien la situation. L'une des causes principales est la mise en place des heures supplémentaires obligatoires pour les autres PAB et leurs collègues. Ils ont mentionné qu'avec cette conséquence, il devenait difficile de conjuguer le travail et la vie familiale. Pour Aubry (2014), ce manque de personnel possède une double cause. Premièrement, il est admis que le métier de PAB comporte de nombreux risques de lésions diverses et leur formation serait justifiée en ce sens, mais ce ne sont pas tous les CHSLD qui offrent cette dernière. D'un autre côté, certains éléments semblent être ignorés : l'organisation du travail (Aubry et Couturier, 2014 b), la violence (Benghozi, 2010), le statut hiérarchique (Bourque et Grenier [s.d.] et l'abolition partielle ou totale de l'autonomie ou du savoir-faire des PAB.

Toujours selon Aubry (2014), ce contexte particulier fait augmenter considérablement le nombre de PAB qui n'ont pas le choix d'abandonner leur carrière dans ce domaine. Que ce soit causé par des blessures physiques infligées par les résidents, les problèmes

de santé mentale qui émergent à la suite de leurs expériences, les souffrances diverses -comme l'épuisement- et les conséquences du devoir de productivité ou l'absentéisme [Bourque, *et al.* 2019]. Selon ces PAB, ceci est une des conséquences du manque de personnel en CHSLD puisqu'ils ont expliqué que s'ils avaient des évènements prévus ou des enfants à aller chercher à la garderie, ils savaient à quelle heure ils allaient travailler, mais de nombreux PAB ne savaient pas à quelle heure ils allaient pouvoir retourner chez eux.

La majorité des répondants ont dit qu'ils trouvaient important que les résidents aient une certaine stabilité dans leur quotidien, mais que cela était impossible, en particulier à cause du recrutement des agences privées qui font en sorte que les résidents sont soignés et accompagnés par des inconnus, la plupart du temps. Il a été maintes fois relaté que la relation entre les PAB et les résidents était beaucoup plus harmonieuse lorsque les résidents connaissaient leur PAB. Sans nécessairement les reconnaître par leur prénom, c'est plutôt le sentiment de sécurité de voir un visage connu lors de la prestation de soins intimes qui favoriserait la création d'un certain mieux-être et d'optimiser le lien de confiance entre le soignant et le résident soigné (INESSS, 2020, MSSS, 2003, Bourque et al., 2019, et Bigaouette, 2004).

6.1.5 Une institution qui apporte de plus en plus de déshumanisation

Comme indiqué précédemment, les résidents en CHSLD souffrent aussi de situations qui pourraient être qualifiées de maltraitances organisationnelles (Belzile, Pelletier et Beaulieu, 2014). Comme certains PAB l'ont dénoncé en entrevue, les résidents se voient être traités mécaniquement, comme s'ils étaient des numéros. Ce contexte de travail pour Larivière [2018] est caractérisé par une sorte de performance et d'efficacité, productrices d'une très forte pression chez les PAB. Ceci est aussi une autre forme de déshumanisation. Par manque de temps de certains PAB, ces résidents

sont relégués seuls. Cela signifie que même les besoins de base de ces individus ne seraient pas toujours comblés.

Malgré toutes ces souffrances, les PAB mentionnent que c'est l'affection et le désir d'aider le résident qui les motivent au travail. Lorsqu'ils quittent leur travail en ayant le sentiment du devoir accompli, dans le respect de leurs valeurs, ils sentent que leur travail est important et qu'ils ont fait une différence positive dans le quotidien de leurs résidents, mais ce n'est pas toujours le cas. Cela nous amène à soulever l'engagement à l'égard du travail que font les PAB dans des conditions de travail de plus en plus difficiles.

En outre, certains PAB mentionnent qu'ils doivent avoir recours à la contention chimique ou physique (Ardiet, 2018), ce qui empêche le résident de s'exprimer, que ce soit verbalement ou physiquement, d'être lui-même et par conséquent, le prive de certains droits. Il est principalement ici question de la liberté d'expression et du respect de la personne. Que ce soit parce qu'ils sont attachés ou parce qu'ils ont été médicamenteux, leur liberté d'être se trouve entravée. Cela se traduit par un sentiment d'impuissance et de culpabilité de la part de certains PAB de participer à cette souffrance des résidents. On fait ici référence à la déshumanisation mentionnée plus haut dans cette recherche.

6.1.6 Mode de gestion plutôt négatif

Trouver un moyen de laisser du temps nécessaire aux PAB pour mieux effectuer leur travail permettrait certainement d'humaniser un peu plus les CHSLD. Leur donner un lieu de parole où ils pourraient s'exprimer en toute liberté sans tension ni pression pourrait augmenter leur qualité de travail dans le sens où leur charge émotionnelle pourrait être considérablement réduite. Le Regroupement, Échanges, Concertation d'intervenantes sociales du Québec (RÉCIFS, 2018) indique que l'épuisement éprouvé par certains employés est souvent ignoré de la part des employeurs. Un changement

des conditions de travail actuelles qui prennent minimalement en compte leurs besoins des PAB pourrait probablement améliorer leur santé globale. De plus, cela pourrait se traduire par une diminution de leur souffrance, du sentiment d'être toujours dans l'urgence et de l'épuisement, ce qui est déjà bien documenté dans la littérature scientifique (Bourque et al., 2019; Bigaouette, 2004; Degeners 2012; Larivière 2018; Vézina, Cappeliez et Landreville 2013). Ces solutions auraient besoin d'un budget adéquat au départ. Cela aurait pour effet de les inciter à suivre une formation leur permettant d'être mieux outillés en lien avec la réalité des résidents et de permettre une augmentation de leur salaire. Ces indications pourraient être un bon début en ce qui concerne les solutions proposées. De plus, cet investissement pourrait permettre de pallier les pertes financières causées par l'épuisement, les arrêts de maladie et les pertes de personnel (Bolduc, 2013).

Gagnon, Tremblay-Paradis et Aubry (2020) expliquent que pour vraiment faire partie d'une équipe soignante, il faut débiter avec la reconnaissance du savoir-faire et du travail des PAB. Cependant, nous constatons que selon les propos des participants, ils vivent des émotions et ont le sentiment d'être invisibles dans leur travail au sein des CHSLD. Cette reconnaissance semble être un facteur qui a été oublié lors de l'instauration de la nouvelle gestion publique (Grenier, Bourque et St-Amour, 2018).

Pour sa part, Degeners (2012) reprend cette théorie de la reconnaissance d'Axel Honneth en expliquant qu'il serait plutôt approprié de tenir compte de trois autres dimensions pour apporter cette reconnaissance : l'attention affective, l'accès légal aux droits et l'estime sociale. En se basant sur cette dernière dimension, ceci signifie que les PAB, selon leurs témoignages, trouvent qu'ils sont reconnus uniquement pour effectuer essentiellement du travail sale. Ils trouvent qu'ils ne sont que des PAB. Les trois dimensions seraient donc absentes, ne permettant pas d'appliquer une certaine forme de reconnaissance. Il est possible de constater qu'il peut être difficile d'obtenir

de la reconnaissance s'ils sont considérés comme étant en bas de la hiérarchie, comme des subalternes. Ce ne sont pas des conditions de travail faciles à accepter.

À la lumière de tous ces résultats, il est possible de constater que les PAB ont assez d'expertise pour analyser la situation actuelle des CHSLD de manière professionnelle, humaine et avec beaucoup d'objectivité. Ils sont capables d'observer ce qui fonctionne et ce qui est dysfonctionnel, en plus de pouvoir suggérer des pistes de solutions. Les conditions de travail seraient une source de souffrance qui est acceptée et normalisée de la part des PAB. Ils acceptent le mode de gestion de leur lieu de travail, tout en essayant d'améliorer la qualité de vie des résidents avec les moyens alternatifs dont ils disposent.

6.2 Discussion : Objectif 2

Dans cette section du présent chapitre, le deuxième objectif présenté vise à comprendre l'organisation du travail des PAB en CHSLD.

6.2.1 Quart de travail type de 1 PAB

Dans la grille d'entrevue [Annexe D], il y avait une question afin de connaître quel était un quart de travail type pour les PAB. Il y aura donc la vision générale du travail des PAB. Il y aura le fait que selon eux, c'est un travail assez routinier, que leurs quarts de travail semblent être assez ardu, qu'ils peuvent effectuer plusieurs quarts de travail consécutifs, qu'ils manquent régulièrement de temps, que la surcharge de travail cause une nécessité de performance, que la culture du silence est souvent présente et qu'ils possèdent une bienveillance et une capacité de résilience qui sont assez surprenantes.

Dans leur description de leur quart de travail, les PAB ont indiqué qu'ils vivaient des tensions de toutes les sortes. Le terme de tension utilisé dans cette recherche est un synonyme de conflit. Les PAB témoignent de différentes formes de conflits qui vont à l'encontre des valeurs des PAB : le temps, la gestion des CHSLD, agir d'une manière contraire à ce qu'ils désirent ou à ce qui est humainement souhaitable, les interactions avec les collègues, etc. D'après Raizenne [2014], il y aurait quatre principaux types de conflits dans les CHSLD. Il y a : a) ceux en lien avec les soins prodigués et les services offerts ; b) ceux reliés entre les mesures de sécurité et l'hygiène des résidents ; c) ceux qui sont causés par la vie communautaire ; d) ceux liés au niveau de la relation et des attentes entre les soignants et les résidents et de l'application des normes.

Il est possible de constater qu'effectivement, les tensions sont souvent fréquentes en CHSLD. Certains PAB en ont nommé quelques-unes. Par exemple, en ce qui concerne le point a, les PAB ont fréquemment exprimé qu'à cause du manque de temps qu'ils ont à consacrer aux résidents, la qualité des services offerts s'en retrouve réduite,

puisqu'ils doivent souvent se dépêcher pour tout. Pour ce qui est du point b, les PAB ont relaté les difficultés au niveau des agressions physiques qu'ils vivent lorsqu'il est temps de donner des soins d'hygiène aux résidents lorsqu'ils sont réticents. Pour les conflits en lien avec la vie communautaire, les PAB ont souvent indiqué que si un résident se désorganisait, cela avait un impact sur le reste du groupe ou encore que l'errance de certains pouvait provoquer de l'agressivité chez d'autres résidents. Le dernier élément, qui est de nature relationnelle, concerne la relation qu'entretiennent les PAB avec les résidents et le respect des normes à ce sujet. Un bon exemple est un des PAB qui a raconté qu'un collègue infantilisait un résident en le surnommant avec des noms d'animaux. Bien que ce collègue pensait que c'était une manière d'agir qui, selon lui, était affectueuse, ce PAB trouvait que c'était plutôt un manque de respect et que ce n'était pas normal. Toutes ces situations permettent de confirmer les conditions difficiles du travail des PAB dans l'environnement des CHSLD (Béland, 2009 ; Charazac, Josserand et Talpin, 2016 ; MSSS, 2012).

6.2.2 Travail routinier

La majeure partie des répondants ont affirmé que leur travail était plutôt routinier. Ils arrivent à leur poste et ils ont une liste de tâches à effectuer pendant leur quart de travail. Ils ont expliqué que même s'il arrive des incidents ou des accidents, ces tâches doivent être effectuées parce que sinon, ce sont les collègues qui occupent le quart de travail suivant à qui ces tâches sont déléguées. Certains ont expliqué que ces tâches, bien que répétitives, étaient nécessaires au bon fonctionnement et à la salubrité de leur lieu de travail. Ces tâches sont principalement : laver et plier les serviettes et les débarbouillettes, laver la vaisselle, servir les repas, distribuer des collations, donner des bains, entretenir les lieux en général, etc.

6.2.3 Des quarts de travail qui semblent très chargés

Le manque de temps semble, encore ici, être un facteur qui rend difficile le quart de travail des PAB. Dans ce contexte, ils apprennent premièrement à travailler en équipe. Ils développent des stratégies de communication afin de pouvoir avoir une approche relationnelle avec les résidents. Ils apprennent à déshumaniser le moins possible les résidents selon leurs moyens. Ils arrivent à partager leur savoir afin d'être les plus efficaces que possible. Ils peuvent gérer les nombreux imprévus qui arrivent. Ils apprennent aussi assez tôt à normaliser leur souffrance, ce qui nous amène à souligner que les conditions de travail seraient donc une source de souffrance qui est acceptée et normalisée de la part des PAB. Ils acceptent le mode de gestion de leur lieu de travail, tout en essayant d'améliorer la qualité de vie des résidents avec les moyens alternatifs dont ils disposent. La souffrance des PAB se conjugue avec la souffrance des résidents. Leur épuisement provient aussi de leur sentiment d'impuissance important. La littérature indique que les comportements d'agressivité verbale ou physique chez les résidents atteints de démence sont des générateurs d'épuisement chez les PAB (Vézina, Cappeliez et Landreville, 2013).

Aubry et Feillou (2019) définissent une charge de travail comme étant la tension entre l'ensemble des actions des PAB pendant leur quart de travail et les ressources qui sont mises à leur disposition pour y arriver. Selon ces auteurs, la charge de travail augmente lorsque le ratio entre les résidents et les PAB augmente ou lorsque l'état des résidents se détériore. Cette charge de travail intensifiée serait la cause de souffrance chez les PAB parce qu'ils ne peuvent pas développer une approche relationnelle convenable.

6.2.4 Manque de temps

Plusieurs tensions existent au sein des CHSLD. Les PAB qui débutent leur profession idéalisent parfois cette dernière. Selon les dires des PAB, ils veulent le bien-être des

résidents et leur bonheur, mais ils se rendent compte qu'avec toutes les contraintes imposées par le manque de temps, ils ne doivent faire que leur travail et exécuter des tâches. Ils voudraient occuper et écouter les résidents afin de prendre en considération leur intégrité et leur dignité, mais ils ne peuvent pas. Le temps est une tension très importante pour eux : le temps qu'ils n'ont pas, c'est un temps qui manque. Il s'installe entre ce qui est à faire humainement et ce qu'ils peuvent faire réellement. Cette tension se trouve au cœur de leur vie de préposé et souvent amène un sentiment d'impuissance qui s'ajoute à leurs conditions de travail.

Ils n'ont pas de temps d'être avec les résidents et veiller à leur bien-être ; ils doivent accomplir leurs tâches parce que si elles ne sont pas faites, c'est l'employé du quart de travail suivant qui devra les effectuer, ce qui lui causera une surcharge de travail et une certaine frustration, et même de la compétition. Cela amène une forme de tension entre les collègues (Pérodeau et Côté, 2002, cité dans Aubry et Couturier, 2014b). Il y a aussi le fait de se présenter sans faute à leur travail parce que ce sera le PAB qui vient de faire environ huit heures de travail qui devra rester dans son département. Certains PAB ont même témoigné en entrevue qu'ils voulaient se venger envers leurs collègues en leur faisant la même chose, soit de ne pas se présenter au travail et ainsi obliger son collègue à faire des heures supplémentaires obligatoires. Cela définit un climat de travail difficile au sein des PAB travaillant en CHSLD, ce qui vient alourdir la tâche des PAB (INESSS, 2020, et MSSS, 2003).

De plus, le manque de temps est la tension principale et importante qui articule leur vécu quotidien. Pourtant, ces PAB disent qu'ils ont de nombreuses solutions, mais ils ne sont pas écoutés par leurs supérieurs. Ils n'ont pas de place de parole, mais un devoir de silence qui est lourd à porter. Ils croient à des conditions de travail meilleures qui pourraient changer leur situation d'impuissance.

Pour leur part, Belzile, Pelletier et Beaulieu (2014) expliquent que ce manque de temps peut entraîner des conséquences qui sont très importantes, autant chez les PAB que chez les résidents. L'une des conséquences principales est la possibilité d'observer de la maltraitance organisationnelle. Ces derniers auteurs l'expriment en ces mots :

[...] De plus, l'organisation du travail proprement dite peut conduire à des situations de maltraitance, par exemple lorsque le temps alloué pour prendre soin des résidents est insuffisant pour bien faire le travail et créer un lien de confiance ou quand il n'y a aucun mécanisme de transmission des informations entre les quarts de travail. Le manque de clarté des consignes ou des procédures à suivre dans certaines situations, comme l'obtention du consentement éclairé de la personne avant de lui prodiguer un soin (Ko et al., 2012. p.41), la participation du résident incapable d'exprimer son opinion ou de faire valoir ses besoins concernant la routine ou l'horaire quotidien, le besoin d'intimité, le respect de la confidentialité et la gestion des finances personnelles (Covelet, 2003 ; McDonald et al., 2008) représentent aussi des conditions organisationnelles menant potentiellement au développement de conduites maltraitantes (p.42).

6.2.5 La surcharge de travail cause une nécessité de performance

Pour Couturier, Aubry et Gagnon (2018), le besoin de performance serait étroitement lié à la situation de l'utilisateur. Ils le mentionnent en ces termes : la recherche de performance et la quête de l'adaptation. Cependant, lors des entrevues, la perspective d'une souffrance évidente de chacun a été soulevée par les PAB. L'ancienne perspective sur les actions des PAB en rapport avec l'agressivité et l'errance des résidents ne prenait pas en compte l'ampleur de cette souffrance. Souffrance organisationnelle, personnelle, individuelle, collective et temporelle... souffrance des PAB et souffrance des résidents. Cette double souffrance est ce qu'ils ont en commun, mais qu'ils vivent en isolement les uns des autres. D'ailleurs, Gupta, Rivest, Leclair, Blouin et Chammas (2017) décrivent la souffrance psychique en ces termes :

La souffrance ne se réduit pas aux symptômes physiques. Le législateur a retenu le terme « psychique » pour désigner toutes les réalités de la personne n'ayant pas trait au corps (p. ex., psychologique, existentiel, social, etc. Toutefois, la souffrance ne peut aisément être divisée en catégories distinctes (Svenaesus, 2014). En effet, les différents aspects de la souffrance s'influencent mutuellement. Par exemple, un symptôme physique comme la douleur peut devenir intolérable si une personne croit qu'elle ne s'apaisera pas et si elle a peur que la douleur ne s'aggrave. La souffrance présente en pareil cas des aspects physiques (douleur) et psychiques (croyances, peur). Quand vient le temps d'évaluer la souffrance d'une personne, il importe de la considérer dans son ensemble. (p. 7)

Un autre questionnement concerne l'implantation dans les CHSLD de la méthode Toyota lors de la réforme de 2008. Cette méthode consiste à découper chaque geste et chaque tâche en étapes minutées, tout comme le montage des automobiles. Par exemple, si c'est censé prendre 10 minutes pour laver un résident, mais que celui-ci se montre réticent, il se peut que 10 minutes en prennent 20, ce qui implique un retard qui devra peut-être être géré par le PAB suivant. Cela amène une troisième tension, entre travailler comme une machine et travailler comme un humain. Celle-ci est si difficile à vivre qu'elle amène le PAB à vouloir quitter ce milieu de travail pour conserver sa santé mentale et son humanité.

6.2.6 Secret professionnel

Les PAB interrogés ont fréquemment parlé du secret en employant différents termes : la loi de l'omerta, ne pas pouvoir parler, la crainte de représailles, la loi ou la culture du silence et du contrat de loyauté. Tous les PAB trouvent ces conditions de travail difficiles parce qu'ils disent qu'il y a quelques fois où ils auraient besoin de parler et de ventiler lorsque des événements particuliers se produisent. Ils aimeraient avoir l'avis de leurs collègues à propos de leurs méthodes d'intervention ou ont simplement besoin de partager leurs expériences afin d'avoir la possibilité de mieux développer leurs compétences face à ces situations. Cela se traduit dans une souffrance normalisée et banalisée par plusieurs PAB, comme mentionné précédemment. Un questionnement

peut se poser à propos de cette situation sur le plan éthique, professionnel et social concernant leurs conditions de travail et l'impact de celles-ci sur les conditions de vie des résidents. La culture du silence dont parlent les PAB et le « silence », auquel fait référence Béland (2009), c'est la dénégation de leur souffrance, de la rationalisation du refus de la voir.

6.2.7 Bienveillance et adaptation

Les PAB interrogés avaient tous le même désir : le bien-être et la sécurité des résidents. Malgré leurs constats lors des entrevues, ils ont indiqué qu'ils essayaient le plus possible de traiter ces résidents avec bienveillance. Simplement pour les soins d'hygiène, Feillou et al. (2014) ont dressé une liste des facteurs à prendre en considération afin de s'assurer du meilleur déroulement possible de cette étape de la journée. Cette liste est dotée de quatre stratégies d'adaptation, de stratégies à utiliser ainsi que des exemples de la vie courante que le PAB doit utiliser lors de ces moments d'hygiène. La première stratégie est de s'adapter à l'état fonctionnel du résident. La deuxième est de prendre en considération les autres caractéristiques de celui qui reçoit les soins.

6.2.8 Manière de voir les résidents

Comme mentionné précédemment, les résidents souffrent eux aussi de ces situations. Comme certains PAB l'ont récité, ces résidents se voient être traités mécaniquement, comme s'ils étaient des numéros. Ceci est aussi une autre forme de déshumanisation. Par manque de temps de certains PAB, ces résidents sont relégués seuls avec leur silence. Les PAB ont mentionné qu'ils voyaient des résidents se laisser mourir. Pour les PAB, cette souffrance est quelques fois compensée par de meilleurs moments tels qu'un résident qui les reconnaît ou qui se remet à parler après quelque temps de silence. Il y a aussi la souffrance en lien avec la reconnaissance de la famille des résidents qui a été soulevée.

Les participants à cette étude ont dit qu'ils aiment les résidents, mais qu'ils n'ont plus le temps de le faire. Ils ont aussi affirmé qu'ils savent que les CHSLD sont les lieux des derniers jours de vie et du décès de ces résidents. Ils ont le désir de mettre un peu de soleil, de joie et de dignité dans leur réalité, mais encore là, il y a toujours ce manque de temps, omniprésent, et qui se fait fortement ressentir.

6.3 Discussion : Objectif 3

Les réponses amenées par les PAB lors des entrevues ont apporté une nouvelle perspective en lien avec les objectifs du début de cette recherche. En effet, la richesse des éléments obtenus lors des entrevues a permis la naissance de nouveaux questionnements. À la naissance de ce projet de recherche, c'était plutôt le respect des droits des résidents dont il était question, mais aussi une interrogation sur leur milieu de vie en lien avec les savoirs des PAB et de leurs expériences.

6.3.1 Différents types d'agressivité perçus par les PAB

Plusieurs PAB ont rapporté avoir été témoins d'agressivité sous diverses formes de la part des résidents. Certains se sont fait crier des injures ou des menaces, se sont fait cracher dessus, se sont fait mordre ou se sont fait frapper. Quelques-uns de ces PAB ont subi des blessures physiques d'une intensité assez importante. L'une des causes mentionnées qui provoqueraient des situations d'agressivité serait une réponse de résistance aux soins. Selon le témoignage des PAB, certains résidents utilisent l'agressivité comme moyen de s'exprimer. Pour certains, c'est leur seul moyen de communication et cela peut être bénéfique dans certaines circonstances. Pour Benghozi (2010), l'agression est un mode d'expression qui, selon son usage, peut être nocif s'il est destiné à causer du tort. Cela peut être bénéfique si c'est une forme d'appel, une tentative de transmettre quelque chose au-delà des mots. En ce sens, la personne agressive affronte la relation ou son absence et espère être entendue (Benghozi, 2010).

Nos résultats vont dans le même sens que Benghozi (2010); l'agressivité est perçue comme étant un signe de résistance, l'errance comme une recherche de contact humain. Les PAB ont une vision axée sur la sensibilité du résident, ce qui les amène à comprendre cette résistance. Résistance, parce que les soins apportés aux résidents et le rythme auquel ils sont prodigués sont souvent perçus comme étant une agression

envers leur intimité et leur dignité. C'est en quelque sorte un appel à l'aide de leur part, puisqu'ils sont souvent emprisonnés dans leur maladie et qu'ils ne peuvent pas le verbaliser autrement que par l'agressivité. C'est aussi souvent leur dernière manifestation envers un autre être humain avant de renoncer à être pris en considération et sombrer dans le désir de quitter cet endroit par la mort.

Comme l'a indiqué Lemitre (2020), la différence entre l'agressivité et la violence se situe dans la gravité des gestes posés. Pour les PAB, les épisodes d'agressivité ou de violence engendrent régulièrement un sentiment d'insécurité dans leur équipe. Par souci de protection, ils peuvent être portés à utiliser des méthodes de prévention qui peuvent aller à l'encontre du bien-être des résidents (Charazac, Josserand et Talpin, 2016). De plus, plusieurs auteurs ont déjà expliqué que ce qui caractérisait particulièrement les épisodes d'agressivité, c'est que justement, ce sont des épisodes et ce ne sont pas des événements permanents. Selon ces auteurs, les situations d'agressivité se produisaient particulièrement en soirée (Poirier et Gauthier, 2011 ; L'Heureux, 2016). Tout en développant leur savoir-faire pour contrer ces possibles événements, les PAB utilisent certaines stratégies qui favorisent le calme avant l'heure du coucher des résidents. Un PAB a expliqué que le fait de tamiser la lumière ou mettre de la musique douce permettait de créer une atmosphère propice au calme.

6.3.2 Description des PAB sur l'errance

Selon certains PAB, l'errance des résidents serait présente principalement sous la forme de fugues ou de marche. Certains résidents marchent jusqu'à l'épuisement et cela peut provoquer des blessures importantes, notamment des chutes ou des problèmes de pieds. Les PAB ont mentionné que l'errance se produit lorsque les résidents veulent sortir du CHSLD ou retourner chez eux. Deux autres PAB ont dit que certains résidents n'ont rien d'autre à faire pour s'occuper que de marcher. D'autres PAB ont parlé du syndrome crépusculaire qui augmenterait les risques d'errance et d'agressivité.

6.3.3 Tensions entre deux visions différentes de l'errance et de l'agressivité

Pour certains PAB, l'agressivité et l'errance sont souvent perçues comme étant des problèmes de comportement qu'il faut supprimer rapidement à tout prix. Pour cela, on utilise les moyens qui ont des effets immédiats : médication, contention, isolement. De plus, étant donné le fait qu'il y a peu d'employés, il devient difficile de gérer ces situations alors qu'ils doivent veiller à la sécurité et au bien-être, pas seulement d'une personne, mais de tous les autres résidents dont ils sont responsables. Les gestionnaires ont alors engagé des agences afin de les aider à effectuer les tâches des PAB. Du fait qu'il y a un roulement d'employés irrégulier, l'ambiance de travail et le lien qui les unit aux résidents s'avèrent très faibles. Cela s'ajoute à l'ambiance générale comportant de multiples tensions.

Plusieurs tensions existent au sein des CHSLD. Les PAB qui débutent leur profession idéalisent parfois cette dernière. Ils veulent le bien-être des résidents et leur bonheur, mais ils constatent qu'avec toutes les contraintes imposées par le manque de temps, ils ne doivent faire que leur travail et exécuter des tâches. Ils voudraient occuper et écouter les résidents afin de prendre en considération leur intégrité et leur dignité, mais ils manquent de temps. Le temps est une tension très importante qui a un lien direct avec l'errance et l'agressivité. Ce manque de temps s'installe entre ce qui est à faire humainement et ce qu'ils peuvent faire réellement.

Lors des entrevues, la perspective d'une souffrance évidente de chacun a été soulevée par les PAB. L'ancienne perspective d'agir de la manière Toyota sur les actions des PAB en rapport avec l'agressivité et l'errance des résidents ne prenait pas en compte l'ampleur de cette souffrance. Cette souffrance multiple (organisationnelle, personnelle, individuelle, collective et temporelle) est ce qu'ils ont en commun, mais qu'ils vivent en isolement des uns des autres.

Cette souffrance se nomme de multiples façons : crises (éteindre des feux), douleur, épuisement, violences, rage, coups, agressions verbales, etc. Vézina, Cappeliez et Landreville (2013) ont déjà expliqué que les SCPD causés par la démence des résidents amenaient une réelle souffrance chez les PAB. Gagnon, Tremblay-Paradis et Aubry [2020] expliquent que pour vraiment faire partie d'une équipe soignante, il faut débiter avec la reconnaissance du savoir-faire et du travail des PAB. Cependant, ces derniers ont le sentiment d'être invisibles.

En outre, il a été relaté qu'il y avait une ou des différences entre leur formation et la réalité en ce qui concerne l'errance et l'agressivité. Pour ceux qui ont eu une formation, la réponse est oui. Pour ceux qui n'en avaient pas, ils décrivaient plutôt que c'étaient leurs attentes qui n'allaient pas de pair avec la réalité. Le tableau des représentations précédemment décrit démontre bien ces situations. Sept PAB sur huit ont reçu une formation en lien avec le métier de PAB ou des SCPD. Un PAB racontait que lorsqu'il y avait des formations, c'était plus un lieu où il y avait des reproches envers eux. Un autre exprimait qu'effectivement, il y avait des formations et ne s'en plaignait pas. Les répondants n'étaient pas unanimes face à cette question.

Tel qu'il est indiqué dans l'analyse du deuxième objectif de l'étude, les PAB témoignent d'une culture du silence instaurée au sein des CHSLD, ce qui devient un aspect tellement dissuasif au point que les PAB qui désirent assurément des changements se voient obligés d'accepter leurs conditions de travail sans dire un mot. Ils doivent ainsi exécuter des tâches qui contredisent leur désir d'aider les résidents. Ils acceptent de les traiter comme des objets à manipuler, ce qui empire les conditions de vie des résidents. Certains mentionnent justement la présence de cette violence organisationnelle, camouflée sous des menaces et de la pression institutionnelle, ce qui les amène à accepter contre leur gré de traiter les résidents de manière mécanique et automatique.

6.3.4 Actions posées par les PAB en lien avec l'errance des résidents

En ce qui concerne les actions posées par le PAB concernant l'errance, les réponses des PAB étaient assez différentes les unes des autres. Un répondant a expliqué qu'il était important de connaître la ou les causes de l'errance d'un résident. Il disait y aller par déduction et par vérification. Il vérifiait si le résident avait faim, soif, froid, si ses besoins de base étaient comblés. Souvent, il finissait par en trouver la cause et l'épisode d'errance cessait. Pour d'autres PAB, la solution était de laisser les résidents marcher. Ils se demandaient à quoi cela servait de les en empêcher, puisqu'ils ne faisaient rien de mal. Ils ont indiqué que s'il y avait un danger pour ce résident en particulier ou pour les autres, ils intervenaient souvent par la contention physique.

Nos résultats montrent que le simple fait que les PAB mettent une tablette devant une chaise pouvait être efficace pour faire cesser l'errance chez certains résidents ainsi que le fait de les occuper aidait à faire diminuer les épisodes d'errance. Par exemple, faire plier des débarbouillettes à certains résidents pendant un certain temps pour les occuper était suffisant pour qu'ils ne mettent pas à marcher sans but.

6.3.5 Gestion humaniste de l'errance et de l'agressivité

Une nouvelle approche de type humaniste apparaît dans quelques pays et semble s'avérer être prometteuse. C'est la création de petits villages ou de lieux de vie, fictifs ou réels, pour les résidents. Radio-Canada (2018) a effectué un reportage sur le village-résidences qui adopte cette approche. Le projet s'est développé à Langley, en banlieue de Vancouver. Il y a un café et une épicerie qui sont construits juste pour eux ; l'endroit est sécurisé, puisqu'il est clôturé et qu'il n'y a qu'une entrée. Les résidents peuvent avoir une vie qui est plus semblable à celle qu'ils avaient avant la maladie. Il semblerait que ces derniers étaient plus confortables avec cette approche et qu'il y aurait beaucoup moins de SCPD. Par exemple, la maison Carpe Diem est un lieu où les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peuvent avoir une vie plus normale qu'en CHSLD.

Les intervenants qui y travaillent accompagnent les individus atteints de la maladie dans leur combat contre les pertes cognitives afin de conserver une certaine autonomie dans leur quotidien. De plus, Charpentier (2007) décrit cette approche humaniste comme étant un savoir expérientiel et populaire, qui permet de considérer le résident comme étant un humain qui possède la capacité de prendre des décisions à propos de sa vie et qui a le pouvoir de manifester sa volonté.

En ce qui concerne les contentions, ils ne veulent pas les utiliser, mais ils en constatent la nécessité pour leur sécurité, celle des résidents en général et celle du résident qui la requiert. Certains PAB mentionnaient que la contention, c'était d'empêcher le résident de s'exprimer, que ce soit verbalement ou physiquement, de l'empêcher d'être lui-même et par conséquent, le priver de certains droits. Cela se traduit par un sentiment d'impuissance et de culpabilité de participer à la souffrance des résidents. Comme le PAB l'expliquait plus haut, cela serait causé par le manque de temps pour effectuer les tâches demandées. Ceci participe à la déshumanisation mentionnée plus haut dans cette recherche.

Les PAB voudraient agir d'une manière humaine, pouvoir prendre le temps d'écouter les résidents, les aimer, comme un PAB a raconté. Cependant, ils doivent demeurer plus centrés sur leurs tâches à accomplir, dans des conditions de travail difficiles (manque de temps, manque de personnel, loi du silence, manque de reconnaissance, etc.). Cela implique aussi le désir d'éviter les tensions entre les collègues. Il y a une grosse différence entre ce qu'ils aimeraient faire, comment intervenir, et ce qu'ils ont l'obligation de faire, et ce, malgré eux. Le manque de temps est la cause de bien de mauvaises situations : contentions, manque d'écoute, bains donnés trop vite ou pas du tout, manque d'humanité, lever/coucher et habillés trop vite ou trop tôt, solitude des résidents, etc. Ce n'est pas ce que les PAB désirent comme interactions avec les résidents.

Pourtant, certains PAB trouvent des solutions afin d'optimiser le temps qu'ils ont, tout en évitant des épisodes d'agressivité chez les résidents. Par exemple, un PAB mentionnait qu'une résidente avait perdu son fils et qu'elle avait de la peine. À cause du devoir de performance et du manque de temps, le PAB n'avait pas le temps de s'asseoir avec la résidente afin d'en discuter avec elle. Cette dernière en avait bien besoin. Le PAB a alors décidé de prendre son temps de pause pour l'écouter. Cela signifie que pour rajouter un peu d'humanité à ce milieu, certains PAB font aussi du bénévolat afin de favoriser le mieux-être des résidents.

CONCLUSION

Avec tout ce que la population peut voir ou entendre dernièrement dans l'actualité, il est aisé de constater qu'il n'y a pas seulement un problème d'agressivité et d'errance des résidents au sein des CHSLD. Il y a des manquements qui touchent divers domaines : les conditions de travail des PAB, la culture du silence, l'absence ou le manque de travail social, la sécurité au travail, l'administration indifférente qui n'assume pas ses responsabilités, l'hygiène et la salubrité, les conditions de vie des résidents, le nombre insuffisant de PAB et le domaine financier.

Ces situations insoutenables ont participé à créer un milieu de souffrances, de violences, de résistances pour toutes les catégories d'acteurs impliqués dans ce milieu déstructuré. Un espace qui semble être complètement à l'opposé de ses missions et principes légaux du début de ce texte, mais qui semble avoir la volonté de développer de meilleures conditions de vie chez les résidents et de travail pour les PAB. Il a été déterminé que parmi les catégories d'acteurs œuvrant dans les CHSLD, les PAB se situent tout au bas de la hiérarchie du personnel soignant. Pourtant, ces derniers sont conscients qu'ils sont la voix, les yeux et les oreilles des résidents et que ce sont eux qui passent le plus de temps avec ces derniers. Comme mentionné par un PAB, ils sont souvent les dernières personnes avec qui les résidents créent des liens significatifs avant de décéder. Ces PAB possèdent l'expertise afin d'observer et de savoir si un résident va bien ou non, mais ils ne sont pas souvent écoutés lorsque vient le temps de partager ces faits et ces souffrances avec le personnel concerné.

À la lumière de nos résultats, nous pouvons conclure que les formations reçues par les PAB n'étaient peut-être pas toujours adéquates afin d'intervenir en situation d'errance

ou d'agressivité. En effet, ils ont mentionné que subir de l'agressivité fait partie de leur travail et que c'est plus la sécurité des résidents qui était priorisée, au détriment de la leur. En ce qui concerne la perte d'autonomie, nos résultats nous amènent à souligner que dans leur formation, la priorité était d'encourager l'autonomie des résidents alors que dans la réalité, les PAB manquent dramatiquement de temps pour même laisser les résidents se laver le visage ou mettre leurs bas, ce qui demande plus de temps que de le faire à leur place, les privant ainsi du peu d'autonomie qu'il leur reste. Selon les participants à cette recherche, le manque de temps et de personnel affecte grandement les conditions de travail des PAB, leur santé (physique, psychologique, émotionnelle, etc.) ainsi que les conditions de vie et le bien-être des résidents. De plus, la sécurité de tous est actuellement compromise à l'intérieur des murs des CHSLD.

Cette recherche était de type qualitatif et comportait des entrevues individuelles dont chacune a duré environ deux heures. Les entrevues étaient basées sur une grille d'entrevue semi-dirigée. Les témoignages amenés par les PAB ont permis de constater l'ampleur et la gravité de la situation. Il était touchant de constater à quel point ils avaient besoin de parler. Cela a donné lieu à des témoignages profonds, remplis d'une réalité et d'émotions saisissantes. Le recrutement a été assez long et laborieux parce que, comme il est mentionné à plusieurs reprises dans ce document, il y a une culture du silence présente qui a été mise en évidence par cette recherche. Or, nos résultats nous permettent d'affirmer que les PAB ressentaient une peur qui les empêchait de parler. La peur de représailles de la part de leur employeur, d'être reconnus, de manquer à leur loyauté, de dénoncer ce qui était interdit de dénoncer. Bien que certains PAB ont manifesté leur intérêt de participer à cette recherche, ils se sont retirés par manque de temps, par épuisement ou par peur.

Pour revenir aux objectifs du départ, cette recherche conclut qu'il s'avère qu'en débutant leur métier, les PAB ne sont pas toujours formés et ne savent pas vraiment comment agir lors d'épisodes d'agressivité et d'errance chez les résidents atteints de

démence. Il pourrait être intéressant qu'ils puissent partager ces savoirs entre eux, en dépit de l'omerta en vigueur au sein des CHSLD. De plus, nous avons constaté que les PAB se sentaient obligés de faire des heures supplémentaires obligatoires, et plus encore. Certains d'entre eux pouvaient travailler 16 heures consécutives ou pendant de longues périodes afin de compenser le manque de personnel. Ces heures en surplus entraînent aussi des conséquences négatives dans toutes les sphères de leur vie personnelle et elles leur amènent principalement de la souffrance causée par l'épuisement, par le manque de reconnaissance professionnelle et par un modèle d'organisation au travail qui s'avère être de plus en plus déshumanisant. Par conséquent, cela ajoute encore plus à leur détresse qui exerce une influence négative sur leur santé globale et les soins offerts aux résidents.

Aubry et Couturier (2014 a) expriment bien ce constat dans le sens que c'est à partir de la reconnaissance des PAB que d'autres solutions pourront émerger :

L'exécution d'un travail difficile et peu payant, reconnu pour la part de sale qu'il comporte (Arborio, 2001), dans une organisation productrice de souffrance, n'est pas une condition psychologique tenable. La voie de la professionnalisation a pour premier marqueur sociologique la reconnaissance de la part du public. Pourtant, l'homologie structurale partielle liant les usagers et les préposés aux bénéficiaires — notamment par la souffrance, la domination et l'invisibilité des besoins (Kane, 1994) ne produit pas une possibilité claire d'alliance entre ces deux groupes, alliance qui pourrait potentiellement constituer le précurseur d'une transformation radicale de l'organisation des soins dans le contexte des CHSLD (p. 213-214).

Les PAB ayant participé à l'étude constatent qu'il existe plusieurs solutions, mais ils ne sont pas écoutés. Mentionnons qu'il semble y avoir une ouverture à cette écoute depuis quelque temps et peut-être que la pandémie actuelle pourra en permettre une certaine amélioration. Les PAB font ce qu'ils peuvent avec ce qu'ils ont, mais ce n'est jamais suffisant. Ils ont un manque criant de ressources qui leur permettraient

d'améliorer leurs conditions de travail, les conditions de vie des résidents, la sécurité et le bien-être de tous, et ce dans le respect de leurs droits.

Charpentier (2007) effectue certaines recommandations qui vont dans le sens des témoignages recueillis lors des entrevues effectuées dans cette recherche. Elle recommande de favoriser la diversité des milieux de vie afin de ne pas avoir qu'un seul modèle de fonctionnement. De plus, elle ajoute que le fait d'utiliser des mesures positives de rétention du personnel pourrait être bénéfique, autant pour les PAB que pour les résidents. Puisque les CHSLD sont des milieux de vie où cohabitent plusieurs groupes sociaux, elle relate que la présence de travailleurs sociaux est un facteur important puisque ces milieux ne sont pas que des milieux de soins. Charpentier (2007) indique la création de groupes de soutien, autant pour les résidents que pour les PAB, serait bienfaisante pour tous. Charazac, Josserand et Talpin (2016) viennent appuyer cette recommandation de la création d'un lieu de parole, qui doit être un lieu d'écoute, permettant la création de liens d'identification entre eux et qui pourrait réduire l'épuisement des équipes. Il devient clairement temps de revoir les pratiques actuelles de tous les acteurs concernés en CHSLD afin de permettre la création d'un milieu de vie humain, afin d'offrir un endroit où tous se sentiraient mieux.

7.1. Recommandations pour la recherche

Cette recherche a démontré qu'il existait plusieurs problématiques au sein des CHSLD : les conditions de travail et la formation des PAB, la culture du silence, l'absence de travailleurs sociaux, la sécurité au travail, l'administration indifférente qui n'assume pas ses responsabilités, l'hygiène et la salubrité, les conditions de vie des résidents, le nombre insuffisant de PAB et le manque de moyens financiers. Dans ce contexte de travail et d'organisation difficile, il est suggéré de :

- Pousser cette recherche plus loin avec un échantillon plus grand de PAB ;

- Poursuivre les recherches qualitatives en région et dans les grands centres urbains, en matière de savoir-faire et des conditions de travail des PAB ;
- Étudier la réalité des CHSLD du point de vue des résidents qui seraient aptes à donner un consentement éclairé ;
- Uniformiser les formations offertes ;
- Explorer la perception des gestionnaires et PAB quant aux enjeux associés aux conditions de travail en CHSLD ;
- S'intéresser au point de vue et à l'expérience des familles des résidents sur le travail des PAB en CHSLD ;
- Entamer une recherche concernant les trois parties impliquées (gestionnaires, PAB et résidents). Il serait probablement plus aisé de comprendre plus précisément ces problématiques et d'appliquer des stratégies d'action qui sauront être pertinentes dans l'optique d'améliorer la qualité de vie et de travail des acteurs concernés.

7.2. Recommandations pour l'apport du travail social

Afin de réduire les conditions de travail difficiles des PAB et de les soutenir dans leur travail, le présent mémoire en arrive à des pistes de solutions pour la pratique en amont et en aval des CHSLD :

- Créer un poste spécialement pour assurer la présence externe d'un travailleur social au sein des CHSLD afin de lui permettre de créer un plan d'intervention adapté à chaque milieu. En effet, le fait de pouvoir consulter un travailleur social à l'externe pourrait permettre d'assurer une confidentialité optimale pour les gestionnaires et les employés.

- Développer des programmes et des services pour les PAB qui mettent l'accent sur la reconnaissance professionnelle de leur travail ;
- Développer des programmes d'intervention de groupe et individuels dirigés par des travailleurs sociaux, afin d'aborder des problématiques ou des besoins en lien avec leurs conditions de travail ;
- Encourager la collaboration entre les PAB et les autres professionnels en CHSLD dans le suivi et l'accompagnement des résidents ;
- Renforcer ou déployer des initiatives visant l'amélioration des conditions de travail des PAB œuvrant en CHSLD ;
- Favoriser la collaboration et l'échange d'informations entre les PAB des différents CHSLD sur le partage de pratiques prometteuses ;
- Créer un lieu d'écoute professionnelle (encadré par des travailleurs sociaux) qui pourrait être bénéfique, autant pour les gestionnaires, les PAB et les résidents. Cela pourrait permettre aux gestionnaires de s'exprimer librement et confidentiellement.

Il est à noter qu'en contexte institutionnel, le travailleur social peut avoir à assumer plusieurs rôles : conseiller, formateur, intermédiaire, médiateur, défenseur et protecteur. Il est donc possible d'affirmer que la présence du travail social dans les CHSLD peut faire du travailleur social un agent de changement important. Il serait donc possible pour le travailleur social de devenir une ressource indispensable à la création et à la mise sur pied de nombreuses pistes de solutions proposées par différents individus qui ont à cœur l'amélioration générale de la situation actuelle des CHSLD en région.

ANNEXE A

CERTIFICAT ÉTHIQUE

Référence : 2018-08-Labbée, K.



Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains
Certificat attestant du respect des normes éthiques

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue certifie avoir examiné le formulaire de demande d'évaluation éthique du projet de recherche et les annexes associées tels que soumis par :

Madame Karine Labbé

Projet intitulé : *Les actions posées par les préposées aux bénéficiaires en centre hospitalier de soins de longue durée concernant l'agressivité et l'errance chez les résidents ayant un diagnostic de démence en Abitibi-Témiscamingue*

Décision :

Accepté

Refusé : Suite aux dispositions des articles 5.5.1, 5.5.2 et 5.5.4 de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Autre :

Surveillance éthique continue :

Date de dépôt du rapport annuel : 24 septembre 2018

Date de dépôt rapport final : À la fin du projet

Les formulaires modèles pour les rapports annuel et final sont disponibles sur le site web de l'UQAT :

<http://recherche.uqat.ca/>

Membres du comité ayant participé à cette évaluation :

Nom	Poste occupé	Département ou discipline
Danny Godin	Membre régulier	UER en créations et nouveaux médias
Manon Richard	Membre provenant de la collectivité	
Nancy Crépeau	Représentante autochtone substitut	
Nabiha Benyamina Douma	Membre étudiant	UER en sciences de la santé substitut
Pascal Grégoire	Président CÉR	UER en sciences de l'éducation
Pierre Corbeil	Membre versé en droit	
Roxanne Aubé	Membre versé en éthique	
Suzy Basile	Représentante autochtone	

Date : 24 septembre 2018 Pascal Grégoire, Ph.D., président du CÉR-UQAT

Pour toute question : cer@uqat.ca

ANNEXE B

ANNONCE DE RECRUTEMENT

PAB de l'Abitibi-Témiscamingue demandés !

Bonjour.

Étudiante à la maîtrise en travail social à Rouyn-Noranda cherche des préposé(e)s aux bénéficiaires ayant ou ayant eu au moins deux ans d'expérience ayant été employé(e) par un CHSLD en Abitibi-Témiscamingue. Entrevues confidentielles d'environ une heure à propos de leur savoir-faire et de leurs connaissances à propos de l'agressivité et de l'errance chez les résidents atteints de démence en CHSLD. Pour plus d'informations, vous pouvez communiquer avec moi par courriel : Karine.Labbe2@uqat.ca.

Merci d'avance de votre collaboration et du partage de ce message dans vos contacts.

Merci et bonne journée !

ANNEXE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Formulaire de consentement

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE : Les actions posées par les préposées aux bénéficiaires en centre hospitalier de soins de longue durée concernant l'agressivité et l'errance chez les résidents ayant un diagnostic de démence en Abitibi-Témiscamingue

NOM DE LA CHERCHEUSE ET SON APPARTENANCE : Karine Labbé, étudiante à la maîtrise en travail social à l'UQAT

COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT : Aucun

DURÉE DU PROJET : Septembre 2018 — décembre 20221

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE ÉMIS PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAT LE : 24 SEPTEMBRE 2018.

PRÉAMBULE :

« Je vous demande de participer à un projet de recherche qui implique votre collaboration. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou

vos droits en tant que participant. Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse affectée au projet de recherche et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui semblent manquer de clarté. »

BUT DE LA RECHERCHE :

La recherche vise à comprendre les actions posées par les préposés aux bénéficiaires (PAB) en CHSLD concernant l'agressivité et l'errance chez les résidents qui ont un ou des diagnostics de trouble(s) cognitif(s).

Pour participer, vous devez travailler comme PAB auprès de résidents en CHSLD qui ont un diagnostic de démence et qui ont des symptômes agressifs et/ou d'errance. Vous devez également avoir l'intention de partager votre savoir-faire et vos perceptions. Il s'agit d'une entrevue visant à élaborer un questionnaire d'entrevue semi-dirigée qui servira à la rédaction d'un mémoire à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, sous la responsabilité de deux directrices : Ina Motoi, PhD., professeure responsable de la maîtrise en travail social et Sylvie L'Heureux, responsable de la formation pratique en psychoéducation.

DESCRIPTION DE VOTRE PARTICIPATION À LA RECHERCHE :

Vous aurez la possibilité de choisir la date et le lieu de l'entrevue selon votre convenance. Votre tâche sera de répondre aux questions de la chercheuse en fonction de vos connaissances. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses puisque cette recherche vise à comprendre vos points de vue.

Normalement, une seule rencontre d'environ une heure serait nécessaire. Cependant, il se peut, et ce, avec votre consentement, que la chercheuse vous recontacte pour des

précisions ou une autre rencontre. À la suite de cette rencontre, un verbatim sera rédigé dans le but de compiler les données recueillies. Les entrevues peuvent se dérouler dans les locaux de l'UQAT ou encore à l'endroit de votre choix.

L'entrevue sera verbalement enregistrée avec votre consentement. Il s'agit simplement d'une mesure permettant à la chercheuse d'être pleinement à l'écoute lors de l'entrevue, de pouvoir la réécouter et de pouvoir la transcrire. Dans l'éventualité où vous en ressentiriez le besoin, une pause pourra être prise.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Votre participation à cette recherche vous donnera la possibilité de vous exprimer et de penser librement. Vous aurez ainsi la satisfaction d'avoir contribué aux apprentissages d'une étudiante de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION :

Il est considéré que cette recherche ne comporte pas d'inconvénient ou de risque.

ENGAGEMENTS ET MESURES VISANT À ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ ET L'ANONYMAT :

Le formulaire de consentement sera signé en deux copies ; une pour vous et l'autre pour la chercheuse. Seule la chercheuse aura accès aux verbatim complets et il n'y aura que des passages anonymes qui seront inclus dans le mémoire. La destruction de l'enregistrement de l'entrevue et du verbatim aura lieu à la fin de la compilation des données.

En aucune façon, votre identité ne sera dévoilée : votre nom sera changé pour un autre nom ou un code ; tous les éléments qui pourraient permettre à quiconque de vous reconnaître seront modifiés avant d'être intégrés dans le mémoire.

INDEMNITÉ COMPENSATOIRE : Aucune

COMMERCIALISATION DES RÉSULTATS ET/OU CONFLITS D'INTÉRÊTS : Aucun

DIFFUSION DES RÉSULTATS :

Les résultats de la recherche seront présentés dans le mémoire de la chercheuse.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ :

En acceptant de participer à cet exercice universitaire, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas la chercheuse (étudiante) de ses obligations légales et professionnelles à votre égard.

LA PARTICIPATION DANS UNE RECHERCHE EST VOLONTAIRE :

Nous vous demandons de signer ce formulaire de consentement afin de participer à cette recherche. Cependant, vous pouvez refuser de répondre à certaines questions, mettre fin à l'entrevue ou refuser que votre entrevue soit utilisée par la chercheuse en toute liberté.

Vous avez le droit de vous retirer en tout temps du processus, et ce, sans préjudice et sans justification de votre décision. Votre entrevue sera alors détruite, ainsi que toutes les données reliées à cette entrevue.

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au :

Madame Ina Motoi, Ph. D.

Professeure responsable de la maîtrise en travail social

Unité d'enseignement et de recherche en sciences du développement humain et social

Campus de Rouyn-Noranda

Ina.motoi@uqat.ca

Ou :

Sylvie L'Heureux

Professeure

Responsable de la formation pratique en psychoéducation

Unité d'enseignement et de recherche en sciences du développement humain et social

Campus de Rouyn-Noranda

sylvie.lheureux@uqat.ca

Consentement :

Je soussigné(e) accepte volontairement de participer à l'étude ayant pour sujet : les actions posées par les préposés aux bénéficiaires en CHSLD concernant l'agressivité et l'errance chez les résidents ayant un diagnostic de démence.

Nom du participant (lettres moulées)

Signature du participant

Date

Karine Labbé

Nom de la chercheuse

Signature

Date

Questions :

Si vous avez d'autres questions plus tard et tout au long de cette étude, vous pouvez rejoindre :

Karine Labbé

Adresse courriel : karine.labbe2@uqat.ca

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers

ANNEXE D

GRILLE D'ENTREVUE

Question de recherche : Quels sont les savoir-faire des PAB en CHSLD concernant l'agressivité et l'errance chez les résidents qui ont un ou des diagnostics de trouble(s) cognitif(s) ?

Grille d'entrevue

Thématique	Questions d'entrevue
Documenter les perceptions des PAB à l'égard de leurs pratiques en CHSLD et comprendre l'organisation de leur travail	<ul style="list-style-type: none"> – Comment se passe une journée type de travail en CHSLD ? – Que pensez-vous du métier de PAB ? – Depuis combien de temps êtes-vous PAB au CHSLD ? – Avez-vous reçu une ou des formation(s) en lien avec votre métier ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? – Travaillez-vous en équipe ? – Combien d'heures travaillez-vous par jour ?
Documenter le savoir-faire et la vision des PAB à propos de l'agressivité et de l'errance manifestés par les résidents	<ul style="list-style-type: none"> – Quel est le type de résidents avec lesquels vous travaillez ? – Combien de résidents avez-vous lors d'une journée de travail ? – Avez-vous des cas plus difficiles que d'autres ? Si oui, pouvez-vous en donner un exemple ? – À quoi ressemble l'errance vécue par les résidents ? – Pouvez-vous identifier des actions qui influent sur le comportement de ces résidents ? – Quelles sont les actions entreprises lors d'évènement d'errance et pourquoi ?

	<ul style="list-style-type: none"> – Pensez-vous qu'il y ait des éléments déclencheurs de l'errance ? Si oui, pouvez-vous en donner un exemple ou deux ? – Quels sont les effets de vos actions sur l'état d'errance ? – Qu'auriez-vous pu faire de différent ? <p>À quoi ressemble l'agressivité vécue par les résidents ?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pensez-vous qu'il y ait des éléments déclencheurs de l'agressivité ? Si oui, pouvez-vous en donner un exemple ou deux ? – Quels sont les effets de vos actions sur l'état d'agressivité ? Qu'auriez-vous pu faire de différent ?
Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> – Avez-vous d'autres choses à ajouter en lien avec l'entrevue que nous venons d'avoir ? – Je vous remercie d'avoir participé à cette entrevue. Si vous avez d'autres éléments à apporter, je vous invite à me joindre soit par courriel ou par téléphone. Les coordonnées nécessaires sont incluses dans le formulaire de consentement. Si vous avez besoin de me rencontrer de nouveau, il sera possible d'obtenir un second rendez-vous.

ANNEXE E

ÉCHÉANCIER

Échéancier (approximatif)

ÉVÈNEMENTS	DATES
Dépôt au comité scientifique de UER sciences du développement humain et social	14 août 2017 2 mai 2018
Dépôt au Comité éthique de l'UQAT	1 ^{er} août 2018
Recrutement des participants	7 septembre 2018 au 31 juillet 2019
Tenue des entrevues et rédaction des verbatim	30 septembre 2018 au 1 ^{er} novembre 2019
Analyse des données	1 ^{er} octobre 2018 au 30 décembre 2019
Rédaction	Janvier 2020 à décembre 2021
Dépôt final	Janvier 2022

RÉFÉRENCES

- Anadon, M. (2006). *La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents.* [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26\(1\)/manadon_ch.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26(1)/manadon_ch.pdf)
- Anchisi, A. et Gagnon, E. (2017). *Aides-soignantes et autres funambules du soin. Entre nécessités et arts de faire.* Laval : Presses de l'Université Laval.
- AQNP. (2020). *Démence vasculaire.* https://aqnp.ca/documentation/degeneratif/demence-vasculaire/?gclid=Cj0KCQiAzzs-BRCCARIsANotFgNC5gyzxWN54DQ_Mqsk2M8V4HSa3ndXzvDTAiNpbSM6bXASVAD0BUaAIV_EALw_wcB
- AQRP. (2014). *Les conditions de vie en CHSLD : un long chemin vers la dignité.* Mémoire de l'AQRP à l'occasion du mandat d'initiative sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD. http://www.aqrp.qc.ca/files/documents/fm/28/m-moire-aqrp-les-conditions-de-vie-en-chsld-janvier-2014_1.pdf
- Ardiet, G. (2018). *Les pratiques alternatives et complémentaires en Centre d'hébergement de soins de longue durée et le travail social.* https://chairevieillessement.uqam.ca/fichier/document/Ardiet_2018.pdf
- Assemblée nationale du Québec. (2013). *La commission de la santé et des services sociaux. Direction des travaux parlementaires. Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Mandat d'initiative.* http://www.aqesss.qc.ca/docs/dossiers/CHSLD/document_de_consultation_chsld_-_septembre_2013.pdf

- assemblée nationale du Québec. (2014). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux*. <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html>
- Aubry, F. (2012). L'innovation en milieu hypernormalisé. Le cas des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec. *Cahiers de recherche sociologique*, 53, 11-32.
- Aubry, F. et Couturier, Y. (Dir.). (2014a). *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes : entre domination et autonomie*. Presses de l'Université du Québec.
- Aubry, F. et Couturier, Y. (Dir.). (2014 b). Regard sur une formation destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec. Gestion de contradictions organisationnelles et souffrance éthique. *Travailler*, 31, 169-192.
- Aubry, F. et Feillou, I. (2019). *Une forme de gestion désincarnée de l'activité. L'exemple d'une formation en santé et sécurité du travail destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec*. <https://www.erudit.org/fr/revues/pistes/2019-v21-n1-pistes04972/1065869ar/>
- Baqué, P. (2016). *Alzheimer. Maladie politique*. <http://www.biblio.eureka.cc.proxy.cegepat.qc.ca/WebPages/Document/DocActionPrintSave.aspx?DocActionType=1&ContainerType=3&DocContentType=2>
- Béland, J.P. (2009). *La souffrance des soignants*. Presses de l'Université de Laval
- Benghozi, P. (2010). *La violence n'est pas l'agressivité : une perspective psychanalytique des liens*. <https://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2010-2-page-41.htm>
- Belzile, L., C. Pelletier et Beaulieu, M. (2014). *Les préposés aux bénéficiaires face aux problématiques de maltraitance dans les organisations de soins de longue durée*. Dans *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes : entre domination et autonomie*. (Aubry et Couturier (Dir). Presses de l'Université du Québec.
- Benoit, J. (2015). *La réforme Barrette : cap sur le privé en santé*. <https://www.erudit.org/en/journals/rel/1900-v1-n1-rel02269/79720ac.pdf>

- Bigaouette, M. (2004). Que fait-on de son temps en CHSLD ? *Objectif prévention*, 27 (3)
- Boivin-Desrochers, C. et Alderson, M. (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : Stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail , *Recherche en soins infirmiers*, 3 (118), 85 — 96.
- Boivin, J. (2014). *La souffrance des soignants. Rapport à la norme et à l'institution : enjeux psychiques et enjeux éthiques*. Dans Aubry et Couturier (Dir.) *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes, entre domination et autonomie*. Presses de l'Université du Québec.
- Bolduc, F. (2013). *Impacts de la réforme du réseau québécois de la santé et des services sociaux (2003) sur la représentation qu'ont les gestionnaires de leur travail*. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10344/Bolduc_Francois_2013_these.pdf?sequence=9
- Bourque M, Quesnel-Vallée A. (2014). *Intégrer les soins de santé et les services sociaux du Québec : la réforme Couillard de 2003*. file:///C:/Users/syste/Downloads/jadmin,+hros_02-02-01_bourque-quesnelvallee.pdf
- Bourque, M., Grenier, J., Quesnel, A., L., St-Louis, M.-P., Seery, A. et St-Germain, L (2019). *Transformation et perceptions d'acteurs : la réforme de la santé et des services sociaux de 2015*. Brochure synthèse du rapport de recherche déposé au Comité des usagers du CSSSS Lucille-Teasdale, du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal : Université du Québec en Outaouais
- Centre intégré de Santé et de Services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2019). *Formation rémunérée pour devenir PAB ou ASSS : avec nous, c'est possible !* <https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/tag/pab/>
- Centre intégré de Santé et de Services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. (2020). *Nous joindre*. <https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/nous-joindre/>
- Centre intégré de Santé et de Services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2010). *Organisation du travail et revalorisation des pratiques*. <http://www.csss->

[iugs.ca/c3s/data/files/Publications/RAPPORT%20FINAL%20PROJET%20OT%20-%20ANNEXE%2010%20-%20Cahier%20de%20formation.pdf](https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/infirmiers/documents-soins-infirmiers/guidepti-sm/constats-guides-cliniques/spcd)

: Centre intégré Universitaire de Santé et de Services sociaux de la Capitale-Nationale. (2020). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/infirmiers/documents-soins-infirmiers/guidepti-sm/constats-guides-cliniques/spcd> URL

Charazac, P., Josserand, S. A. et Talpin, J.M. (2016). *Le groupe en institution gériatrique*. Dunod.

Charpentier, M. (2007). *Vieillir en milieu d'hébergement : le regard des résidents*. Québec : Presses de l'Université du Québec

Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J. P., Grenier, A. et Olazabal, I. (Dir.). (2010). *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*. Presses de l'Université du Québec.

Charpentier, M., Guberman, N. et Souillères, M. (2010). *Vivre et vieillir en milieu d'hébergement*. Dans Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J. P., Grenier, A. et Olazabal, I. (Dir.). *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales* (p.315-328). Presses de l'Université du Québec

Coalition pour la santé mentale des personnes âgées. (2016). *La santé mentale et les soins de longue durée*. Récupéré de <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/09/CCSMH-LTC-FINAL-BOOK-FR-REV.pdf>

Combessie, J.C. (2007). *L'entretien semi-directif*. <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-page-24.htm>

Comité des résidents du CHSLD Pie XII. (5 décembre 2016). *Réunion du Comité des résidents tenue le lundi 5 décembre 2016 à 9 h 30 à la salle d'activités du 3^e étage*. Rouyn-Noranda, (Québec).

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2019). *L'exploitation des personnes âgées et handicapées au sens de la charte québécoise et la maltraitance selon la loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*.

https://www.cdpedj.qc.ca/storage/app/media/publications/avis_exploitation-maltraitance.pdf

Consortium national en formation de santé. (2020). *Atteintes neurocognitives*. <https://cnfs.ca/pathologies/atteintes-neurocognitives-dsm-v>

Couturier, Y., Aubry, F. et Gagnon, D. (2018). *La coordination de l'hôpital et de la communauté par les gestionnaires de cas dans le contexte de la nouvelle gestion publique*. Dans les services sociaux à l'ère managériale Grenier et Bourque (Dir.). Presses de l'Université Laval : Laval.

Darby, L. (2008). L'enjeu éthique de la demande d'hébergement pour la personne âgée. *Bulletin de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec*. 108, 7.

De Gaulejac, V. (2011). *Travail, les raisons de la colère*. Seuil.

Degnaers, G. (2012). *Le travail social auprès des personnes âgées*. Ash.

Deslauriers, J-P. (1991). *Recherche qualitative : Guide pratique*, McGraw-Hill.

Despreaux, T, Saint-Lary, O., Danzin, F. et Descatha, A. (2017). *Souffrance au travail : première consultation ?* <https://www.sciencedirect-com.proxy.cegepat.qc.ca/science/article/abs/pii/S1775878516306567>

Dictionnaire de l'Académie française. (2019). *Déshumaniser*. <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9D1885>

Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *La formation des préposés de résidence pour personnes âgées. Une approche centrée sur la personne âgée vivant en résidence pour des services de qualité donnés par des préposés qualifiés et habilités à utiliser les meilleures pratiques : Rapport du groupe de travail*. <http://www.aqq-quebec.org/docs/Formation%20des%20pr%C3%A9pos%C3%A9s%20en%20r%C3%A9sidence.pdf>

Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la loi sur les services de santé et les services sociaux contention, isolement et substances chimiques*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-812-02.pdf>

Ducharme, F. (2006). *Famille et soins aux personnes âgées ; enjeux, défis et stratégies*. Éditions Beauchemin.

Fédération des infirmiers et des infirmières du Québec. (2020). *Chronique d'une hécatombe annoncée Enquête sur la gestion de la crise de la COVID-19 dans les CHSLD*. http://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2020/10/Memoire_FIQ-FIQP_-_Enquete_sur_la_gestion_de_la_crise_de_la_COVID-19_dans_les_CHSLD.pdf?download=1

Fédération de la santé et des services sociaux. (2020). *Personnel para technique*. <http://www.fsss.qc.ca/membres/personnel-paratechnique-services-auxiliaires-metiers/#presentation>

Fédération de la santé et des services sociaux. (2020). *La FSSS-CSN dans le secteur para technique, les services auxiliaires et métiers*. <http://www.fsss.qc.ca/membres/personnel-paratechnique-services-auxiliaires-metiers/#presentation>

Feillou I., Bellemare M., Viau-Guay A., Desrosiers J., Trudel L. (2014). *L'approche relationnelle de soins : qu'en pensent les soignants*. Récupéré de <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-857.pdf?v=2022-01-09>

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. (2016). *Projet collaboratif sur la réduction des antipsychotiques*. <http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/reducing-antipsychotic-medication-use-collaborative>

- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. (2016). *Résultats*. <http://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/reducing-antipsychotic-medication-use-collaborative/results>
- Gagnon, E., Clément, M., Raizenne, E. (2009). *Évaluation de l'équipe de soutien en hébergement du Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord*. file:///C:/Users/systeme/Downloads/Evaluation_de_l_equipe_de_soutien_en_heb.pdf
- Gagnon E., Tremblay-Paradis O., Aubry F. (2020). *Les CHSLD en question*. Synthèse du Colloque tenu à l'Université Laval le 4 novembre 2019. Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval
- Gélinas, Jacques. (2003). *Le virage à droite des élites politiques québécoises*. Montréal : Écosociété.
- Gineste, Y. et Marescotti, R. (2010). *Intérêt de la philosophie de l'humanité dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer*. <http://www.em-premium.com.proxy.cegepat.qc.ca/showarticlefile/268242/index.pdf>
- Gouvernement du Canada. (2013). *Les produits contenant de la rispéridone ou de la palipéridone — syndrome de l'iris hypotonique peropératoire (SIHP) — Pour les professionnels de la santé*. <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2013/36719a-fra.php>
- Gouvernement du Canada. (2015). *Rispéridone. Restriction de l'indication relative à la démence*. <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2015/43797a-fra.php>
- Gouvernement du Canada. (2016). *Site Web de la législation : Loi constitutionnelle de 1982*. <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/page-15.html>
- gouvernement du Québec. (2021). *Maltraitance envers les aînés*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/maltraitance-aines/>

- Gouvernement du Québec. (2020). *Préposé aux bénéficiaires*. <http://avenirensante.gouv.qc.ca/carrieres/prepose-aux-beneficiaires>
- Graham, N. et Warmer, J. (2012). *Comprendre la maladie d'Alzheimer et la démence*. Médecine familiale. Publications Modus Vivendi.
- Grenier, J. et Bourque, M. (2019). Conclusion. Dans Grenier J. et Bourque, M. (Dir.) *Les services sociaux à l'ère managériale* (p.275-286). Presses de l'Université Laval.
- Guberman, N. et Lavoie, J-P. (2010). Pas de superhéros : Des réalités et expériences des proches aidants. Dans Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J. P., Grenier, A. et Olazabal, I. (Dir.). (p. 281-302). Presses de l'Université du Québec.
- Gupta, M., Rivest, J., Leclair, S., Blouin, S. et Chammas, M. (2017). *Exploration de la souffrance psychique dans le cadre d'une demande d'aide médicale à mourir*. <http://www.cmq.org/pdf/outils-fin-de-vie/exploration-souffrance-psychique.pdf>
- Hétu, C. (2019). *Les défis contemporains de la représentation collective des gestionnaires du système de santé et de services sociaux du Québec*. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/37557/1/35509.pdf>
- Hirsh, E. et Ollivet, C. (Dir.). (2007). *Repenser ensemble la maladie d'Alzheimer, éthique, soin et société*. Cedex.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2012). *Étude sur l'usage des antipsychotiques. Volet III : Personnes âgées de 25 ans ou plus, principalement celles de 65 ans ou plus avec un diagnostic de démence*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/ETMIS2012_Vol8_No11.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020). *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée. État des pratiques* rédigé par Isabelle David et Marie-Hélène Raymond. INESSS.

- Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2015). *Réponse d'experts : Pourquoi la maladie d'Alzheimer est-elle classée avec les maladies mentales ?* http://www.douglas.qc.ca/expert_advices?id=304
- Labra, O., Castro, C., Wright, R et Chamblas, I. (2019). Thematic Analysis in Social Work: A Case Study. In Nikku, K. (Dir.), *Social Work Education; Cutting Edge Issues and Critical Reflections* (1–20). IntechOpen. <https://www.intechopen.com/books/global-social-work-cutting-edge-issues-and-critical-reflections/thematic-analysis-in-social-work-a-case-study>
- Labra, O., et Castro, C. (2021). *L'intervention en petits groupes dans le domaine du travail social : guide d'activités*. Presses de l'Université du Québec.
- La Presse. Hélène Marchand (29 septembre 2020). *La démission est une arme efficace*. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2020-09-29/gestion-des-chsld/la-demission-est-une-arme-efficace.php>
- Larivière, C. (2018). *La loi 10 : une restructuration sous l'emprise du ministre Barrette et préparée par la réforme Couillard*. Dans Grenier et Bourque (Dir.). *Les services sociaux à l'ère managériale* (p.35-58). Presses de l'Université Laval.
- Larivière, C. (2010). *L'impact de la restructuration du réseau SSS sur la pratique professionnelle*. <https://www.otstcfq.org/docs/default-document-library/rapport-larivi%C3%A8re-4-final.pdf?sfvrsn=0>
- Lartigau, J. (2018). *Comment évaluer et mesurer la souffrance des personnels soignants ?* <https://www.cairn.info/souffrance%20des%20soignants--9782100774920-page-89.htm>
- Lavoie, J-P. et Guberman, N. (2010). *Les politiques québécoises à l'égard des personnes âgées avec des incapacités : Combattre ou gérer l'exclusion ?* Dans Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J. P., Grenier, A. et Olazabal, I. (Dir.). *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales* (p.413-430). Presses de l'Université du Québec
- Leibing, A. (2010a). *L'incertitude reliée aux médicaments reliés à la maladie d'Alzheimer : l'importance du contexte social*. Presses de l'Université du Québec

- Leibing, A. (2010b). Les attitudes reliées aux médicaments pour la maladie d'Alzheimer. Dans Charpentier *et al.* (Dir.). *Vieillir au pluriel Perspectives sociales* (p.201-222). Presses de l'Université du Québec
- Le Boterf, G. (2008). *Repenser la compétence, dépasser les idées reçues : 15 propositions*. Eyrolles. Cedex
- Le Devoir. (2020). *La pire réforme de la santé*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/572542/la-pire-reforme-de-la-sante>
- Le Journal de Montréal. (19 février 2021). *Départs massifs des nouveaux PAB : l'iniquité salariale au cœur des tensions*. <https://www.journaldemontreal.com/2021/02/19/departs-massifs-des-nouveaux-pab-liniquite-salariale-au-cur-des-tensions-1>
- Le Journal de Montréal. (5 février 2015). *Projet de loi 10 dans le réseau de la Santé : la réforme « bulldozer » de Barrette adoptée vendredi*. <https://www.journaldemontreal.com/2015/02/05/une-reforme-bulldozer>
- Lemitre, S. (2017). *Introduction. Agressivité et violence*. <https://www.cairn.info/violences-ordinaires-et-hors-normes--9782100765478-page-1.htm?contenu=resume>
- Letellier D. (2010). *Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence. Trois décennies de coconstruction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux*, Christian Jetté (2008). <https://www.erudit.org/en/journals/es/1900-v1-n1-es3871/044116ar/abstract/>
- L'Heureux, S. (2016). *L'approche auprès des personnes. Cahier du participant*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
- Maille, C. (2019). *La théorie de la reconnaissance d'Axel Honneth*. <https://chmpsy.com/2019/07/22/la-theorie-de-la-reconnaissance-daxel-honneth/>

Maison Carpe Diem. (2017). *Centre de ressources Alzheimer*.
<https://alzheimercarpediem.com/>

Manitoba Association of Personal Care Home Social Workers. (2021). *Le travail social dans les établissements de soins de longue durée*. <https://www.casw-acts.ca/fr/le-travail-social-dans-les-%C3%A9tablissements-de-soins-de-longue-dur%C3%A9e>

Maslow, A. (1943) A Theory of Human Motivation. Dans *Psychological Review*, 50, 370-396.

Mayer, R., F. Ouellet, M-C. Saint-Jacques et D. Turcotte (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Québec. Éditeur Gaëtan Morin.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Alzheimer et autres troubles cognitifs majeurs : Orientations ministérielles*.
<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-chroniques/alzheimer-et-autres-troubles-neurocognitifs-majeurs/>

ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Des soins et des services qui répondent aux besoins des résidents*.
https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.msss.gouv.qc.ca%2Fprofessionnels%2Fdocuments%2Fforum-chsld%2FPresentation_Philippe_Voyer.pptx

ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Rapport statistique annuel 2019-2020*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/statistiques/rapports-stats-annuels/AS-478/2019-2020/AS-478-2019-2020-11045226.pdf>

ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1998). *Politique de la santé et du mieux-être*.
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1992/92_713.pdf

ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Réduction des antipsychotiques en centre d'hébergement et de soins de longue durée — la ministre Marguerite Blais annonce*

des résultats positifs pour la phase 1 du projet OPUS — AP et la poursuite de la démarche. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-1731/>

ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (1996). *LégisQuébec : Loi sur l'assurance médicaments.* <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/A-29.01>

Ngatcha-Ribert, L. (2012). *Alzheimer : la construction sociale d'une maladie.* Dunod.

Nour, K., Dallaire, B., Regenstreif, A., Hébert, M. et Moscovitz, N. (2010). *Santé mentale et vieillissement : problèmes, répercussions et services.* Dans Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J. P., Grenier, A. et Olazabal, I. (Dir.). *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales* (p. 135-160). Presses de l'Université du Québec.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2016). *Expertises professionnelles adaptées aux personnes hébergées en CHSLD.* <http://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf>

Paillé, P. et Muchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-page-231.htm>

Raizenne, E. (2014). *Les conflits entre la clientèle hébergée en CHSLD et le personnel soignant.* Dans Aubry et Couturier (Dir.) *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes, entre domination et autonomie.* Presses de l'Université du Québec.

Racine, G. (2000). *La construction de savoirs d'expérience chez des intervenantes d'organismes communautaires pour femmes sans-abri : un processus participatif, collectif et non planifié.* <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2000-v13-n1-nps229/000006ar/>

Radio-Canada. (17 septembre 2017). *Difficile de recruter des préposés aux bénéficiaires en Abitibi-Témiscamingue.* <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1057288/difficile-de-recruter-des-preposes-aux-beneficiaires-en-abitibi-temiscamingue>

- Radio-Canada. (5 décembre 2019). *Une enquête publique réclamée sur la « méthode Toyota » en santé.* <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1418765/gestion-type-lean-lettre-ouverte-recifs-approche-industrielle>
- Radio-Canada. (28 février 2018). *Un premier village reconstitué pour les personnes souffrant d'Alzheimer.* <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1086405/demence-centre-soins-hogewey-hogeweyk-pays-bas-village-alzheimer>
- Récifs. (2018). *La porte de sortie ? Rapport de sondage portant sur les conditions de pratique en intervention/travail social(e) québécois(e).* https://lerecifs.org/wp-content/uploads/2018/05/La_porte_de_sortie-bilan_de_sondage.pdf
- Richard, S. (2018). *Réflexions autour des responsabilités des travailleurs sociaux à l'égard de la société.* Dans Grenier, J. et Bourque, M. (Dir.). *Les services sociaux à l'ère managériale* (p.219-246). Presses de l'Université Laval.
- Riendeau, Y. (2006). *La qualité des soins offerts aux personnes âgées en CHSLD : L'opinion des préposé(e)s aux bénéficiaires.* Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Montréal.
- Royer, C. (2017). *Visite dans l'arrière-scène de la recherche qualitative.* 36, (1) <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>
- St-Onge, C-C. (2013). *Tous fous ? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie.* Éditions Écosociété
- Société Alzheimer Canada. (2015). *En quoi consistent l'Alzheimer et maladies apparentées ?* <http://www.alzheimer.ca/fr/About-dementia/What-is-dementia>
- Société Alzheimer Canada. (2021). *Les médicaments approuvés pour traiter la maladie d'Alzheimer.* <https://alzheimer.ca/fr/au-sujet-des-troubles-neurocognitifs/comment-traiter-les-troubles-neurocognitifs/les-medicaments>
- Tremblay, G. (2017). *Enquête sur la souffrance au travail chez les préposées aux bénéficiaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.* <https://archipel.uqam.ca/9819/1/M14977.pdf>

- Trudel, L., Simard, C. et Vonarx, N. (2007). *La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ?* http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/trudel.pdf
- Turcotte, D. (1991). *Compte rendu de [Recherche qualitative, guide pratique, par Jean-Pierre Deslauriers]*. <https://doi.org/10.7202/706532a>
- Turgeon, J., Jacob, R. et Denis, J.-I. (2011). Québec : Cinquante ans d'évolution au prisme des réformes. *Presses de Sciences Po, les tribunes de la santé*. (30). 57-85.
- Vérificateur général du Québec. (2014). *Présentation du Vérificateur général du Québec à l'intention des membres de la Commission de la santé et des services sociaux ; conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_80701&process=Original&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz
- Vézina, J., Cappeliez, P. et Landreville, P. (2013). *Psychologie gérontologique*. Gaëtan Morin.
- Voyer, P. (2009). *Gestion optimale des SCPD. Aide-mémoire à la prise de décision. Regroupement des médecins œuvrant en gériatrie dans la région 3*.
- Voyer, P. et al. (2016). *Pénurie de soins ou pénurie d'infirmières ?* <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no03/13-organisation.pdf>
- Yegidis, B. L. et Weinbach, R. W. (2006). *Design definitions and general characteristics. Research methods for social workers*, 109–137.
- Wilhelm, M. (2014). *Rapport de méthodes : Échantillonnage boule de neige : La méthode de sondage déterminé par les répondants*. <file:///C:/Users/syste/Downloads/338-0071.pdf>
- Whitehouse, P.J. et George, D. (2009). *Le mythe de la maladie d'Alzheimer, ce qu'on ne vous dit pas sur ce diagnostic tant redouté*. (A-C. Juillerat Van Der Linden. et M. Van der Linden. Trad.). Solal.