



Abstract

La plupart des personnes âgées dépendent du personnel des centres d'hébergement pour leurs activités de base. Notre recherche a porté sur le phénomène des abus et de la négligence dont le risque aurait été récemment perçu dans la tâche dévolue des préposés aux soins. Cette étude phénoménologique qui a permis d'interroger des membres du personnel administratif, des infirmières licenciées autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées et des préposés aux soins visait à comprendre quel était le meilleur cadre d'accueil pour la personne âgée en centre d'hébergement. Les résultats obtenus mettent en cause l'organisation du travail sous le mode hiérarchique et propose d'établir un contexte de collaboration interprofessionnelle. L'exigence d'une formation et d'une professionnalisation du travail des préposés aux soins est aussi avancée pour éviter toutes formes d'abus et de maltraitance potentiels.

Mots clés abus, approche collaborative interprofessionnelle, maltraitance, organisation des soins, personnes âgées, préposés aux soins

Une approche collaborative interprofessionnelle pour réduire les cas d'abus ou de négligence (maltraitance) en centre d'hébergement pour personnes âgées : l'exigence d'une formation et professionnalisation du travail des préposés aux soins

MONIQUE BENOIT, ANNE MARISE LAVOIE, & JEAN DRAGON

Introduction

Avec le vieillissement de la population, les centres d'hébergement pour personnes âgées sont devenus des établissements essentiels qui accueillent ces personnes qui, à cause de l'âge, sont devenues incapables de répondre à

leurs besoins de base en raison d'incapacités physiques ou cognitives sévères.[1] Ces personnes en perte d'autonomie ne peuvent plus bénéficier des services offerts en maison de retraite ou des programmes de services sociaux et de soins à domicile. C'est à la suite d'une évaluation précise de leur état de santé et des déficits physiques, cognitifs et sociaux que ces personnes âgées en viennent à demander l'admission en centre d'hébergement afin d'obtenir des soins de longue durée.

L'âge moyen des résidents en centres d'hébergement pour personnes âgées au Canada est d'environ 85 ans et bon nombre de ces personnes souffrent de multiples affections, dont notamment, des maladies chroniques liées à des problèmes de mobilité, de mémoire et d'incontinence. La plupart des personnes hébergées dépendent entièrement du personnel des centres d'hébergement pour les activités de base de la vie quotidienne telles que se toiletter, se nourrir etc. Ces personnes sont parmi les plus vulnérables de la société aussi leur prise en charge par le personnel infirmier s'avère essentiel au maintien de leur santé, leur qualité de

vie, leur autonomie et leur bien-être. Aussi, les soins qui leur sont dispensés font l'objet d'une surveillance accrue dans les centres d'hébergement.

En effet, si les cas d'abus et de négligence dont les médias font état ces dernières années sont, somme toute assez rares, l'importance de rendre compte des performances de ce secteur névralgique du système de santé est une préoccupation constante autant de la part des dirigeants et des intervenants qui oeuvrent en centres d'hébergement. Une récente étude de l'Institut canadien d'information sur la santé ICIS[2] identifiait huit indicateurs pour décrire la performance des services offerts en centre d'hébergement. Il s'agit de la condition physique des résidents (déplacements et incontinence), leur qualité de vie (dépression, comportement et douleur) et leur sécurité (chutes, utilisation d'antipsychotiques et ulcères de décubitus). Cette étude révélait aussi d'importantes variations en matière de performance d'un centre à l'autre au Canada. Par exemple, l'étude montrait que :

le pourcentage de résidents qui avaient reçu un antipsychotique sans diagnostic associé variait de 18 % à 50 %; alors que, le pourcentage de résidents dont les symptômes de dépression s'étaient détériorés variait de 3 % à 40 %; le pourcentage de résidents dont la douleur s'était intensifiée variait de 3 % à 32 %; et enfin, le pourcentage de résidents qui avaient fait une chute variait de 5 % à 24 %.[2 p.vi]

Si, les variations entre les organisations révèlent des problèmes de qualité potentiellement graves dans certains établissements, l'étude reste silencieuse quant à la façon dont sont dispensés les soins et s'avère encore plus imprécise quant à la façon d'améliorer l'offre de soins. Le présent texte vise à poursuivre cette démarche d'évaluation de la performance du système de santé entreprise par l'ICIS, mais cette fois en interrogeant l'organisation du travail au sein des équipes de soins en centre d'hébergement. L'analyse a porté sur le phénomène des abus et sur la négligence dont le risque aurait été récemment perçu dans la tâche dévolue des préposés aux soins; ceci afin d'y proposer un meilleur encadrement et une implication plus soutenue dans un contexte de collaboration interprofessionnelle (CIP). Elle fait appel à une démarche collaborative permettant de mettre en relief la tâche dévolue à chacun, incluant le travail du préposé aux soins, qui possède actuellement davantage un rôle d'exécutant auprès des résidents. En effet, bien que ce soit lui qui s'avère le plus intensément impliqué dans la vie quotidienne des résidents; il est, paradoxalement, le moins impliqué dans les décisions et le suivi relativement au plan de soin. Cette situation risque d'entraîner des situations d'abus et de négligence à l'égard des résidents.

1. Cadre conceptuel: maltraitance, abus et négligence

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la maltraitance des personnes âgées comme :

(...) un acte unique ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime.[3]

La maltraitance s'affiche sous diverses formes de violences que ce soit physique, psychologique, moral, sexuel ou financier. Elle s'exprime généralement dans l'espace privé et par des proches, ou encore par «les fournisseurs de soins (qui) peuvent être des membres de la famille ou toute personne qui fournit des soins chez la personne âgée ou dans un foyer de soins ».[4] Lorsqu'elle s'affiche au grand jour, elle peut devenir un important problème de santé publique, ou à tout le moins un problème de société. Elle s'accompagne alors d'abus ou de négligences qui relèvent «d'actes ou de comportements (...) qui nuisent au bien-être ou à la sécurité d'une personne âgée. Ces comportements se manifestent sous diverses formes soit à travers l'exploitation financière, l'abus émotionnel, l'agression physique et la négligence.

C'est ainsi que les médias de masse soulignent depuis quelques années que la maltraitance, composée d'abus et de négligence envers les personnes aînées, aurait pris des proportions insoupçonnées et inégalées particulièrement avec le vieillissement des populations en Occident. Ce qui étonne dans l'intervention journalistique c'est qu'elle met l'emphase sur des cas qui suscitent l'insatisfaction face aux soins dispensés en centre d'hébergement:

Convaincue que son mari était victime de négligence au Centre d'hébergement Champlain des Pommeters, à Beloeil (au Québec), Jacqueline Rioux a caché une caméra dans sa chambre. Les images qu'elle a recueillies l'ont profondément choquée. Sur les extraits de la vidéo remise aux journalistes, une employée de ce Centre d'hébergement privé s'adressait au patient en ces termes : Tombe, tombe, fais-toi mal, tu vas aller à l'hôpital, chu tannée'. L'homme de 68 ans, visiblement désorienté, est atteint à la fois de la maladie de Parkinson et de démence à corps de Lewy, ce qui cause des problèmes cognitifs, des tremblements et des problèmes d'équilibre qui le mettent à risque de tomber souvent.[5]

Cette situation d'abus émotionnel et de négligence se serait aussi produite ailleurs qu'au Québec. Ainsi en Ontario, le ministère ontarien de la Santé et la police auraient enquêté, après que le fils d'une résidente d'une maison d'hébergement pour personnes âgées de Peterborough (en Ontario) eut mis au jour ce qui apparaît être des actes intolérables, d'agression

physique et d'abus émotionnel commis à son endroit par certains préposés.

Camil Parent a filmé avec une caméra cachée ce qui se passait dans la chambre de sa mère, atteinte d'Alzheimer. Ce qu'il a découvert l'a dégoûté. Il a notamment surpris une préposée en train de secouer la dame de 85 ans avant de la menacer et de lui passer une serviette souillée tout près du visage... [6]

Le relogement en centre d'hébergement serait-il devenu une entreprise risquée? Les familles craignant la maltraitance hésiteront-elles de plus en plus à reloger leur proche dans un centre d'hébergement offrant des soins de longue durée? Si le relogement en centre d'hébergement bouleverse intensément la vie des personnes âgées et celle de leur famille [7], les craintes largement médiatisées de maltraitances ajoutent à ce ressentiment. Si la situation apparaît alarmante, c'est parce que la presse ne parvient pas à expliquer le contexte social et institutionnel qui découlent de ces cas dits de négligence et de maltraitance.

Le fournisseur de soins est sujet au stress lorsqu'il n'a pas reçu la formation nécessaire pour fournir des soins et ne reçoit pas, ou presque pas, de soutien personnel. Il se peut que le fournisseur de soins ne comprenne pas les effets qu'ont la maladie ou les médicaments sur la personne âgée. Dans les foyers de soins, les agresseurs sont souvent des employés frustrés qui ne sont pas en mesure de faire leur travail correctement. Les employés deviennent frustrés en raison d'une formation inadéquate ou d'un surplus de travail. Il peut y avoir des vols et des agressions dans les établissements, mais la plupart des abus prennent la forme de négligence, de mauvais soins ou d'un manque de respect envers les résidents.[4 p4]

Le malaise perçu dans les services publics, à pouvoir répondre de manière satisfaisante au problème relevant de la dignité humaine sous-jacente à la réalité de ces personnes en centre d'hébergement pour personnes âgées, est manifeste. À y regarder de plus près, si les études permettent de soulever le caractère problématique de l'organisation du travail, relativement à la lourdeur de la tâche du personnel infirmier autant que des préposés aux soins et à la limite des ressources humaines en centre d'hébergement; toutefois, peu d'analyses de la situation montrent l'influence du manque de formation des préposés aux soins. Ceci étant, le vieillissement de la population sollicite davantage, voir plus que jamais, les services de personnes pouvant offrir des soins de base à une population vulnérable, comme celle des personnes âgées.

Les préposés aux bénéficiaires sont proportionnellement beaucoup plus demandés dans les Centres hospitaliers de soins de longue durée CHSLD (équivalent du Centre d'hébergement) et les résidences privées pour personnes âgées que dans les

hôpitaux.

D'autant plus que:

Comme les CHSLD accordent la priorité aux patients les moins autonomes, les cas traités sont de plus en plus lourds et exigent de plus en plus d'interventions. Reflet de ce phénomène, le nombre de préposés aux bénéficiaires dans le réseau d'établissements socio-sanitaires du Québec a augmenté de plus de 55 % entre 1998 et 2011, tandis que le nombre de lits diminuait de plus de 5 % dans les CHSLD et demeurait assez stable dans les hôpitaux de soins généraux et spécialisés, selon les données du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.[8]

En outre, avec le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie, les besoins de ces résidents tendent également à s'alourdir. Compte tenu des priorités gouvernementales en matière de santé, du vieillissement de la population et de l'alourdissement de la condition des résidents, le nombre d'aides-infirmiers, d'aides-soignants et de préposés aux soins devrait augmenter fortement au cours des prochaines années.

2. Objectif de cette étude

Cette étude a permis de décrire et d'analyser l'expérience des dirigeants et des employés au cours de la relocalisation des personnes âgées qui arrivent en centre d'hébergement. Les intervenants d'institutions faisant actuellement l'objet de plaintes criminelles de mauvais traitements à l'égard de personnes âgées n'ont pas été interrogés. Des membres de d'autres organisations ont été interrogés dans le but de saisir, dans l'organisation des soins, les manquements ou risques potentiels inhérents au travail en centre d'hébergement offrant des soins de longue durée pour personnes âgées. Le travail des préposés aux soins et les limites imposées dans l'accomplissement de leurs tâches, comme facteurs de risque potentiel menant à des situations de maltraitance/négligence dans le contexte du relogement en centre d'hébergement ont été identifiés.

La principale question de recherche visait à comprendre quel pouvait être le meilleur cadre d'accueil pour la relocalisation des personnes âgées en centre d'hébergement. Afin de répondre à cette question, des professionnels de la santé qui travaillent dans ces centres d'hébergement ont été interviewés. Les questions visaient à mieux connaître l'organisation des tâches dévolues à chacun dans ce contexte très précis du relogement des personnes âgées en centre d'hébergement.

Il fallait savoir comment les gens travaillent ensemble dans les centres d'hébergement et quelles étaient les manifestations

de négligence potentielle vécues par des résidents qui y habitaient depuis peu. La démonstration de combien le travail en collaboration pouvait permettre une certaine vigilance à l'égard des dérapages possibles en matière de maltraitance /négligence allait être utile. Cette recherche visait enfin à évaluer comment un cadre de CIP pouvait faciliter l'hébergement de ces personnes que le personnel devait prendre soin.

3. Approche méthodologique

Cette recherche de type qualitative s'accompagnait d'une approche phénoménologique utilisée pour étudier l'expérience de seize (16) participants. Le groupe des participants était composé de : quatre (4) membres du personnel administratif; quatre (4) infirmières licenciées autorisées; quatre (4) infirmières auxiliaires autorisées; et, quatre (4) préposés aux soins.

Le phénomène du relogement en centre d'hébergement a été étudié à l'aide d'entrevues semi-structurées menées auprès du personnel dans un centre d'hébergement type de l'Ontario au Canada. Pour les besoins du présent texte, la réponse des participants a été évaluée autour d'une seule question du guide d'entrevue. Celle-ci visait à faire *décrire l'expérience de l'admission d'une personne âgée en centre d'hébergement*.

Les données recueillies auprès des participants ont été analysées en suivant la séquence des six étapes proposées par Colaizzi.[9] Celle-ci consiste à écouter attentivement chacune des entrevues, lire chaque verbatim et en saisir l'impression; puis, il faut parvenir à dégager des entrevues les énoncés significatifs et les relier aux thématiques de l'étude; ensuite l'analyse de la signification des énoncés est faite afin de tenter de les reformuler clairement; ceci mène à regrouper les unités de signification en thèmes plus globaux ou en tendances générales; cette démarche a permis ensuite de rassembler les résultats de l'analyse et de tenter une description exhaustive du phénomène étudié qui finalement valide la description exhaustive obtenue auprès des répondants.

4. Les résultats

Les résultats ont été colligés à partir d'une question principale relative à la *l'expérience vécue par la personne âgée lors de son admission en centre d'hébergement*. Les résultats sont présentés pour chacun des groupes interrogés et ces témoignages sont rassemblés en vue de mettre en relief la diversité des points de vue avancés par l'ensemble

des répondants composé par: des membres du personnel administratif des infirmières qui s'occupent de l'admission des résidents ; des infirmières licenciées autorisées qui ont pour tâche de s'occuper de l'accueil des résidents et de la planification des soins qui leur sont destinés ; des infirmières auxiliaires autorisées s'occupent quant à elles de l'administration des médicaments ; alors que, les préposés aux soins sont sous la responsabilité de l'infirmière licenciée autorisée. L'organisation du travail se fait sous le mode hiérarchique. Voici donc le détail des témoignages recueillis et analysés.

4.1 Les membres du personnel administratif

Pour les membres du personnel administratif (4) le contact avec les clients se limite à des questions financières ou administratives relevant du paiement de l'hébergement [10] comme en fait foi les passages d'entrevues répondant à la question visant à décrire l'admission d'une personne âgée en centre d'hébergement.

Ce sont les infirmières qui s'occupent de l'admission. Elles n'ont pas d'autres contacts que la première rencontre du début (adm. 1).

Le client lors du relogement est généralement stressé. La question financière est souvent assumée par la famille. Le processus du relogement est stressant au plan financier. Ils sont très découragés (adm.2).

La plupart des familles appellent et ont besoin d'aide. Ce sont surtout des contacts téléphoniques qu'ils ont avec nous (adm.3).

C'est un gros changement pour la personne âgée que de se retrouver en centre d'hébergement. Quand ils n'ont pas d'argent, ce sont les enfants qui assument les frais de subsistance (adm.4).

Les administrateurs ne s'occupent pas du plan de soin et donc des besoins futurs du résident. Ce passage à l'administration est la cause d'un grand stress pour les résidents selon ces répondantes. En effet, trois des témoignages mettent l'emphase sur la question financière de l'hébergement ; faisant en sorte que ce sont les enfants qui assument financièrement le nouveau résident. Cette situation est une inversion par rapport à l'ordre habituelle du cadre familial où ce sont généralement les parents qui se trouve être les pourvoyeurs des enfants.

4.2 Les infirmières licenciées autorisées (4)

L'infirmière licenciée autorisée est l'instance décisionnelle hiérarchique dans le plan de soins infirmiers. Ces infirmières accueillent les résidents et supervisent également les tâches générales associées aux soins.

Mon premier objectif est de faire en sorte qu'ils se sentent détendus. Je plaisante avec eux et leur montre leur chambre, le centre d'hébergement et je réponds à leurs questions. Ils doivent également remplir un formulaire sur les effets personnels qu'ils souhaitent apporter avec eux (I.L.A.1).

Il y a beaucoup de formalités qui nécessitent des informations de la part du patient. J'obtiens généralement ces réponses des patients ou de leur famille, si le patient n'est pas en état de répondre. Je dois être informée de leurs besoins (I.L.A.2).

Je fais de mon mieux pour que la chambre reste aussi proche que possible de leur ancienne maison. Ils ont toujours le droit de communiquer avec leur famille. Il est important de ne pas couper les relations qu'ils avaient avant. J'essaie d'établir une relation avec le patient. Je décris les services auxquels ils ont droit. Je présente les activités du Centre d'hébergement (jardinage, nourriture, sorties...) (I.L.A.3).

S'il y a des gens (travailleurs, résidents) à proximité, je profite de l'occasion pour leur présenter. Je dois être informée des allergies, médicaments, etc. J'essaie d'accueillir le client autant que possible. Habituellement, les gens seront adaptés et auront une routine après quelques mois. Ils n'ont pas besoin de médicaments. Mais une personne a pris plus d'un an parce qu'elle essayait de rentrer à la maison. Elle a fini par s'adapter. La famille doit comprendre que nous sommes du côté du patient. Les patients ont des droits qui doivent être respectés. Ce n'est pas la famille, mais elle que l'on aide. Les médicaments devraient idéalement être pris à la maison, mais ce sont les infirmières auxiliaires qui s'en occupent. Les médicaments, il y en a toujours trop (I.L.A.4). Parfois, ce n'est pas nécessaire (I.L.A.4).

Il y a trop de prescriptions de pilules (I.L.A.3).

Parfois, ce serait préférable d'avoir une aide psychologique, mais le personnel n'a pas le temps. Une autre chose, il y a trop de paperasserie et nous n'avons pas assez de temps pour les patients (I.L.A.4).

En tant que «leader», l'infirmière licenciée autorisée devrait fournir un soutien de type collaboratif et interprofessionnel centrée sur les résidents. Cela donnerait la possibilité, dans un tel cadre, de traiter de manière plus adéquate et dans un esprit de collaboration, les résidents les plus éprouvés par les difficultés d'adaptation. Aussi, l'accès aux médicaments ne doit pas laisser penser qu'on y recoure par manque de ressources chroniques même si, dans certain cas, cela peut arriver.

4.3 Les infirmières auxiliaires autorisées (4)

Les infirmières auxiliaires autorisées se trouvent assujetties à un rôle de livraison des médicaments.

Vous êtes responsable de l'administration des

médicaments (I.A.A.1).

Parfois, je remarque que les patients présentent des signes de dépression et devraient avoir des médicaments contre la dépression. Peu à peu, ils s'habituent à leur nouvel environnement et alors les médicaments et leur alimentation devraient également être ajustés (I.A.A.2).

Si les personnes ne prennent pas leurs médicaments, elles se trouvent à avoir du mal à faire leurs activités. Les médicaments provoquent une réaction chez les personnes âgées (I.A.A.3).

Ils savent qu'ils n'ont pas le choix de prendre ces médicaments. Avec le temps l'adaptation au milieu se fait progressivement. Il arrive que les pensionnaires se cachent dans leur chambre pour ne pas prendre leurs médicaments. Ils pensent que parce que nous ne voyons pas ils pourront échapper à la médication. Pour ceux qui sont déprimés, les médicaments ne fonctionnent pas parce que la dépression est causée par le déplacement, la perte d'autonomie et la dépendance. Nous devons résoudre ce problème autrement (I.A.A.4).

Ici, nous n'avons pas de problème avec les familles parce que c'est l'infirmière qui prend soin d'eux. J'ai juste le temps de m'asseoir dans le bureau pour prendre un café et distribuer les médicaments. Je préférerais avant parce que nous traitons mieux les patients avec plus de temps par patient. Avec la relocalisation, le niveau d'anxiété augmente. Il est rapporté chez le médecin, puis s'aggrave. Il arrive souvent que nous donnions des médicaments pour gérer l'anxiété (I.A.A.3)

La surreprésentation de la dépression, ou de l'anxiété dans le cadre d'une relocalisation doit être prise en compte par l'infirmière qui doit agir pour éviter le recours excessif aux médicaments. Car, il faut rappeler que, « (...) la dépression ne fait pas partie du cours normal du vieillissement. (Et que) De nombreuses études ont observé des taux de dépression plus élevés dans les centres de soins infirmiers que dans la collectivité ».[11] Selon un rapport publié en 2010, « près de la moitié (44 %) des personnes âgées vivant dans un centre de soins infirmiers présentaient un diagnostic ou des symptômes de dépression ».[12] Il faut donc reconnaître que l'apparition de la dépression, ou des formes d'anxiété chez la personne âgée, nouvellement arrivée en centre d'hébergement, découlent directement du processus d'adaptation. Soulignons enfin que,

(...) Les résidents montrant des signes de dépression étaient plus susceptibles de subir une détérioration de leur autonomie et fonction cognitive, de souffrir de troubles du sommeil et de connaître une détérioration des symptômes comportementaux. Tous ces problèmes compromettent la qualité de vie des résidents.[2 p13]

4.4 Les préposés aux soins (4)

Les préposés aux soins, qui sont en lien direct avec le résident, ne peuvent que rarement transmettre les besoins spécifiques directement à l'infirmière.

Ce n'est pas nous qui faisons cela c'est le bureau d'admission qui fait cela (P.S.1).

Question: Votre approche auprès des résidents?

S'ils se plaignent, c'est les infirmières qui s'occupent de ça... (P.S.2).

Ce que j'aime c'est le salaire que je gagne (15 à 18\$ l'heure) (P.S.3).

On organise nos relations avec eux comme on veut. Tu fais pas ça et ils ont pas le choix d'accepter jusqu'à ce qu'ils fassent des démarches. Ceux qui refusent disent qu'ils vont aller voir l'infirmière. On fait alors attention à eux (P.S.4).

Plus de personnel pour avoir plus de temps pour donner de meilleurs soins. On devrait faire appel à notre créativité. Si on avait plus de temps pour s'asseoir avec eux on pourrait offrir de meilleurs soins. Il faut aller au prochain résident. Go, Go Go, je ne trouve pas ça correct? (P.S.5).

On a 12 résidents à s'occuper. On a pas le temps de mettre du maquillage et de prendre soin comme il le faut des personnes (P.S.2).

Afin d'éviter que le résident ne soit pris dans un jeu de pouvoir associé à une situation potentielle d'abus avec les préposés, il faudrait que le temps dévolu à chaque tâche et le nombre de résidents dont il faut s'occuper soient revus. Ces témoignages montrent bien qu'il est devenu nécessaire de mieux former les préposés afin de pouvoir les intégrer à un cadre de collaboration interprofessionnel, avec les infirmières, pour assurer de meilleurs soins auprès des personnes âgées en centre d'hébergement.

5. Constats

Cette étude a permis de faire trois grands constats à savoir: un manque d'adéquation entre les qualifications et les besoins réels sur le terrain ; un manque de cohésion entre le travail de chaque intervenant ; et, l'existence d'une hiérarchie entre les intervenants de la santé en centre d'hébergement.

Premier constat : manque d'adéquation entre les qualifications et les besoins

L'étude a montré un *manque d'adéquation* entre les différents groupes professionnels. Il y a en effet un problème de reconnaissance des qualifications des fournisseurs de soins et, en particulier des préposés aux soins, relativement aux besoins réels sur le terrain. Mais aussi et considérant

l'augmentation des besoins en terme de soins, il y a lieu de se demander si la place de l'infirmière auxiliaire dont la tâche se limite à distribuer des médicaments et celle du préposé aux soins, responsable de l'ensemble des soins de base pour 12 résidents à la fois, n'exigent pas une révision complète des tâches et du statut dévolus à chacun pour un meilleur équilibre ; car ce déséquilibre apparaît être une source de frustration.

Deuxième constat : manque de cohésion entre les fournisseurs de soins

Nous avons remarqué un *manque de cohésion* entre les fournisseurs de soins. Les services sont offerts à la pièce. Tout le monde fait son travail séparément. Les administrateurs ne s'occupent pas du plan de soins ni directement des besoins du résident. L'infirmière licenciée est l'instance décisionnelle au plan hiérarchique en soins infirmiers. Elle sert à l'accueil à la résidence, veille à l'encadrement et à la bonne marche de la résidence. Ne s'implique pas directement dans le soin du résident. Les infirmières auxiliaires se trouvent limitées à un rôle de distribution des médicaments et à l'exécution des techniques de soin. Les préposés aux soins sont responsables des soins de base et du confort des personnes âgées en centre d'hébergement. Ceci explique aussi que les préposés aux soins et le personnel administratif d'accompagnement des personnes âgées trouvent les premiers mois très difficiles dans un contexte d'adaptation de la personne âgée au centre d'hébergement.

Troisième constat : existence d'une hiérarchie entre les intervenants de la santé

Il existe une hiérarchie entre les intervenants de la santé. L'administrateur se concentre principalement sur les aspects de bureau (formulaire de réanimation, type de chambre, activité de loisirs, nutrition ...). L'infirmière se penche uniquement sur les dossiers de la planification des soins et les résidents (programme de soins et des activités, les relations avec les médecins et d'autres centres médicaux...). Les infirmières auxiliaires effectuent des traitements, appliquent les techniques de soin et distribuent les médicaments. Le préposé aux soins est responsable de soins de base (articles de toilette, vêtements, nourriture...). Cette hiérarchie entre les intervenants et ce travail en îlot ou en vase clos montre leur impuissance à pouvoir offrir des soins en collaboration qui permettent d'assumer la détresse exprimée par les personnes âgées et leur famille et de coordonner les plans de soins en conséquence.

6. Discussion : vaincre les abus, la négligence et l'ignorance

Une grande part des situations d'abus et de négligence peuvent mener à des situations de maltraitance autant que la plupart de ces dérapages en centre d'hébergement découlent de problèmes structurels tels un manque d'adéquation entre les qualifications et les besoins sur le terrain ; un manque de cohésion entre le travail de chaque intervenant ; et l'existence d'une hiérarchie entre les intervenants de la santé en centre d'hébergement. Pour résoudre ces problèmes, plusieurs moyens peuvent être envisagés notamment en regard de la formation et des tâches dévolues aux préposés aux soins.

Avec le manque de personnel et l'épuisement qui guette, le manque de formation est peut-être le principal problème. Si la formation ne garantit pas la compassion, au moins elle peut donner un peu de connaissances et un brin d'humanité. Heureusement, c'est la minorité qui en manque. Mais sans famille et sans trop de visite, tu es à la merci des autres. C'est la vie en CHSLD.[13]

Les préposés aux soins dûment formés et encadrés pourraient prodiguer des soins qui leur étaient auparavant interdits, tels l'administration de médicaments, les touchers rectaux et l'insertion de suppositoires, suggère un site du gouvernement du Canada.[8] L'adoption de règlements à cet effet ferait bien sûr augmenter la demande de préposés aux soins et les exigences des employeurs en matière de formation. Elle relancerait aussi le débat sur la pertinence de la création d'un ordre professionnel pour encadrer l'exercice de cette profession.

Un manque de cohésion entre les intervenants a été identifié. Tout le monde faisait son travail séparément et les services étaient offerts à la pièce. La réussite du relogement était compromis du fait de cette segmentation des soins et des services et en général, à cause d'une surcharge de travail généralisée. Il s'agissait d'une structure centrée davantage sur les tâches que sur le résident. Nous avons observé une structure hiérarchique et compartimentée, complètement détachée de la personne âgée.

En terme de solution et pour éviter ce manque de cohésion créé en grande partie par la hiérarchie entre les intervenants, le statut du préposé aux soins deviendrait un préposé professionnel. S'occupant de moins de résidents à la fois il pourrait offrir tous les soins depuis l'admission jusqu'à la réorganisation de la vie en centre d'hébergement. Cette nouvelle structure permettrait de faire en sorte que le soin soit davantage recentré sur le résident. Le résident étant au centre du soin qui lui est destiné.

6.1 Pour éviter les abus : rendre imputable le travail des préposés aux soins

Actuellement, les préposés aux soins ne sont pas imputables face aux services rendus alors que les infirmières le sont par leur ordre professionnel. Il faut donc rendre imputables les préposés en vertu d'un ordre professionnel qui régirait ces travailleurs. Ces nouveaux professionnels intégrés au système de santé devraient ainsi être obligés de suivre une formation générale d'une année de base en gériatrie pour s'occuper des personnes âgées et de ce fait, de s'inscrire à un ordre professionnel.

Ils deviendraient ainsi, des *préposés professionnels* imputables, responsables, compétents et irréprochables au plan éthique. Ces nouveaux professionnels de la santé prendraient soin de moins de résidents à la fois, mais à moindres frais pour le système de santé, car ils coûteraient moins cher que les infirmières. Ceci aurait pour effet d'augmenter le nombre de préposés professionnels s'occupant de l'ensemble des soins pour moins de résidents à la fois dans un cadre collaboratif et interprofessionnel soit avec les infirmières auxiliaires. Ces dernières auraient pour responsabilité de superviser le travail effectué dans de nouvelles unités de soins formées par ces nouveaux *préposés professionnels*.

Un meilleur relogement nécessite également une meilleure intégration des préposés aux soins à la CIP. Puisque 85% de tous les soins personnels et de la plupart des soins directs aux résidents,[14] sont dispensés par les préposés et que ce sont eux qui déterminent la qualité des soins reçus, ils devraient accéder à une formation plus spécialisée en gériatrie (ils ont actuellement un minimum de 75 heures de formation). De plus, un *préposé professionnel* servant à accueillir les résidents et s'occupant du résident dans son ensemble permettrait de leur donner un statut au sein de la hiérarchie. L'auxiliaire conseillère s'occupant des techniques de soin et de l'évaluation des activités de la vie quotidienne pourrait ajouter à cette collaboration ; ainsi que, l'infirmière consultante, qui elle, servirait à coordonner l'ensemble des soins auprès du résident en équipe interprofessionnelle. Cette nouvelle organisation du travail interprofessionnel permettrait une meilleure collaboration, une meilleure estime de soi au travail et de meilleurs soins relativement à la quiétude et la dignité humaine.

6.2 Une réorganisation du milieu de travail interprofessionnelle

Il nous est apparu évident que, dans la situation actuelle, les infirmières n'étaient pas assez proches des résidents.

Les préposés aux soins n'étaient pas assez nombreux et pas formés adéquatement pour prendre soin d'une clientèle ayant de tels besoins d'où les risques de dérives vers la négligence et éventuellement la maltraitance. Le travail des infirmières auxiliaires était trop restreint et orienté sur l'unique tâche de manipulation et de distribution des médicaments.

Recentrer l'infirmière autour de son équipe en tant que leader, lui permettrait d'agir à titre de consultante, elle se ferait facilitatrice, «avocate» du résident. La complexité des problèmes de santé chez les personnes âgées exige maintenant que l'auxiliaire s'occupe des traitements au centre des problématiques plus aiguës, ou des soins spéciaux, des maladies chroniques et autres. La nouvelle structure exigerait plus de préposés aux soins. Aussi, le préposé professionnel ou super préposé pourrait s'occuper de moins de résidents à la fois, mais d'une manière plus quotidienne. Elles ou ils auraient pour tâche de mettre la personne âgée, ses besoins, ses exigences et sa dignité au centre de la collaboration.

Conclusion : vaincre l'ignorance à l'aide d'une formation adéquate

La CIP est considérée par les professionnels de la santé comme un processus de développement et de maintien des relations de travail interdisciplinaire autant avec des apprenants et des professionnels qu'avec des personnes que ce soit les résidents (ou des résidents), leur famille, les proches et la communauté d'appartenance. La CIP permet d'atteinte des résultats optimaux en matière de soins de santé et de services sociaux. Parmi les éléments de la collaboration, «le respect, la confiance, la prise de décisions partagée et les partenariats» sont des outils essentiels à pris en charge en CIP.[15]

Le modèle permet de mettre en évidence ce qui, dans les résultats, apparaît être une contribution à la CIP pouvant réduire les risques de négligence et éventuellement de maltraitance dans le respect de la dignité humaine. L'approche en CIP se définit comme le lieu d'une action concertée qui réunit des membres d'au moins deux groupes de professionnels, ici les infirmières et les préposés aux soins, autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'interventions et d'apprentissage. Le but étant d'établir un environnement dynamique, évolutif malgré les dimensions complexes des interventions à faire.

Cette recherche a démontré que la CIP occasionne une plus grande attention et sensibilité de la part du personnel associé, en particulier celles des préposés aux soins, devenu préposés professionnels, à l'ensemble des soins centrés sur le résident

au cours des premiers mois, c'est-à-dire au moment où une personne âgée s'installe dans un centre d'hébergement. Cette nouvelle perspective est indéniablement plus efficace que l'approche des soins de santé traditionnels.

References

- 1.Voyer P. (dir.) Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition, Québec, Édition du renouveau pédagogique Inc. ; 2013 ; p. 40.
- 2.Institut canadien d'information sur la santé ICIS. Vivre dans un centre de soins infirmiers : évaluation de la qualité des centres de soins infirmiers au Canada. Ottawa, ON : ICIS; 2013.
- 3.Organisation mondiale de la santé OMS. La maltraitance des personnes âgées. [consulté 15 juin 2014]. Disponible : http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/fr/
- 4.Association des juristes d'expression française de la Saskatchewan, Abus et négligence envers les personnes âgées [En ligne]. [Consulté le 12 juin 2014] Disponible : <http://www.ajefs.ca/public/troisiemeage/abus1.htm>
- 5.Dubé I. Une caméra cachée révèle de la négligence dans un CHSLD, La Presse, Site web, Radio-Canada. [En ligne]. 14 juillet 2011.[consulté le 14 juillet 2014] Disponible : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201107/13/01-4417709-une-camera-cachee-revele-de-la-negligen- dans-un-chsld.php>
- 6.Blais S. Maltraitance dans un foyer pour aînés en Ontario, Site web, Radio-Canada, [En ligne]. [consulté le 19 mai 2013] Disponible: <http://www.radio-canada.ca/regions/ontario/2013/05/19/005-maltraitance-personnes-agees-residence-st-joseph.shtml>
- 7.Lavoie AM, Benoit M, Lapierre S. Le relogement en centre d'hébergement d'un proche âgé atteint de problèmes cognitifs: une analyse comparative de l'expérience des épouses et des filles, Perspective soignante 2010; 38: 118-44.
- 8.Gouvernement du Canada. Service Canada Exemples de titres professionnels : Aides-infirmiers, aides-soignants et préposés aux bénéficiaires. [consulté le 22 juin 2014] http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3413.shtml
- 9.Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In R. S. Valle & M. King (Eds.), Existential phenomenological alternatives for psychology New York: Plenum, 1978 : 48-71.

10. Il faut savoir qu'au Canada le financement en Centre d'hébergement est pris en charge par chacune des provinces et selon les besoins spécifiques des populations. Toutefois, il n'est pas rare de voir des membres de la famille notamment en Ontario déboursier des frais de subsistance et de soins à leur proche.

11. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003; 58(3): 249-265. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113(5):372-387. Hybels CF, Blazer DG. Epidemiology of late-life mental disorders. *Clin Geriatr Med.* 2003;19 (4):663-96.

12. Institut canadien d'information sur la santé ICIS. Depression Among Seniors in Residential Care. Ottawa, ON : ICIS; 2010, p. 13. [En ligne]. [consulté le 15 avril 2014]. Disponible : <https://www.google.ca/#q=Depression+Among+Seniors+in+Residential+Care>

13. Boulerice J. Merci comme dans «à la merci de...», *Pluriâges*, vol. 2 no 2, été 2011 : 28.

14. Schirm V. Albanese T. Garland T.N. & Gipson G. Caregiving in nursing homes, Views of licensed nurses and nursing assistants, *Clinical Nursing Research*, 9 (3), 2000 : 280-97.

15. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Référentiel national de compétence en matière d'interprofessionnalisme [En ligne]. Vancouver: Université de la Colombie-Britannique. 2000. [En ligne] [consulté le 8 janvier 2014]. [cité le 27 mai 2014]. Disponible: <http://www.cihc.ca/resources/publications>.

Pour contacter l'auteure:

Monique Benoit, Ph.D.

Université du Québec en Outaouais (campus de St-Jérôme)

5, rue Saint-Joseph,

St-Jérôme, Québec, J7Z 0B7

Canada

Courriel : monique.benoit@uqo.ca