

Prévention durable en SST et environnement de travail

Études et recherches

RAPPORT R-857



L'approche relationnelle de soins dans les CHSLD: mieux comprendre son implantation et explorer son impact

*Marie Bellemare
Louis Trudel
Anabelle Viau-Guay
Johanne Desrosiers
Isabelle Feillou
Anne-Céline Guyon
Marie-Josée Godi*



Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

NOS RECHERCHES

travaillent pour vous !

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes;

Assurer la diffusion des connaissances et jouer un rôle de référence scientifique et d'expertise;

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour. De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement. www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par l'Institut et la CSST. Abonnement : www.csst.qc.ca/AbonnementPAT

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2014
ISBN : 978-2-89631-781-3 (PDF)
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
et de la valorisation de la recherche
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
Télécopieur : 514 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
décembre 2014



Prévention durable en SST et environnement de travail

Études et recherches

RAPPORT R-857

L'approche relationnelle de soins dans les CHSLD: mieux comprendre son implantation et explorer son impact

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

*Marie Bellemare, Louis Trudel, Anabelle Viau-Guay
Université Laval*

*Johanne Desrosiers
Université de Sherbrooke*

*Isabelle Feillou, Anne-Céline Guyon, Marie-Josée Godi
Université Laval*

En collaboration avec :

*Marie Josée Robitaille, Association paritaire pour la santé
et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS)*

Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca



Cette publication est disponible
en version PDF
sur le site Web de l'IRSST.

ÉVALUATION PAR DES PAIRS

Conformément aux politiques de l'IRSST, les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche tient à souligner l'exceptionnelle collaboration des milieux de soins qui ont participé à cette recherche par le biais de personnes disponibles et généreuses de leur temps. Des remerciements vont aussi aux membres du Comité conseil-relais qui a effectué un suivi critique de la recherche lors de six rencontres de validation, au fur et à mesure de la production des résultats des différentes phases du projet. Le soutien de Charles Gagné de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), de Pierre Poulin de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) et de Michel Vézina de l'Université Laval a été grandement apprécié. On ne peut passer sous silence l'énorme travail d'approbation éthique fait par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de l'Université de Sherbrooke CSSS-IUGS, particulièrement en ce qui a trait à la collaboration de Gina Bravo et de Sylvianne Fumas. Plusieurs étudiants ont collaboré à la recherche : Véronique Barret (3^e cycle en relations industrielles et communication), Amélie Lenelle (2^e cycle en ergonomie), Daniel Prud'homme (3^e cycle en relations industrielles), Louis-David Poirier (2^e cycle en relations industrielles), Anne-Sophie Montminy-Roberge (2^e cycle en ergothérapie), Natasha Savard (1^{er} cycle en ergothérapie) et Mylène Trottier (2^e cycle en ergonomie et innovation) : qu'ils en soient chaleureusement remerciés.

Cette recherche a bénéficié, en plus du soutien financier de l'IRSST, de celui des organismes suivants : le Programme pour l'amélioration des soins de santé (PASS) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC, subvention PHE-91295); l'Alliance de recherche universités-communautés - Innovations, travail et emploi; le Réseau de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (RRSSTQ). Nous les remercions.

Note : Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AMV	: Approche milieu de vie
ARS	: Approche relationnelle de soins
ASAP	: Approche de soins axée sur la personne
ASSTSAS	: Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales
AQESSS	: Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
CCR	: Comité conseil-relais
CÉR	: Comité d'éthique de la recherche
CH	: Centre hospitalier
CHSLD	: Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CP	: Chargé de projet
CSSS	: Centre de santé et de services sociaux
CSST	: Commission de la santé et de la sécurité du travail
CU	: Chef d'unité
DSI	: Direction des soins infirmiers
Ét	: Établissement
GDF	: Groupe de discussion focalisée
ICSC	: Infirmière-chef du service à la clientèle
IRSC	: Instituts de recherche en santé du Canada
IRSST	: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
MSSS	: Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAB	: Préposé aux bénéficiaires
PALV	: Perte d'autonomie liée au vieillissement
PASS	: Partenariat pour l'amélioration du système de santé
PDSB	: Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires
SLD	: Soins de longue durée
SST	: Santé et sécurité du travail

SOMMAIRE

L'Approche relationnelle de soins (ARS) est une pratique de soins que l'ASSTSAS implante depuis une dizaine d'années dans les établissements de soins de longue durée par le biais d'une formation de formateurs et qui vise autant la qualité des services aux résidents que la santé au travail des soignants. Cette recherche est exploratoire - il s'agit de la première étude portant sur l'ARS - et collaborative de par le partenariat établi avec un organisme décideur (ASSTSAS), les 17 établissements de soins de longue durée (SLD) ayant participé à la recherche et le Comité conseil-relais qui en a encadré le déroulement, validé les résultats en plus d'en assurer une certaine diffusion..

Dans une première phase qui concerne les projets d'implantation de l'ARS déjà réalisés, trois études ont été menées. 1) Une analyse de questionnaires remplis par des soignants (n=392) un mois après leur participation à la formation à l'ARS, montre qu'ils perçoivent les principes et techniques enseignés comme étant utiles bien que certains éléments leur paraissent difficiles à intégrer dans la pratique. Le soutien du collectif de travail ressort comme un élément clé du transfert des apprentissages dans les situations de soins. 2) Une enquête réalisée auprès de 17 informateurs clés provenant d'autant d'établissements et représentant quelque 70 installations où l'ARS a été implantée, montre que : l'approche a été déployée après la formation de base donnée par l'ASSTSAS dans tous les établissements et qu'elle est considérée comme étant toujours vivante dans 14 d'entre eux; sa mise en œuvre dans les situations de soins est estimée pour la majorité entre 5 et 7 (médiane à 6) sur une échelle de 10 ; lorsque mise en œuvre, la perception de l'impact de l'ARS est positive, tant sur les soignants que sur les résidents. 3) Une analyse de groupes de discussion focalisée auxquels ont participé 32 acteurs (conseillers, cadres, chargés de projet, soignants-formateurs, soignants formés) provenant de neuf établissements où l'ARS a été implantée, a permis d'élaborer un modèle des facteurs d'influence comportant un niveau micro (dyade soignant-soigné), méso (collectif, unité de soins, établissement) et macro (environnement sociopolitique et économique).

Une deuxième phase de la recherche consiste à analyser le déroulement en temps réel d'un projet d'implantation dans un établissement, en s'appuyant sur l'activité du conseiller qui l'accompagne et sur le point de vue des acteurs internes, recueillis à deux moments du processus d'implantation. Elle révèle les difficultés rencontrées par les acteurs internes tant dans l'organisation des formations que dans le suivi nécessaire au maintien de l'approche, et illustre les stratégies déployées pour y faire face. L'étude montre également que le contexte, notamment les changements apportés à l'organisation des soins et du travail, est une source de difficultés pour l'implantation.

La troisième phase de la recherche concerne la mise en œuvre de l'ARS par les soignants en situation de travail et comporte deux études. 1) Une analyse ergonomique du travail comportant des observations et entretiens (115 heures), réalisée dans sept unités de soins auprès de neuf préposés aux bénéficiaires et deux infirmiers auxiliaires, nous a permis de documenter 164 soins d'alimentation et d'hygiène. Les résultats montrent que l'activité des soignants traduit une recherche de compromis entre les objectifs à atteindre et différents éléments tels : la protection des résidents, le respect des préférences et de l'autonomie de ceux-ci, leur propre protection en tant que soignants. Il en ressort également que les soignants élaborent une diversité de stratégies,

individuelles et collectives, contribuant à la mise en œuvre de l'ARS : adaptation aux caractéristiques du résident par des changements apportés au déroulement du soin et à celui du quart de travail; recherche d'informations sur le résident; partage avec le collectif. Bien que l'ARS mette l'accent sur les soins d'hygiène, les résultats montrent que ses principes sont également appliqués par les soignants lors des soins d'alimentation. Plusieurs ressources apparaissent favorables à la mise en œuvre de l'ARS au cours des soins : disponibilité de matériel et d'équipements, environnement spatial compact, organisation du travail souple. La deuxième étude de cette phase visait à explorer, par le biais d'observations de dyades résident/soignant lors de situation de soins d'hygiène/habillage, les liens entre l'ARS et les comportements de résidents lors de ces soins. Quatorze résidents et cinq soignants en provenance de deux établissements ont été étudiés par deux observateurs indépendants, non impliqués dans les milieux de soins. En recourant à une grille comportant 23 items d'objectivation de l'ARS, conçue pour cette étude, le degré d'application de l'approche a été estimé à 86,6 % ce qui correspond à la cote de 86,3 % que les soignants se sont donnés eux-mêmes pour ces soins. Les données issues des observations des résidents suggèrent que des comportements d'agitation sont présents et variables d'un résident à un autre. Les comportements positifs sont plus fréquents, particulièrement ceux non verbaux, que les comportements perturbateurs ou d'agitation. Pour la première fois, à notre connaissance, les comportements positifs des résidents ont été pris en compte.

La recherche contribue à plusieurs égards à l'avancement des connaissances scientifiques. Elle suggère que l'implantation d'une approche de soins axée sur la personne, telle que l'ARS qui met l'accent sur la dimension relationnelle du soin, est un processus de changement de culture qui nécessite, au-delà de la formation donnée aux soignants, par ailleurs très appréciée, que plusieurs conditions soient en place. Le processus d'implantation mené comme un projet marque bien le démarrage de ce changement. Par contre, son maintien dans le temps semble compromis par le taux de roulement élevé des soignants, la multitude de projets menés en parallèle dans les établissements, dont certains apparaissent aller dans une direction contraire. Sur le plan méthodologique, la recherche a permis de développer des outils intéressants, notamment une grille d'objectivation de la mise en œuvre de l'approche, de même qu'un outil pour apprécier les comportements positifs des résidents. Plusieurs recommandations sont adressées aux concepteurs de politiques, aux milieux de soins et à l'ASSTSAS afin de promouvoir l'ARS comme un outil visant à équilibrer la tension entre les dimensions technique et relationnelle des soins.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	I
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	II
SOMMAIRE	III
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX	XI
LISTE DES FIGURES.....	XIII
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	2
2.1 Le contexte des soins de longue durée.....	2
2.1.1 Une clientèle de plus en plus lourde	2
2.1.2 Des soignants aux prises avec des problèmes de santé physique et psychologique	2
2.2 Les approches de soins axées sur la personne	2
2.3 Une approche de soins axée sur la personne implantée au Québec : l'approche relationnelle de soins.....	3
2.3.1 Visées et processus d'implantation.....	3
2.3.2 Contenu de la formation de base.....	5
3. ÉTAT DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES SUR LES APPROCHES DE SOINS AXÉES SUR LA PERSONNE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	7
3.1 Impact des ASAP	7
3.1.1 Sur les résidents et la qualité des soins	7
3.1.2 Sur les soignants	8
3.2 Les démarches d'implantation d'ASAP.....	8
3.2.1 La formation comme moyen privilégié d'implantation	8
3.2.2 L'adaptation du contexte de soins.....	9
3.2.3 Des conditions d'apprentissage, de travail et organisationnelles favorables	10
3.3 Objectifs de la recherche	11
4. DISPOSITIF DE RECHERCHE ET DÉMARCHES D'APPROBATION ÉTHIQUE	11

4.1	Dispositif de recherche collaborative	11
4.1.1	Partenariat avec l'ASSTSAS	12
4.1.2	Comité conseil-relais	12
4.1.2.1	Mandat et composition du comité.....	12
4.1.2.2	Travaux du comité	13
4.2	Processus d'approbation éthique.....	13
4.2.1	Processus d'approbation éthique et suivi éthique du projet.....	13
4.2.2	Autorisation des établissements participants et des syndicats concernés	14
4.2.3	Obtention du consentement des participants.....	14
5.	PHASE 1.....	15
5.1	Analyse des questionnaires postformation	15
5.1.1	Objectifs	15
5.1.2	Population de l'étude	15
5.1.3	Variables à l'étude et source de données	15
5.1.4	Participants à l'étude.....	16
5.1.5	Analyse des données	16
5.1.6	Constats.....	17
5.1.6.1	Éléments de la formation jugés les plus utiles et les plus faciles à intégrer dans le travail et justifications des soignants	17
5.1.6.2	Éléments de la formation jugés les plus difficiles à intégrer dans le travail et justifications des soignants	19
5.1.7	Interprétation et discussion	21
5.2	Enquête sur le déploiement de l'ARS et la perception de son impact.....	23
5.2.1	Objectifs.....	23
5.2.2	Recrutement des établissements et des répondants.....	24
5.2.3	Variables étudiées, instruments, collecte et analyse des données.....	24
5.2.4	Constats.....	25
5.2.4.1	Données disponibles pour chacun des cas/projet.....	25
5.2.4.2	ARS et orientations institutionnelles	27
5.2.4.3	Ampleur de l'implantation de l'ARS	27
5.2.4.4	Perception de l'impact de la mise en œuvre	27
5.2.4.5	Responsabilités du chargé de projet.....	29
5.2.4.6	Perspective de développement.....	30
5.2.5	Interprétation et discussion	30
5.2.6	Portée et limites.....	31
5.3	Les groupes de discussions focalisées	32
5.3.1	Objectif	32
5.3.2	Cadre d'analyse.....	32
5.3.3	Participants à l'étude.....	32
5.3.4	Collecte et analyse de données	33
5.3.5	Principaux constats	34

5.3.5.1	Point de vue des conseillers de l'ASSTSAS.....	34
5.3.5.2	Point de vue des acteurs internes à l'organisation	35
5.3.5.3	Observations d'ensemble	40
5.3.6	Interprétation et discussion	41
5.3.7	Portée et limites.....	42
6.	ÉTUDE D'UN PROJET ARS EN COURS D'IMPLANTATION.....	43
6.1	Objectifs.....	43
6.2	Cadre théorique et méthodologique.....	43
6.2.1	Terrain de l'étude.....	43
6.2.2	Recrutement des participants	44
6.2.3	Recueil et analyse des données	44
6.2.3.1	Observations et entretiens auprès du conseiller de l'ASSTSAS.....	44
6.2.3.2	Entretiens avec les informateurs clés	45
6.2.3.3	Analyse des données	45
6.3	Constats.....	46
6.3.1	Le contexte d'implantation	46
6.3.1.1	Caractéristiques de l'établissement.....	46
6.3.1.2	Caractéristiques de l'installation.....	46
6.3.2	Le déroulement factuel de l'implantation de l'ARS dans l'établissement	47
6.3.3	Le point de vue des acteurs internes sur le déroulement	49
6.3.3.1	Les difficultés appréhendées en début d'implantation.....	49
6.3.3.2	Les difficultés rencontrées en cours d'implantation	51
6.3.4	Les stratégies déployées par les acteurs face aux difficultés	52
6.3.4.1	Stratégies liées à la formation et à son déploiement.....	52
6.3.4.2	Stratégies liées au suivi post-formation	53
6.3.4.3	Stratégies liées à l'organisation du travail	54
6.3.4.4	Stratégies liées à la gestion des changements.....	55
6.4	Discussion.....	56
6.4.1	Portée et limites pour le milieu	56
6.4.2	Portée et limites du point de vue de la recherche.....	57
7.	PHASE 3.....	57
7.1	Analyse ergonomique du travail des soignants	57
7.1.1	Objectifs de recherche.....	57
7.1.2	Cadre théorique.....	58
7.1.3	Méthode	59
7.1.3.1	Présentation des terrains	59
7.1.3.2	Participants à l'étude.....	60
7.1.3.3	Recueil des données	60
7.1.3.4	Traitement des données.....	61

7.1.4	Constats.....	63
7.1.4.1	Mise en œuvre de l'ARS lors des soins d'alimentation.....	63
7.1.4.2	Mise en œuvre de l'ARS lors des soins d'hygiène.....	67
7.1.5	Interprétation et discussion.....	71
7.1.5.1	Les apports de l'étude pour la recherche.....	71
7.1.5.2	Les apports de l'étude pour les milieux de soins.....	72
7.1.5.3	Limites de l'étude.....	73
7.2	Exploration de l'association entre le degré de mise en œuvre de l'approche et les comportements des résidents lors des soins.....	74
7.2.1	Objectif et hypothèse.....	74
7.2.2	Méthode.....	75
7.2.2.1	Participants.....	75
7.2.2.2	Collecte des données.....	75
7.2.2.3	Variables et instruments de mesure :.....	75
7.2.2.4	Analyses des données.....	76
7.2.3	Résultats.....	77
7.2.3.1	Analyses descriptives.....	77
7.2.3.2	Analyse inférentielle.....	80
7.2.4	Discussion, applicabilité, retombées.....	81
8.	INTERPRÉTATION ET DISCUSSION GÉNÉRALES.....	85
8.1	Apports de la recherche d'un point de vue scientifique.....	85
8.1.1	Impact de l'ARS.....	85
8.1.2	Les exigences du travail auprès des personnes en perte d'autonomie : une inévitable tension entre le relationnel et le technique.....	85
8.1.3	Importance du contexte d'implantation.....	87
8.1.4	Le rôle de la formation.....	89
8.1.5	Au-delà du projet de formation, une approche à pérenniser.....	89
8.2	Apports théoriques et méthodologiques.....	90
8.3	Limites de la recherche.....	90
8.4	Perspectives de recherches futures.....	90
9.	RECOMMANDATIONS.....	91
9.1	Destinées aux décideurs du système de santé.....	91
9.2	Destinées aux établissements de soins de santé.....	91
9.2.1	Liées au contexte organisationnel.....	91
9.2.2	Liées à la démarche d'implantation de l'ARS.....	92
9.2.3	Liées au soutien des formateurs.....	92
9.2.4	Liées à l'organisation des soins au quotidien.....	93

9.3	Destinées à l'ASSTSAS.....	93
9.3.1	Relatives à son rôle	93
9.3.2	Relatives à la formation à l'ARS	93
9.3.3	Relatives à l'accompagnement des établissements.....	94
9.3.4	Relatives au soutien des formateurs.....	94
10.	CONCLUSION	94
	BIBLIOGRAPHIE.....	97
	ANNEXE 1	106

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Processus d'implantation de l'approche relationnelle de soins	4
Tableau 2 : Contenu de la formation à l'approche relationnelle de soins	5
Tableau 3 : Dates et principaux éléments de l'ordre du jour des rencontres du comité conseil-relais de la recherche	13
Tableau 4: Questions et nombre d'unités codées pour chacune des questions du questionnaire	16
Tableau 5 : Catégorisation et pondération des unités de sens relatives aux éléments de l'ARS jugés les plus utiles et les plus faciles à intégrer dans le travail.....	17
Tableau 6 : Catégorisation et pondération des unités de sens relatives aux justifications des soignants en ce qui a trait aux éléments de l'ARS jugés les plus utiles et les plus faciles à intégrer dans le travail	18
Tableau 7 : Catégorisation et pondération des unités de sens relatives aux dimensions de l'ARS jugées les plus difficiles à intégrer dans le travail.....	19
Tableau 8 : Catégorisation et pondération des unités de sens relatives aux justifications des soignants en ce qui a trait aux dimensions de l'ARS jugées les plus difficiles à intégrer dans le travail	19
Tableau 9: Principales données descriptives pour chacun des cas/projet.....	26
Tableau 10 : Perception des répondants de l'impact de l'ARS sur les résidents	28
Tableau 11 : Perception des répondants de l'impact de l'ARS sur les soignants....	29
Tableau 12 : Responsabilités les plus fréquentes selon le type d'établissements ...	29
Tableau 13 : Profil sociodémographique des participants aux groupes de discussion focalisée.....	33
Tableau 14 : Pondération des unités de sens en fonction des catégories de sens existantes et émergentes pour chacun des groupes de participants internes aux établissements	35
Tableau 15 : Événements et activités d'intervention liés à l'implantation de l'ARS au CHSLD-2 et leurs résultats entre février 2009 et mars 2011	47

Tableau 16 : Caractéristiques des terrains à l'étude pour l'analyse ergonomique du travail des soignants	59
Tableau 17 : Profil sociodémographique des soignants ayant participé à l'analyse ergonomique.....	60
Tableau 18 : Description des activités de collecte de données pour l'analyse ergonomique.....	60
Tableau 19 : Sommaire des soins d'alimentation et d'hygiène documentés dans le cadre de l'analyse ergonomique.....	62
Tableau 20 : Nombre d'unités de sens classées par catégorie pour les soins d'alimentation.....	62
Tableau 21 : Sous-catégories, nombre et exemples d'unités de sens relatives aux représentations des soignants	63
Tableau 22 : Sous-catégories, nombre d'unités et exemples d'unités relatives aux préoccupations des soignants	64
Tableau 23 : Sous-catégories, nombre d'unités et exemples d'unités liées aux stratégies des soignants	65
Tableau 24 : Sous-catégories, nombre d'unités et exemples d'unités relatives aux déterminants de l'activité des soignants.....	66
Tableau 25 : Sous-catégories, nombre d'unités et exemples d'unités relatives aux effets de l'activité perçus par les soignants.....	66
Tableau 26 : Catégories de stratégies d'adaptation réalisées durant les soins d'hygiène, sous-catégories et exemples	67
Tableau 27 : Catégories de stratégies d'adaptation de l'organisation des soins, sous-catégories et exemples	68
Tableau 28 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des résidents (n = 12).....	77
Tableau 29 : Caractéristiques des soignants (n=6)	78
Tableau 30 : Scores moyens de la mise en œuvre de l'ARS (n=12) par le soignant lors des soins d'hygiène et d'habillement	79
Tableau 31 : Comportements des résidents et durée moyenne des soins	80
Tableau 32 : Principaux facteurs d'influence de l'implantation de l'ARS.....	88

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle des facteurs d'influence de l'implantation de l'ARS	42
Figure 2 : L'activité de mise en œuvre de l'ARS (adapté de St-Vincent et coll., 2011 et de Bourassa et coll., 1999)	58
Figure 3 : Valeurs et conduites en jeu pour le positionnement subjectif vers la dimension relationnelle du soin.....	86

1. INTRODUCTION

La présente recherche est le fruit d'une collaboration étroite entre l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), les milieux de soins de longue durée et une équipe multidisciplinaire regroupant des chercheurs dans les domaines de la santé au travail, du vieillissement et des sciences de l'éducation. Cette recherche s'intéresse à l'approche relationnelle de soins (ARS) que l'ASSTSAS implante dans les établissements depuis une dizaine d'années. Cette approche a retenu l'attention pour plusieurs raisons. D'abord, elle est proposée aux établissements pour réduire les problèmes de santé, physique et mentale, des soignants en misant sur une relation de soins de qualité. De plus, le processus d'implantation est présenté aux établissements comme un projet à mener, comportant non seulement une formation offerte aux soignants, mais aussi un engagement des partenaires sociaux de l'établissement qui acceptent de désigner une personne chargée du projet. L'approche se déploie ainsi grâce à la formation de formateurs qui, à leur tour, forment leurs pairs selon une pédagogie expérientielle. Enfin, à ce jour, aucune étude n'a porté sur cette approche.

La présente recherche est exploratoire et a pour but de faire le point sur l'implantation de l'approche, de décrire comment celle-ci est implantée dans les milieux de soins et d'explorer l'impact de sa mise en œuvre sur les résidents. Elle a été financée par l'IRSST et également par le programme Partenariats pour l'amélioration du système de santé (PASS) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC, subvention PHE-91295). Une première phase a été consacrée à l'étude rétrospective de projets réalisés entre 2002 et 2008. Elle comporte : une analyse de données recueillies par l'ASSTSAS au fil des ans sur la formation; une enquête sur 17 projets d'implantation mettant à contribution des informateurs clés représentant une centaine d'installations; une analyse de groupes de discussion focalisée regroupant différents types d'acteurs ayant participé à ces projets. Une seconde phase a consisté à réaliser une étude de cas d'un projet en cours d'implantation par des observations et des entretiens. Une troisième phase a permis de s'intéresser à la mise en œuvre de l'approche au cours des soins et en explore l'impact sur les soignants et les résidents. La recherche a reçu les approbations éthiques nécessaires et son déroulement a été encadré entre mars 2009 et mars 2013 par un comité conseil-relais (CCR) composé de l'équipe de recherche, de membres du personnel de l'ASSTSAS, d'acteurs patronaux et syndicaux des milieux de soins de longue durée et d'un représentant de l'IRSST.

Le rapport débute par l'exposé de la problématique suivi de l'état des connaissances. Le dispositif de recherche et les démarches d'approbation éthique sont ensuite présentés. Puis, les trois phases de la recherche sont exposées avec, pour chacune des études qu'elle comporte, les objectifs, la méthode utilisée, les résultats et une discussion. Le rapport se termine par une discussion générale et une conclusion assorties de recommandations.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1 Le contexte des soins de longue durée

Avec le vieillissement de la population, les systèmes de santé s'efforcent de mettre en place des services de qualité aux aînés, notamment en matière d'hébergement et de soins de longue durée. Les gestionnaires de centres d'hébergement cherchent à maintenir des services de grande qualité tout en faisant face à un contexte caractérisé par un alourdissement de la clientèle et par des problèmes importants chez le personnel.

2.1.1 Une clientèle de plus en plus lourde

Au Québec, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) voient la proportion de clientèle présentant des atteintes cognitives augmenter (MSSS, 2003). Ces atteintes entraînent fréquemment des problèmes de comportements (Cohen-Mansfield et Werner, 1999); (Voyer et coll., 2005); (Zeller et coll., 2009). La prévalence des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence se situerait entre 55 et 85 % chez les personnes hébergées en CHSLD. Ces comportements des résidents affectent non seulement leur propre qualité de vie (Winzelberg, Williams, Preisser, Zimmerman et Sloane, 2005) et celle de leur entourage, mais aussi celle des soignants (Brodaty, Draper et Low, 2003; Evers, Tomic et Brouwers, 2001; Hoefler et coll., 2006).

2.1.2 Des soignants aux prises avec des problèmes de santé physique et psychologique

De fait, les soignants qui travaillent auprès de cette clientèle vieillissante, que ce soit en établissements de soins de longue durée ou dans d'autres contextes comme les soins à domicile, sont aux prises avec des problèmes de santé physique et psychologique (Shields et Wilkins, 2006; Vézina et coll., 2011). Au Québec, selon un sondage réalisé par l'ASSTSAS, ces problèmes de santé se traduisent notamment par des taux importants de détresse psychologique chez les travailleurs, particulièrement en CHSLD où ils seraient deux fois plus élevés que dans la population québécoise, de même que par d'autres problèmes en santé et sécurité du travail (SST) tels les maux de dos chroniques, les accidents du travail ainsi que des agressions physiques (Bigaouette, 2008). Le métier de soignant, en particulier celui d'infirmière, serait particulièrement sélectif, surtout à l'égard des infirmières vieillissantes ou celles plus fragilisées en termes de santé (Gonon, Delgoulet, et Marquié, 2004).

2.2 Les approches de soins axées sur la personne

Pour répondre aux besoins des clientèles vieillissantes présentant des comportements perturbateurs, de nouvelles approches de soins se sont développées. Ces approches « axées sur la personne » (*person centered care*) se veulent une alternative ou un complément aux traitements pharmacologiques visant la réduction des comportements perturbateurs des personnes atteintes de démence (Cohen-Mansfield et Mintzer, 2005) et constitue un principe fondamental pour

l'évaluation de la qualité des soins de santé, en soins de longue durée ou de manière plus globale (CQHCA, 2001).

De telles approches sont basées sur une conception humaniste des soins de santé, selon laquelle on doit s'intéresser d'abord à la personne, à son expérience de vie et à ses capacités, plutôt que de la caractériser uniquement par sa maladie ou sa démence (Kitwood, 2008). En soins de longue durée, ce principe se traduit par un ensemble de pratiques visant à la fois à permettre aux résidents d'établir des relations (avec les autres résidents, avec les soignants), d'être traités comme des personnes ayant une histoire de vie et des intérêts qui leur sont propres, de vivre dans un environnement qui ressemble à un milieu de vie et non à un milieu hospitalier (espaces physiques, organisation des soins) ainsi que de pouvoir exprimer et voir respectés leurs préférences et leurs besoins (McCormack, 2004).

2.3 Une approche de soins axée sur la personne implantée au Québec : l'approche relationnelle de soins

2.3.1 Visées et processus d'implantation

La présente recherche porte sur une approche de soins axée sur la personne (ASAP) nommée « approche relationnelle de soins (ARS) ». L'ASSTSAS¹ a développé et largement diffusé l'ARS au Québec depuis 2002, en accompagnant les établissements de soins de longue durée par le biais d'une formation. L'Association avait mis au point, au début des années 1980, une formation appelée principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSP) qui visait à outiller les soignants pour qu'ils réalisent des déplacements de patients ayant besoin d'une assistance, et ce, sans se blesser. Il est apparu, au fil des ans, que face aux personnes atteintes de déficits cognitifs, qui devenaient de plus en plus nombreuses dans les CHSLD, les principes enseignés ne suffisaient plus : les soignants étaient aux prises avec des problèmes de santé physique et mentale liés aux comportements des résidents, par exemple des comportements agressifs. L'Association a donc cherché à concevoir une approche pour répondre à ce besoin. C'est ainsi que l'approche relationnelle de soins (ARS) a été mise au point. Elle vise à améliorer les conditions dans lesquelles se déroulent les soins afin de préserver la santé et la sécurité des soignants, et d'augmenter leur satisfaction au travail, notamment par le biais d'une diminution des comportements perturbateurs des résidents (Poulin, Bleau, et Gineste, 2004; Poulin, 2005). Pour ce faire, l'ARS comporte un ensemble de pratiques de soins permettant à la fois d'assurer une fin de vie dans la dignité et de maintenir le plus longtemps possible, chez la personne soignée, les acquis aux plans de la motricité et du fonctionnement.

Le processus global d'implantation de l'ARS, élaboré par l'ASSTSAS, est synthétisé au tableau 1.

¹ L'ASSTSAS est une association sectorielle sans but lucratif, gérée par un conseil d'administration paritaire et financée par les employeurs des établissements du secteur de la santé et des services sociaux, qui a pour mission d'offrir aux employeurs et aux travailleurs de son secteur des services de formation, d'information et de conseil professionnel en matière de santé et de sécurité du travail directement auprès des établissements.

Tableau 1 : Processus d'implantation de l'approche relationnelle de soins

Déroulement	Étapes	Actions du conseiller de l'ASSTSAS
Démarrage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nomination d'un chargé de projet ▪ Obtention de l'appui des syndicats locaux ▪ Rencontres avec le personnel soignant et avec les responsables du projet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagne le démarrage du projet ▪ Vérifie les conditions d'admissibilité ▪ S'assure que des ressources en réadaptation sont présentes dans l'établissement
Formation de base (2 jours)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Composition d'un groupe de participants volontaires (10 participants, incluant 5 futurs formateurs et le chargé de projet) ▪ Libération et remplacement du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offre la formation de base
Compagnonnage (0,5 jour)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chaque participant réalise deux soins sous la supervision du formateur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervise les soins et fournit de la rétroaction aux participants ▪ Cible les éléments à discuter lors de la consolidation
Consolidation (3 heures)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rencontre regroupant les participants et des cadres de l'établissement, 1 mois après la formation ▪ Bilan des acquis et perspectives pour l'ARS dans l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administre le questionnaire d'évaluation de la formation de base ▪ Anime la rencontre
Formation de formateurs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Volet en classe : enseignement magistral, démonstrations, jeux de rôles (3 jours) ▪ Volet d'expérimentation supervisé par le chargé de projet ▪ Consolidation et accréditation (1 jour) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offre la formation de formateurs ▪ Offre un soutien durant l'expérimentation ▪ Administre le questionnaire d'évaluation de la formation de formateurs ▪ Accrédite les formateurs ▪ Participe à une activité sociale avec les nouveaux formateurs pour valoriser cette étape
Diffusion dans le milieu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déploiement de la formation de base par les pairs formateurs accrédités ▪ Suivi auprès des pairs (<i>coaching</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offre du soutien si nécessaire

2.3.2 Contenu de la formation de base

La formation de base à l'ARS comporte une diversité d'activités d'enseignement-apprentissage, dont des présentations interactives, du partage d'expérience, des visionnements de vidéos ainsi que des démonstrations réalisées auprès de résidents dans les unités de soins. Tel qu'indiqué dans le tableau 2, ces activités d'apprentissage concourent à trois principales visées. La première est de nature affective puisqu'elle vise à faire adopter aux personnes formées une posture relationnelle. Les deux autres visées sont de nature pratique, puisqu'elles visent, d'une part, à outiller les soignants formés à réaliser un soin relationnel et, d'autre part, à sélectionner et à mettre en œuvre, individuellement et avec l'équipe de soins, des pratiques de soins favorisant l'autonomie du résident. Pour ce faire, la formation comporte à la fois des contenus théoriques (connaissances déclaratives), mais également des activités d'apprentissage visant le développement d'habiletés pratiques pouvant être mises en œuvre en situation de soins.

Tableau 2 : Contenu de la formation à l'approche relationnelle de soins

Visée de formation	Principaux contenus
Adopter une posture relationnelle	<p>Connaissances déclaratives</p> <ul style="list-style-type: none"> • Principe de l'humanité, c.-à-d. préserver dans le soin ce qui est propre à la nature humaine, incluant la posture debout; • Valeurs dans le soin : tendresse, dignité, autonomie, respect des besoins et des préférences;
Réaliser un soin relationnel	<p>Connaissances déclaratives</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processus de traitement de l'information chez les résidents (traitement des informations tactiles, mémoire, etc.); • Principes et effets de la communication; • Effet Pygmalion (influence des attentes d'une personne sur le comportement d'une autre personne); <p>Habiletés pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre l'approche initiale, c.-à-d. entrer en relation dès le début du soin (se présenter, toucher, regarder la personne dans les yeux); • Stratégies verbales (annoncer ses gestes et les décrire au fur et à mesure; donner des consignes claires et positives; éviter la communication paradoxale; offrir des choix réalistes; faire du renforcement verbal); • Stratégies tactiles (toucher doux; abandon des prises en pince; techniques de massage pour les rétractions musculaires); • Stratégies permettant de demeurer centré sur le résident lors du travail en équipe;
Favoriser l'autonomie du résident	<p>Connaissances déclaratives</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienfaits du maintien de la capacité à se tenir debout, même quelques minutes par jour; • Principe d'adaptabilité, c.-à-d. s'adapter aux besoins, aux préférences et aux capacités des résidents; <p>Habiletés pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir, en équipe, la manière de prodiguer les soins en fonction des capacités et des besoins des résidents; • Tenir compte des rétroactions des résidents lors des soins; • Encourager les résidents à participer à leurs soins, dans la mesure de leurs capacités.

Bien que, selon l'ASSTSAS, 35 établissements québécois de soins de longue durée aient implanté l'ARS, entre 2005 et 2008, dans plus de 73 installations, cette approche n'a pas fait l'objet à ce jour d'études scientifiques systématiques. Cependant, on recense une littérature importante portant sur les approches de soins « axées sur la personne » (ASAP), qui présentent plusieurs similitudes avec l'ARS. Ainsi, avant d'exposer les différentes phases de la recherche, nous présentons un état des connaissances scientifiques sur les ASAP suivi des objectifs de la recherche.

3. ÉTAT DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES SUR LES APPROCHES DE SOINS AXÉES SUR LA PERSONNE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

3.1 Impact des ASAP

3.1.1 Sur les résidents et la qualité des soins

Les résultats des recherches ne sont pas unanimes sur les effets de l'implantation d'ASAP face à la réduction des problèmes de comportements ou à l'amélioration du bien-être de résidents en soins de longue durée. Dans leur essai clinique randomisé réalisé auprès de personnes atteintes de démence, Beck et ses collègues (2002) concluent que leur ASAP n'a pas permis de réduire les comportements perturbateurs, mais qu'elle a amélioré l'affect de leurs participants. À l'opposé, l'entraînement de soignants infirmiers à l'utilisation de stratégies centrées sur la personne a permis de réduire l'agressivité et l'agitation des participants de l'étude de Sloane et coll. (2004) suivant un dispositif croisé randomisé. À l'aide d'un dispositif de recherche quasi-expérimental, Boumans et collaborateurs (2005) ont par ailleurs démontré que l'approche axée sur le résident n'avait pas augmenté le bien-être ni la satisfaction des résidents en *nursing homes*. D'autres études sans groupe témoin, comme celle de Matthews, Farrell et Blackmore (1996) concluent à la réduction de l'agitation verbale des résidents lors de la mise en place d'une ASAP, tout comme celle de Mickus et coll. (2002) qui, à la suite d'une courte formation interactive offerte à des infirmières, a observé une diminution de la fréquence des comportements perturbateurs des résidents.

En 1999, Opie, Rosewarne et O'Connor ont publié une revue systématique des études des dix années précédentes sur les stratégies non-pharmacologiques pour réduire les comportements perturbateurs de résidents. Malgré les limites méthodologiques des études recensées, dont 27 ont été qualifiées de pauvres, ces chercheurs concluent à l'efficacité de diverses stratégies, dont la formation des soignants et les modifications environnementales. La revue des écrits publiée par Landreville et collaborateurs (2006) abonde dans le même sens : les auteurs suggèrent même que la formation aux soignants et les modifications de l'environnement sont les approches les plus efficaces selon les études recensées, le plus souvent des études quasi-expérimentales. Toutefois, plus récemment, à l'issue de leur méta-analyse n'incluant que des essais cliniques randomisés, Kong et ses collaborateurs (2009) soutiennent qu'une seule intervention non-pharmacologique liée aux ASAP (à savoir les *sensorial interventions*) permet de réduire significativement les comportements perturbateurs des personnes âgées atteintes de démence. Ainsi, la formation des soignants, la modification de l'environnement et l'utilisation d'activités, entre autres, n'auraient pas d'effets bénéfiques à cet égard.

En somme, l'effet de l'implantation d'approches centrées sur la personne présentant des déficits cognitifs sur la réduction des comportements perturbateurs est loin d'être uniforme et concluant d'une étude à l'autre. De façon générale, les études utilisant un dispositif de recherche rigoureux, comme l'essai clinique randomisé, ne permettent pas de conclure à leur efficacité.

3.1.2 Sur les soignants

Les impacts de l'implantation de telles approches de soins sur les soignants ne font pas non plus consensus. Du point de vue de la santé et de la sécurité physique, en réduisant l'incidence ou la gravité des comportements perturbateurs chez les résidents (Matthews, Farrell, et Blackmore, 1996; Hoeffler et coll., 2006; Sloane et coll., 2004), les ASAP pourraient par le fait même réduire les risques d'agression pour le personnel. L'augmentation de la participation des résidents à leurs soins découlant de telles approches pourrait également entraîner une réduction des postures contraignantes et des soulèvements, par exemple lors de l'habillage, diminuant ainsi les risques musculo-squelettiques (Cohen-Mansfield et coll., 2006).

Du point de vue de la santé psychologique, de telles approches pourraient contribuer à ce que les soignants aient le sentiment d'être mieux préparés à donner les soins à des résidents avec comportements perturbateurs et augmenter la perception selon laquelle les soins destinés à ces personnes seront plus aisés à assurer (Hoeffler et coll., 2006). Les soignants auraient également davantage le sentiment d'être en mesure de mettre en œuvre des stratégies de maintien ou de développement de l'autonomie, par exemple, en laissant les résidents manger par eux-mêmes ou marcher davantage plutôt que les déplacer systématiquement en fauteuil roulant (Shanti et coll., 2005). Ces approches permettraient également aux soignants d'établir des relations humaines privilégiées avec les résidents (Edvardsson et Sandman, 2003). L'amélioration de l'évaluation que font les soignants de leur propre compétence (*self-efficiency*) se traduirait par une plus grande satisfaction au travail (Cohen-Mansfield et Bester, 2006; Buelow, Winburn, et Hutcherson 1998), ce qui en retour aurait pour effet de réduire le taux de roulement du personnel soignant (McCallion, Toseland, Lacey et Banks, 1999) et d'en faciliter le recrutement.

L'étude de Drach-Zahavy (2009) indique cependant que ces approches de soins pourraient constituer une contrainte supplémentaire pour les soignants et générer un impact négatif sur leur santé physique lorsqu'elles sont mises en place dans un contexte de travail peu favorable (dont une surcharge de travail) ou lorsque les soignants n'adhèrent pas aux principes fondamentaux de telles approches. Celles-ci pourraient également générer des dilemmes éthiques chez le personnel qui doit conjuguer la préoccupation pour la qualité de la relation que sous-tendent ces approches avec d'autres préoccupations comme celles de respecter les standards de sa profession, les règles de son employeur et de son collectif ainsi que préserver sa santé physique et mentale (Schoot, Proot, Legius, Ter Meulen et De Witte, 2006). Glouberman et coll. (2007) rapportent quant à eux des tensions que pourraient engendrer l'augmentation du niveau attendu de qualité des soins chez différentes catégories socioprofessionnelles (p. ex. entre les préposés aux bénéficiaires et les infirmières) (Glouberman et coll., 2007).

3.2 Les démarches d'implantation d'ASAP

3.2.1 La formation comme moyen privilégié d'implantation

Les démarches d'implantation d'ASAP s'appuient généralement sur des activités de formation qui visent à outiller les soignants pour pouvoir réaliser des soins où l'interaction résident-soignant est centrée sur la dimension relationnelle et non uniquement sur la tâche à réaliser. Le contenu de ces formations porte à la fois sur des stratégies de communication verbale ainsi que d'interaction physique (Evers, Tomic, et Brouwers, 2001; Aström et coll., 2004; Voyer et al.,

2005). Les premières stratégies visent à ce que les soignants mettent en œuvre des interactions verbales plus rassurantes pour les résidents (Cohen-Mansfield et Parpura-Gill, 2007), plus riches du point de vue socio-personnel, moins infantilisantes et encourageant les résidents à jouer un rôle plus actif dans les soins (Bourgeois, Dijkstra, Burgio et Allen, 2004). Les secondes visent à la fois à satisfaire les besoins des résidents (massage, toucher doux) (Cohen-Mansfield et Parpura-Gill, 2007; Hoeffler et coll., 2006; Cohen-Mansfield, 2004) et à gérer de façon respectueuse et non contraignante les comportements agressifs ou d'errance (Cohen-Mansfield et Parpura-Gill, 2007).

D'un point de vue pédagogique, les formations aux ASAP articulent généralement des activités d'apprentissage initial en classe (hors situation de travail) et des activités de suivi ou de renforcement en situation de travail. Les formations en classe favorisent généralement un apprentissage expérientiel centré sur des stratégies concrètes d'apprentissage (*active-learning strategies*) : jeux de rôles, simulations, discussions de groupe, visionnement d'une vidéo suivi d'un débat, études de cas réalisées en équipes, etc. De tels dispositifs expérientiels génèreraient des apprentissages plus riches et plus facilement transférables en situation de pratique (Beck et coll., 1999; Bourgeois et coll., 2004; Braun, Cheang, et Shigeta, 2005; Hansebo et Kihlgren, 2001; Irvine et coll., 2008; Kemeny et coll., 2006; Shanti et coll., 2005). Il semble y avoir un consensus à l'effet que les formations en classe, même appuyées sur des dispositifs pédagogiques expérientiels, seraient insuffisantes pour produire un apprentissage durable. C'est la raison pour laquelle plusieurs approches prévoient des mécanismes de suivi, de supervision ou de renforcement, qui permettraient l'atteinte des résultats d'apprentissage et de transfert les plus probants et les plus durables dans la pratique (Bourgeois et coll., 2004; Burgio et coll., 2002; Hoeffler et coll., 2006; Stolee et coll., 2005). Ce suivi peut prendre la forme de discussions de cas lors des réunions d'équipes de travail (Buelow, Winburn, et Hutcherson, 1998) ou d'un compagnonnage où le formateur observe le soignant et lui fournit une rétroaction (Bourgeois et coll., 2004; Burgio et coll., 2002; Hoeffler et coll., 2006) lui permettant de s'améliorer.

3.2.2 L'adaptation du contexte de soins

L'implantation d'ASAP ne s'appuie pas uniquement sur l'acquisition de compétences par les soignants, mais également sur une adaptation de l'ensemble du contexte de soins (pratiques de soins, organisation du travail, environnement physique) de façon à ce que celui-ci soit mieux adapté aux besoins et aux préférences tant des résidents que des soignants. Par exemple, cela se traduit par une flexibilité dans l'organisation des repas, des soins de toilette et du repos (Cohen-Mansfield et Bester, 2006; Cohen-Mansfield et Parpura-Gill, 2007). Une telle flexibilité nécessite généralement une adaptation de l'organisation du travail (flexibilité des horaires, des descriptions de tâches). Cette adaptation devrait être portée par une préoccupation conjointe pour la continuité des soins et pour les besoins des soignants (Cohen-Mansfield et Bester, 2006).

Enfin, l'environnement physique doit également être adapté (Glouberman et coll., 2007; Hoeffler et coll., 2006), toujours dans la perspective qu'il s'agit à la fois d'un milieu de vie pour les résidents et d'un milieu de travail pour les soignants. Les adaptations réalisées peuvent porter sur les équipements utilisés (ex. : serviettes douces pour le bain), la décoration (normalisante, réduction des stimuli), l'environnement physique (chaleur, éclairage) et la conception architecturale au sens large (organisation des unités et interactions entre les différentes zones) (Cohen-Mansfield et Parpura-Gill, 2007).

3.2.3 Des conditions d'apprentissage, de travail et organisationnelles favorables

Enfin, selon la littérature examinée, pour produire les effets escomptés et transformer véritablement et durablement les pratiques en situation réelle, les formations aux ASAP devraient s'inscrire dans des conditions d'apprentissage, de travail et organisationnelles favorables (Burgio et coll., 2002; Emilsson, 2006).

a) Conditions d'apprentissage. Du point de vue des conditions d'apprentissage favorables, les formations devraient s'appuyer sur une analyse préalable des besoins de formation exprimés par les apprenants (Arnetz et Hasson, 2007) et s'adapter aux caractéristiques de ceux-ci : styles d'apprentissage variés, sensibilités culturelles, particulièrement dans les milieux urbains, degré de scolarité initiale (Aylward, Stolee, Keat et Johncox, 2003; C. Beck et coll., 1999). Une formation adéquate du formateur constitue également une condition importante (C. Beck et coll., 1999). Par ailleurs, les frais d'inscription devraient être défrayés par l'employeur (Braun, Cheang, et Shigeta, 2005) et les participants devraient être rémunérés (CQVTSSQ, 2007; Braun et coll., 2005) et remplacés (CQVTSSQ, 2007; Lyne et coll., 2006) durant la formation. Enfin, les soignants devraient avoir accès à de la formation continue et à des possibilités de perfectionnement.

b) Conditions de travail. Les conditions de travail des soignants ont également une répercussion sur les retombées de l'implantation des ASAP (Emilsson, 2006). Parmi les conditions souhaitables, notons : une reconnaissance salariale et non salariale adéquate (Stolee et coll. 2005; Beck et coll., 1999; Cohen-Mansfield et coll., 2006; Harley, Allen, et Sargent, 2007); des avantages sociaux minimaux (C. Beck et coll., 1999); un environnement bâti de qualité (à la fois pour les résidents, leurs familles et les soignants) (Shaller, 2007); des contraintes temporelles faibles (Lyne et coll., 2006; Weitzel, Robinson, Henderson et Anderson, 2005), notamment celles induites par des procédures (ex. : avoir habillé tous les résidents avant le déjeuner); et les caractéristiques des résidents (en fauteuil roulant ou non, types de vêtement utilisés, avec velcro ou non, etc.). D'autres conditions sont aussi importantes comme la connaissance qu'a le soignant du résident, la stabilité des affectations de soins, les équipements de la chambre (ex. : hauteur du lit), la charge de travail (le ratio résidents-soignant, la répartition des résidents difficiles), et enfin l'organisation du travail et les possibilités de travail collectif (par exemple, la possibilité de réaliser un soin à deux soignants) (Cohen-Mansfield et coll., 2006).

c) Conditions organisationnelles. Enfin, les conditions organisationnelles ont également un effet notable sur la réussite de l'implantation des ASAP. Selon les écrits scientifiques, pour que l'implantation de telles approches soit optimale, il faudrait retrouver : un encadrement de qualité de la part des supérieurs immédiats (Buelow, Winburn, et Hutcherson, 1998; Emilsson, 2006), le soutien et l'engagement de la haute direction (Kaskie, 2004) et l'intégration de l'approche à la mission de l'organisation (Buelow, Winburn, et Hutcherson, 1998; Stolee et coll., 2005; Shaller, 2007; Baril-Gingras, et Bellemare, 2007), une réflexion, un apprentissage et une évaluation menés en continu (CQVTSSQ, 2007; Shaller, 2007), une communication constante des progrès aux employés, aux résidents et à leur entourage (CQVTSSQ, 2007; Shaller, 2007), le dégagement de ressources suffisantes (CQVTSSQ, 2007; Stolee et coll., 2005) ainsi que l'échange de connaissances avec d'autres services ou organismes (CQVTSSQ, 2007). Des mesures favorisant la participation des résidents et de leur famille (Shaller, 2007) ainsi que de

l'ensemble du personnel (y compris le personnel à temps partiel) (Matthews, Farrell, et Blackmore, 1996) à toutes les étapes de la démarche d'implantation sont également mentionnées.

Il ressort ainsi de cette recension des écrits que quatre dimensions des ASAP gagneraient à être étudiées : la démarche d'implantation; l'expérience individuelle de formation; la mise en œuvre de l'approche en milieu de travail, et enfin les retombées pour l'organisation. Ces éléments orienteront l'étude de l'implantation de l'ARS.

3.3 Objectifs de la recherche

La présente recherche a pour but d'analyser l'implantation de l'ARS dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec de manière rétrospective et prospective (longitudinale). Les objectifs spécifiques sont les suivants : 1) Dresser un état de situation de l'implantation de l'ARS dans les CHSLD du Québec; 2) Mettre au jour les caractéristiques de la formation et des démarches d'implantation de l'approche ainsi que les conditions de travail et organisationnelles favorables ou faisant obstacle à l'implantation de l'ARS; 3) Explorer l'impact de l'ARS sur les soignants et les résidents.

4. DISPOSITIF DE RECHERCHE ET DÉMARCHES D'APPROBATION ÉTHIQUE

4.1 Dispositif de recherche collaborative

Le dispositif général de la recherche peut être qualifié de recherche collaborative, car celle-ci est réalisée « avec » les praticiens ; elle ne porte pas « sur » eux (Heron et Reason, 2001). Ce type de recherche vise à la fois à produire des connaissances scientifiques jugées valides par la communauté de la recherche, des connaissances pratiques jugées pertinentes pour l'action par les milieux de pratique et enfin à permettre aux milieux de pratique d'exercer une réflexion critique sur leur action (Desgagné, Bednarz, Lebus, Poirier et Couture, 2001). Ces visées se traduisent par un dispositif de recherche où les participants peuvent, jusqu'à un certain point, jouer un rôle de cochercheurs à différentes étapes du projet (formulation du problème, élaboration du devis de recherche, recueil des données, interprétation jusqu'à la diffusion des résultats, à la fois dans les milieux académiques et de pratique). Ce type de dispositif s'ancre dans une posture épistémologique selon laquelle la pratique professionnelle est elle-même productrice de savoirs plutôt qu'une simple application des savoirs scientifiques (Schön, 1996). De tels dispositifs pourraient contribuer à ce que les recherches académiques répondent davantage aux préoccupations de la société (Heron et Reason, 2001).

De manière opérationnelle, cette posture de recherche s'est traduite de deux manières : par l'établissement d'un partenariat avec l'ASSTSAS ainsi que par la mise sur pied d'un comité conseil/relais de la recherche.

4.1.1 Partenariat avec l'ASSTSAS

Dès 2006, des discussions ont été entreprises entre l'ASSTSAS et certains membres de l'équipe de recherche afin d'évaluer la possibilité que l'ARS puisse faire l'objet d'une recherche. Les objectifs poursuivis par l'organisme étaient alors, entre autres, que la démarche de recherche puisse constituer une occasion privilégiée de porter un regard réflexif sur la formation à l'ARS ainsi que sur ses pratiques d'accompagnement. Ce partenariat s'est concrétisé par l'appui formel de l'ASSTSAS au projet de recherche ainsi que par l'obtention d'une subvention de recherche dans le cadre du programme Partenariats pour l'amélioration des services de santé des IRSC. Tel qu'exigé par ce programme, l'équipe de recherche s'est adjointe un candidat principal décideur en la personne de Marie Josée Robitaille, adjointe à la direction générale de l'ASSTSAS. Celle-ci s'est impliquée dans les principales étapes de la recherche, de l'élaboration du devis de recherche à la corédaction de divers écrits de diffusion (incluant le présent rapport). Par ailleurs, la participation d'autres employés de l'ASSTSAS, à savoir les conseillers ayant élaboré et/ou offert la formation à l'ARS, a été sollicitée à divers moments au cours de la recherche, en particulier lors de l'élaboration et de la validation d'outils de collecte de données, pour la validation de certaines analyses préliminaires ainsi que pour la formulation de recommandations.

4.1.2 Comité conseil-relais

4.1.2.1 Mandat et composition du comité

Afin d'associer de manière plus large les acteurs du milieu au déroulement de la recherche dans une perspective de recherche collaborative, un comité conseil/relais de la recherche (CCR) a été mis sur pied dès le début de la recherche. Le mandat du CCR comportait deux volets :

1) apprécier le déroulement de la recherche et, dans la mesure de ses moyens, en faciliter la réalisation. Plus spécifiquement, il était attendu des membres du comité qu'ils puissent :

- s'assurer que les objectifs s'arriment toujours bien aux besoins, préoccupations, réalités des intervenants des milieux;
- commenter l'évolution des travaux de recherche;
- partager leurs connaissances pratiques en lien avec la recherche;
- soutenir les chercheurs dans la résolution de difficultés pouvant survenir avec les terrains de recherche;
- s'assurer que les résultats obtenus sont valides, utiles et utilisables par les milieux de pratique.

Ce processus de validation a permis de nous assurer, au fur et à mesure de l'avancement du projet, que les résultats rencontraient des critères de scientificité du paradigme constructiviste en recherche, à savoir la crédibilité pour les acteurs du milieu de pratique de même que la transférabilité à d'autres contextes de pratique (Denzin et Lincoln, 2005).

2) assurer la mise en valeur, la diffusion et l'utilisation des résultats.

Ce comité était composé des membres de l'équipe de recherche, d'un conseiller en valorisation de la recherche de l'IRSST, de représentants de l'ASSTSAS, d'acteurs syndicaux (Confédération des syndicats nationaux [CSN], Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec [FIQ] et

Syndicat canadien de la fonction publique [SCFP]) représentant diverses catégories d'emploi du secteur de la santé, de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), de directions d'établissements du secteur de la santé, de même que d'un représentant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

4.1.2.2 Travaux du comité

Outre le bilan des activités réalisées et un aperçu des étapes à venir, abordés à chacune des rencontres, le tableau 3 ci-dessous présente les principaux éléments de l'ordre du jour de chaque rencontre du comité.

Tableau 3 : Dates et principaux éléments de l'ordre du jour des rencontres du comité conseil-relais de la recherche

Date	Principaux éléments de l'ordre du jour
26 février 2010	<ul style="list-style-type: none"> • Mandat du comité; • Présentation du projet de recherche; • Résultats préliminaires - analyse des questionnaires;
29 octobre 2010	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats préliminaires – groupe de discussion focalisée des conseillers de l'ASSTSAS;
30 septembre 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats préliminaires – enquête téléphonique auprès des chargés de projet; • Résultats préliminaires – groupes de discussion focalisée (cadres, chargés de projet, formateurs et soignants formés);
27 avril 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats définitifs – analyse des questionnaires; • Résultats définitifs – groupes de discussion focalisée;
26 octobre 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats préliminaires – analyse ergonomique de l'activité des soignants (situations d'alimentation); • Résultats préliminaires – exploration des impacts de la mise en œuvre de l'ARS sur les comportements des résidents;
22 mars 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats préliminaires – analyse ergonomique de l'activité des soignants (soins d'hygiène); • Résultats préliminaires – analyse de l'implantation; • Synthèse de la recherche et recommandations pour les milieux.

4.2 Processus d'approbation éthique

4.2.1 Processus d'approbation éthique et suivi éthique du projet

Dans le cadre du mécanisme multacentrique (Audy, 2008), ce projet de recherche a été soumis pour examen éthique au Comité d'éthique de la recherche (CÉR) du CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CÉR principal) ainsi qu'à neuf CÉR locaux en avril 2009. En parallèle, une demande d'évaluation de la convenance institutionnelle du projet a été soumise à 36 établissements².

L'autorisation éthique du CÉR principal a été délivrée le 1^{er} septembre 2009 (numéro d'approbation (MP-IUGS-09-08, 2009/09/01). Le projet a également été examiné par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval et approuvé le 4 février 2010 (numéro d'approbation : 2008-316 / 04-11-2009). Une demande de modification au projet

² Aux 35 établissements qui avaient déjà implanté l'approche s'est ajouté un 36^e qui commençait à l'implanter.

initial (phase 3) a été soumise au Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval en octobre 2010 et acceptée en janvier 2011. Cette modification a ensuite été entérinée par le CÉR principal le 2 mai 2011.

Le certificat d'autorisation éthique a été renouvelé, pour le CÉR principal, aux dates suivantes : le 22 octobre 2010, le 28 octobre 2011 ainsi que le 17 décembre 2012. L'autorisation du Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval a également été renouvelée le 14 mars 2012 et le 16 novembre 2012.

4.2.2 Autorisation des établissements participants et des syndicats concernés

Différents établissements ont été recrutés, selon la phase de la recherche concernée. La direction de chacun des établissements participants a signé un formulaire de convenance institutionnelle établissant la contribution attendue de l'établissement, les mesures relatives à la confidentialité des données, à la propriété intellectuelle de même qu'à la diffusion des résultats.

Ce formulaire de convenance institutionnelle a également été signé par un représentant syndical du (ou des) corps d'emploi(s) concerné(s) par le projet. Au total, 20 établissements différents ont autorisé le déroulement d'un ou de plusieurs volets de la recherche.

4.2.3 Obtention du consentement des participants

Pour les phases 1, 2 et 3, tous les participants à l'emploi des établissements participants (soignants, informateurs clés) ont été sollicités par les membres de l'équipe de recherche et ont consenti à participer en signant un formulaire de consentement.

Concernant les résidents recrutés pour la phase 3 (observations dans le cadre de l'analyse ergonomique de l'activité des soignants et exploration des impacts de l'ARS sur les comportements des résidents), les résidents aptes à consentir ont signé un formulaire à cet effet. Quant aux résidents inaptes, un formulaire de consentement a été transmis et signé, selon le cas, par leur mandataire, leur tuteur ou encore par le curateur public. Leur assentiment verbal à participer à la recherche leur a néanmoins été demandé par le représentant de l'équipe de recherche avant de procéder aux observations.

Au total, la réalisation de ce projet a nécessité le recrutement de 92 participants³. Les détails relatifs au nombre de participants recrutés ainsi qu'à leurs caractéristiques sont indiqués lors de la présentation de chacune des phases de la recherche.

³ Ce nombre exclut les répondants au questionnaire post formation de l'ASSTSAS (n=420)

5. PHASE 1

La phase 1 porte sur des projets d'implantation d'ARS déjà réalisés et comporte trois volets : analyse des questionnaires postformation; enquête auprès des chargés de projet; groupes de discussion focalisée. Pour chaque volet on retrouve : les objectifs, la méthodologie, les constats et la discussion.

5.1 Analyse des questionnaires postformation⁴

5.1.1 Objectifs

L'objectif de ce volet du projet était de documenter, un mois après la formation, la perception qu'ont les personnes formées de l'utilité de l'ARS et de leur capacité à transférer les compétences acquises en formation dans leurs pratiques de soins effectives. Plus précisément, cette étude vise à décrire les dimensions de la formation à l'ARS jugées les plus utiles, les plus faciles et les plus difficiles à intégrer dans le travail par les soignants ainsi que leurs justifications à cet égard.

5.1.2 Population de l'étude

La population de l'étude est constituée de l'ensemble des personnes ayant participé à une formation de base offerte par un conseiller de l'ASSTSAS entre 2004 et 2008, soit 420 personnes.

5.1.3 Variables à l'étude et source de données

La variable étudiée est la perception qu'ont les personnes formées de leur capacité à intégrer l'ARS dans leurs pratiques de soins (et non son intégration effective). La perception qu'ont les individus d'un sujet donné est ici considérée comme un construit relatif au vécu des personnes et pouvant avoir de multiples dimensions. Ce phénomène est donc abordé suivant une épistémologie constructiviste (Berger et Luckmann, 1986). Dans leur processus de développement de la formation à l'ARS, les conseillers de l'ASSTSAS ont conçu un questionnaire maison d'appréciation de la formation, dans une visée d'amélioration continue de leurs pratiques. Les questions ouvertes, dont les réponses ont été analysées dans le cadre de cette étude, sont présentées au tableau 4. Les questionnaires autoadministrés ont été remplis de manière anonyme par les participants lors de la rencontre de consolidation, soit un mois après la formation à l'ARS. Les données fournies par l'ASSTSAS avaient déjà été compilées pour chacune des cohortes. Il ne s'agit donc pas de données individuelles⁵.

⁴ Cette section reprend en grande partie les résultats publiés dans l'article suivant : Viau-Guay, A., Bellemare, M., Feillou, I., Trudel, L., Desrosiers, J. and Robitaille, M.-J. (2013) Person-Centered Care Training in Long-Term Care Settings: Usefulness and Facility of Transfer into Practice. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 32 (1) : 55-72

⁵ C'est la raison pour laquelle les extraits des commentaires des soignants ci-après sont identifiés en fonction du groupe et non des individus (ex. : Gr4 signifie que le commentaire provient d'un soignant du groupe 4).

Tableau 4: Questions et nombre d'unités codées pour chacune des questions du questionnaire

Questions	Nombre d'unités
Selon vous, quel est le contenu de la formation qui est le plus utile pour votre travail?	848
Selon vous, ce qui est le plus facile à intégrer dans votre travail?	663
Pourquoi (<i>est-ce ce qui est le plus utile pour votre travail</i>)?	104
Pourquoi (<i>est-ce ce qui est le plus facile à intégrer dans votre travail</i>)?	309
Selon vous, ce qui est le plus difficile à intégrer dans votre travail?	381
Pourquoi (<i>est-ce difficile à intégrer à votre travail</i>)?	434
Total d'unités codées	2739

5.1.4 Participants à l'étude

Parmi l'ensemble des personnes ayant participé à une formation de base offerte par un conseiller de l'ASSTSAS entre 2004 et 2008, 392 personnes (93%) ont répondu aux questions ouvertes du questionnaire. Ce dernier ne comportant pas de données sociodémographiques, il est difficile de préciser davantage le profil des participants. Cependant, une étude antérieure (Poulin et coll., 2004) portant sur la même formation démontre que 75 % des participants à la formation étaient des PAB ou des infirmières auxiliaires. Les autres répondants étaient des infirmières (16 %) ou d'autres professionnels de la santé, par exemple des thérapeutes en réadaptation physique ou des psychologues (9 %). Les conseillers formateurs de l'ASSTSAS conçoivent que le profil des répondants de l'ensemble des questionnaires est similaire à celui de l'étude antérieure. Les répondants font tous partie d'un des 41 groupes de formation regroupant des participants de 43 CHSLD différents. Ces installations sont réparties dans 14 régions du Québec. Les régions 03 (Capitale-Nationale), 04 (Mauricie) et 06 (Montréal) regroupaient 51 % des participants. Les groupes de formation comptaient en moyenne 9,8 participants et 75 % des groupes avaient entre 9 et 12 participants.

5.1.5 Analyse des données

Les réponses des participants aux questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse de contenu (Krippendorff, 2003). Les réponses aux différentes questions ont été traitées de manière indépendante. Pour chacune des questions, les réponses des répondants ont été découpées en unités de sens de type catégoriel (c.-à-d. ayant quelque chose en commun). Celles-ci pouvaient être une réponse complète d'un répondant, une phrase entière, un mot ou un ensemble de mots. Au total, 2 739 unités de sens ont été déterminées puis catégorisées par question. Certaines catégories ont été créées à partir des visées et du contenu de la formation, tels qu'explicités dans le cahier du participant (ASSTSAS, 2007). D'autres unités ont émergé du discours des

participants. Il s'agit donc d'une catégorisation mixte. La détermination des catégories a d'abord été réalisée à l'aide de quatre questionnaires pris au hasard. Ces catégories ont ensuite été testées sur d'autres questionnaires, enrichies et affinées à l'aide des documents d'accompagnement de la formation conçus par l'ASSTSAS et de discussions avec l'un des concepteurs de la formation. Des règles de codage ont été élaborées et le codage a été effectué. Celui-ci a fait l'objet d'un accord interjuges au sein de l'équipe de recherche (deux personnes). Les résultats ont également été présentés à un groupe d'environ trente praticiens du secteur des affaires sociales dans le cadre d'un évènement de transfert de connaissances organisé par l'ASSTSAS (Viau-Guay et Feillou, 2011). Ils ont aussi été présentés aux conseillers de l'ASSTSAS (5 octobre 2010).

5.1.6 *Constats*

5.1.6.1 **Éléments de la formation jugés les plus utiles et les plus faciles à intégrer dans le travail et justifications des soignants**

Tel qu'indiqué au tableau 5, l'analyse des questions « Selon vous, quel est le contenu de la formation qui est le plus utile pour votre travail? » et « Selon vous, ce qui est le plus facile à intégrer dans votre travail », permet de constater que les éléments de l'ARS favorisant la réalisation de soins relationnels optimaux (communication verbale, toucher doux, approche initiale, etc.) ressortent comme particulièrement utiles (56,4 % des unités) et faciles à intégrer (64,5 % des unités) dans le discours des répondants par rapport à la visée de développement de l'autonomie des résidents (environ 21 % des unités) ou à d'autres contenus de la formation comme les fondements humanistes ou encore le fonctionnement cognitif des personnes âgées.

Tableau 5 : Catégorisation et pondération des unités de sens relatives aux éléments de l'ARS jugés les plus utiles et les plus faciles à intégrer dans le travail

Catégories	Pondération des unités (%) Le plus utile	Pondération des unités (%) Le plus facile à intégrer
Réaliser un soin relationnel	56.4	64.5
Maintenir et développer l'autonomie des résidents	21.5	21,8
Autres	22	13.7
TOTAL	99,9	100

La grande majorité (83,7 %) des unités codées liées aux commentaires des soignants (tableau 6) associent l'utilité de l'approche à des résultats positifs vécus à la suite de sa mise en œuvre, tant pour le résident (bien-être, qualité de la relation) que pour eux-mêmes (santé et sécurité du travail, satisfaction au travail).

Tableau 6 : Catégorisation et pondération des unités de sens relatives aux justifications des soignants en ce qui a trait aux éléments de l'ARS jugés les plus utiles et les plus faciles à intégrer dans le travail

Catégories	Pondération des unités (%) Le plus utile	Pondération des unités (%) Le plus facile à intégrer
Effets positifs perçus de l'ARS	83.7	44
Facteurs personnels et professionnels	0	46.3
Compatibilité avec la réalité du travail	16.3	9.7
Total	100	100

Ces exemples de commentaires de soignants illustrent bien en quoi les répondants jugent que l'ARS présente des impacts positifs, ce qui justifie son utilité pour leur travail :

En utilisant les bonnes techniques, on force beaucoup moins. (Gr05)

Prendre contact avec le client, l'impliquer dans la manœuvre, le faire participer est bénéfique pour le client et pour nous. (Gr11)

La prise de contact avec le patient aide aux soins, car lorsque nous avons capté son attention, le patient est plus à l'écoute des consignes, ce qui nous donne plus de temps. (Gr09)

Je n'impose plus, j'accompagne. J'ai aussi réalisé quelles étaient mes forces. Je suis plus relax, les résidents viennent à moi sans retenue. (Gr09)

En ce qui a trait aux justifications liées à la facilité à intégrer les différents éléments de la formation dans le travail, l'analyse de contenu des soignants à la sous-question « Pourquoi? » démontre que leur perception positive des effets de l'approche (44 % des unités codées) et la correspondance forte entre l'ARS et leur perception d'eux-mêmes (pratiques actuelles, valeurs, identité professionnelle) (46,3 % des unités) constituent les principaux facteurs facilitant l'intégration de l'approche dans leur quotidien.

J'ai déjà tendance à le faire naturellement. (Gr24)

L'approche relationnelle de soins (...) ce sont des principes ou valeurs fondamentales pour moi. (Gr27)

Car j'aime la personne âgée, le beau contact qu'elle me procure. (Gr10)

(...) car je travaille en réadaptation (...) (Gr21)

Enfin, une plus faible proportion des unités analysées renvoie au fait que l'ARS est jugée utile (16,3 %) ou facile à intégrer (9,7 %) à cause des conditions de travail facilitantes ou au fait que l'ARS paraît simple à mettre en œuvre du point de vue des soignants.

Ça ne demande pas (...) d'équipement supplémentaire et, si tout le monde le fait, le mouvement de vague devrait suivre (Gr31)

Ce sont des choses simples (Gr08)

5.1.6.2 Éléments de la formation jugés les plus difficiles à intégrer dans le travail et justifications des soignants

Tel que mis en évidence dans le tableau 7, la recherche de l'autonomie du résident ainsi que les moyens permettant d'atteindre cet objectif, telles la verticalisation et l'attribution du soin (c.-à-d. la définition, par l'équipe, des soins à prodiguer en fonction des capacités et des besoins, sur la base d'une évaluation en réadaptation ou du diagnostic infirmier), se distinguent comme étant le contenu considéré le plus difficile à intégrer par les soignants ayant répondu au questionnaire (61,9 % des unités). Certaines habiletés pratiques liées à la mise en œuvre d'un soin relationnel (28,2 %) sont également mentionnées comme difficiles à intégrer, tels la communication et le toucher, de même que le travail d'équipe et l'ARS dans son ensemble. Les autres éléments (12,6 %) concernent essentiellement le travail en équipe lors des soins.

Tableau 7 : Catégorisation et pondération des unités de sens relatives aux dimensions de l'ARS jugées les plus difficiles à intégrer dans le travail

Catégories	Pondération des unités (%)
Maintenir et développer l'autonomie du résident	61,9
Réaliser un soin relationnel	25,5
Autres	12,6
Total	100

Plus spécifiquement, l'analyse de contenu des soignants en justification à leurs réponses à cette question (« pourquoi? ») permet de constater que les conditions organisationnelles constituent, de leur point de vue, un facteur majeur pouvant limiter les possibilités d'intégration de l'ARS dans leurs pratiques (tableau 8).

Tableau 8 : Catégorisation et pondération des unités de sens relatives aux justifications des soignants en ce qui a trait aux dimensions de l'ARS jugées les plus difficiles à intégrer dans le travail

Catégories	Pondération des unités (%)
Incompatibilité avec la situation de travail	51,3
Difficultés liées au collectif de travail	21,5
Facteurs personnels	17,5
Résidents et familles	9,7
Total	100

De manière spécifique, la majorité des unités codées (51,3 %) réfère à l'incompatibilité de l'ARS avec la situation de travail, en particulier le manque de temps, comme motif rendant difficile l'intégration de l'approche relationnelle dans le travail.

Quand nous sommes débordés de travail, c'est plus difficile. (Gr5)

Parce que nous désirons et devons aller très vite. (Gr20)

J'aurai de la difficulté à laisser faire au client tout ce qu'il est capable de faire, faute de temps. (Gr10)

Des difficultés liées au collectif de travail sont aussi évoquées (21,5 % des unités) : pairs qui ne sont pas formés à l'approche ou qui n'y croient pas; nécessité d'un consensus d'équipe pour l'implantation de l'ARS et peur du jugement des pairs.

Au niveau du personnel nursing, la fausse croyance que marcher emmène des comportements agressifs, les chutes et la mort est nettement implantée. (Gr23)

Pour éviter d'en laisser à l'autre quart de travail et de se faire reprocher de ne pas l'avoir fait (Gr24)

Une autre catégorie importante concerne des facteurs personnels liés aux soignants eux-mêmes (17,5 % des unités). Les soignants évoquent le fait que l'approche exige de déconstruire certains automatismes, en particulier les prescriptions liées à la communication (ne pas offrir de faux choix ou encore décrire ce que l'on fait au fur et à mesure).

Parce que ce sont des phrases stéréotypes que l'on doit consciemment déprogrammer petit à petit, comme ne pas dire « OK ». (Gr33)

[La] routine [est] bien ancrée (Gr5)

D'autres mentionnent que l'ARS peut entrer en contradiction avec des stratégies de préservation de sa santé (ne pas répéter constamment les mêmes choses ; se centrer sur ses propres besoins) ou encore avec sa conception du travail bien fait (l'autonomie des résidents pouvant se traduire, dans certains cas, par des soins d'hygiène moins bien réalisés de leur point de vue).

Dire avant et décrire pendant les gestes de soins : j'ai l'impression de dire des choses inutiles, me répéter constamment. (Gr22)

Parce que parfois, dans notre temps restreint, on ne veut pas avoir à revenir. À ce moment, on est centré sur notre besoin comme intervenant plutôt que sur celui du résident. (Gr11)

On a besoin que ce soit bien fait. Je me connais, si la barbe par exemple n'est pas bien faite (...) je vais la reprendre, à moins que le client ne coopère pas. (Gr10)

Enfin, certaines unités codées (9,7 %) renvoient aux caractéristiques des résidents (atteintes cognitives, fatigue), ou encore à des difficultés vécues lors de l'intervention de membres de la famille des résidents ou encore causées par la présence de visiteurs. Par exemple :

La verticalisation, car le soir les résidents sont plus fatigués, donc ont moins de résistance pour se tenir debout. (Gr27)

Certains visiteurs se mêlent de nos clients et nous disent parfois quoi faire. Ça me dérange. (Gr03).

5.1.7 Interprétation et discussion

L'analyse des questionnaires indique que, un mois après la formation, les soignants formés à l'ARS perçoivent cette approche comme généralement utile. Ils manifestent également l'intention de l'intégrer dans leurs activités de soins. Cependant, lorsqu'ils sont questionnés de manière plus spécifique, des nuances apparaissent dans le discours des personnes formées, mettant en évidence certains facteurs pouvant faciliter l'implantation de l'ARS ou, au contraire, lui nuire.

Les constats de ce volet de l'étude sont discutés dans ce qui suit à partir d'un modèle écologique (Bronfenbrenner, 1977), selon lequel les comportements individuels peuvent être examinés à la lumière des multiples systèmes dont la personne fait partie. De ce point de vue, l'intégration de l'ARS par les soignants dans leur activité de soins peut être décrite comme l'interaction entre un soignant et un résident, faisant chacun partie d'un microsystème, à savoir son collectif de travail pour le soignant et la famille pour le résident. Ces deux microsystèmes font à leur tour partie du mésosystème qu'est l'établissement de soins de longue durée.

a) Soignants

Les constats indiquent aussi que l'ARS suscite une forte adhésion chez plusieurs participants, notamment parce qu'elle s'appuie sur les valeurs de dignité et de maintien de l'autonomie, des valeurs cohérentes avec leur identité personnelle et professionnelle. Plusieurs participants considèrent pouvoir intégrer l'ARS, car celle-ci est cohérente avec leurs pratiques existantes. En ce qui concerne les croyances relatives à la possibilité d'intégrer l'ARS compte tenu des contraintes perçues, en particulier les contraintes temporelles, le point de vue des soignants est partagé. Certains d'entre eux considèrent que l'intégration des techniques de l'ARS (ex. : toucher doux, communication) est réaliste dans la mesure où celles-ci sont sous leur contrôle individuel. Certains expriment la conviction selon laquelle les soins intégrant l'ARS permettent de gagner du temps, ce qui renforce leur perception d'utilité de l'approche dans leur travail. Chez d'autres répondants, la croyance selon laquelle l'intégration de l'ARS nécessite plus de temps, semble au contraire constituer un frein à l'intégration de l'ARS dans le travail. Enfin, les réponses des répondants indiquent que la formation à l'approche elle-même et/ou son expérimentation en situation réelle ont permis de construire chez eux une croyance relative aux impacts positifs de l'approche, à la fois sur eux-mêmes, sur les résidents ainsi que sur la qualité de la relation de soins. Cependant, l'intégration de ces nouvelles habiletés nécessite de défaire des automatismes bien ancrés, ce qui est perçu comme difficile par plusieurs répondants. Ces habiletés peuvent être plus ou moins faciles à mettre en œuvre selon l'état de fatigue du soignant. Par ailleurs, un certain nombre de répondants font état d'un conflit ressenti entre les valeurs liées au maintien de l'autonomie, valeurs prônées par l'ARS, et l'éthique professionnelle liée au « travail bien fait ». Ces constats vont dans le même sens que les études recensées par Aylward et coll. (2003) selon lesquelles la transformation des pratiques de soins nécessite d'agir non seulement sur les savoirs et les habiletés des individus, mais également sur leurs croyances. Cela indique que, même si les participants partagent globalement la valeur de dignité sur laquelle se fonde l'ARS, les éléments plus spécifiques de cette approche que sont la valeur d'autonomie ainsi que la proposition selon laquelle un soin « relationnel » peut permettre de gagner du temps peuvent entrer en contradiction avec les croyances antérieures des participants, constituant un facteur potentiellement défavorable à la transformation des pratiques. Ce résultat met en évidence la

nécessité, lors de la formation à l'ARS, de mettre en œuvre des stratégies pédagogiques favorables à l'explicitation et à l'ébranlement de ces croyances afin de générer un apprentissage dit transformatif (Mezirow, 2000).

b) Collectif de travail

Une dimension moins documentée dans les écrits sur les formations en milieu de soins de longue durée et non explicitement présente dans le modèle de Aylward et coll. (2003) ressort de façon marquée dans le discours des soignants : il s'agit du collectif de travail, c'est-à-dire l'équipe de soignants qui partagent le soin des mêmes résidents et des tâches communes. Le soutien du collectif de travail est perçu par plusieurs répondants comme un facteur facilitant l'intégration de l'approche dans leurs pratiques de travail. Cependant, certains répondants rapportent craindre le jugement de leurs pairs s'ils mettent en œuvre l'approche parce qu'ils ont l'impression que cela ralentira leur rythme de travail et alourdira ainsi la charge de leurs collègues. Les présents résultats mettent aussi en évidence des tensions pouvant surgir entre les différentes professions, notamment avec le personnel infirmier. Du point de vue des soignants, ces tensions nuisent aux possibilités de transférer les techniques enseignées, car elles nécessitent un consensus au sein de l'équipe de soins, surtout celles en lien avec le maintien et le développement de l'autonomie des résidents. La polarisation du discours des soignants autour des contraintes temporelles évoquées précédemment pourrait aussi contribuer à alimenter les tensions au sein du collectif de travail. Il importe donc que ces préoccupations soient prises en compte dans le suivi de la formation. Ces résultats convergent également, de manière plus large, avec les écrits sur la relation de service, selon lesquels toute relation de service est fondamentalement caractérisée par l'existence de différents pôles (employeur, collectif, client, soi) qui peuvent parfois entrer en contradiction (Caroly et Weil-Fassina, 2004; Schoot, Proot, Legius, ter Meulen, et coll., 2006). La force potentielle de l'ARS est de procurer des bienfaits à la fois pour le pôle « client » (bien-être du résident, amélioration de la qualité du soin) et pour le pôle « soi » (amélioration de la santé et sécurité au travail, sentiment de satisfaction au travail). On peut ainsi penser qu'une implantation de l'ARS qui se limiterait essentiellement à la transformation des individus, risque, à terme, de générer une tension entre le pôle « soi » et les autres pôles de l'activité de travail, notamment celui lié au collectif de travail. Ces constats vont également dans le sens d'une perspective historico-culturelle de l'activité, selon laquelle l'interaction entre un sujet (le soignant) et un objet (l'ARS) est médiée notamment par les règles et les valeurs partagées par sa communauté de pratique (Engestrom, 2001; Lave et Wenger, 1991).

c) Organisation

Selon les écrits, l'implantation réussie des ASAP nécessite une adaptation de l'ensemble du contexte de soins (pratiques de soins plus flexibles, organisation du travail moins contraignante, environnement physique adapté) (Buelow et coll., 1998; Emilsson, 2006; Kaskie, 2004; Matthews et coll., 1996; Shaller, 2007; Stolee et coll., 2005). Les présents constats indiquent que, du point de vue des soignants, ces conditions ne sont pas toujours présentes. En particulier, les participants soulignent l'importance que la formation s'inscrive dans un projet d'établissement, que les effectifs soient suffisants sur les unités de soins et que l'organisation du travail soit davantage favorable à la collaboration lors des soins. L'analyse des commentaires des soignants démontre que plusieurs d'entre eux souhaiteraient que la formation à l'ARS soit étendue à l'ensemble du personnel soignant ainsi qu'aux autres catégories de personnel, de manière à ce que l'approche soit partagée par tous. Certains souhaiteraient aussi que la formation

ne soit pas seulement le fait d'une activité ponctuelle; ils aimeraient ainsi bénéficier d'occasions plus fréquentes de pratiquer, avec une rétroaction, certaines dimensions de l'ARS au cours des semaines ou des mois suivant la formation. Ces résultats convergent avec l'idée selon laquelle la transformation durable des pratiques de soins, au-delà de la période de formation elle-même, nécessite la mise en œuvre de mécanismes de suivi, de supervision ou de renforcement (Aylward et coll., 2003). Ces mécanismes permettraient l'atteinte des résultats d'apprentissage et de transfert dans la pratique les plus probants et les plus durables (C. Beck et coll., 1999; Burgio et coll., 2002; Hoeffler et coll., 2006; Stolee et coll., 2005). Ils deviennent encore plus nécessaires pour prendre en compte les préoccupations exprimées à la section précédente (modification d'automatismes et de croyances, régulation du travail dans l'équipe, etc.), qui supposent un processus de longue haleine pour favoriser l'implantation durable.

d) Résidents et familles

Les résultats indiquent aussi que l'état des résidents - par exemple la fatigue en soirée - peut aussi nuire à certaines actions de soins visant le maintien de l'autonomie. Par ailleurs, certains soignants mentionnent les difficultés liées au manque de soutien des familles des résidents au moment de mettre en œuvre l'ARS. Même si cette interprétation va à l'encontre des prescriptions des ASAP, certains soignants ont le sentiment que les familles peuvent interférer dans la relation soignant-résident, perturbant la mise en œuvre d'un soin relationnel de qualité. Ces résultats confirment l'importance d'impliquer les résidents et leur famille au moment d'implanter une approche de soins centrée sur la personne (Shaller, 2007).

5.2 Enquête sur le déploiement de l'ARS et la perception de son impact

5.2.1 Objectifs

Ce volet de la recherche est rétrospectif afin d'explorer le déploiement de l'ARS et la perception de son impact, quelques années après que les conseillers de l'ASSTSAS aient procédé à la formation de formateurs dans différents milieux. Les objectifs poursuivis étaient : 1) caractériser les établissements où l'ARS a été implantée et les chargés de projet qui en étaient responsables; 2) estimer l'ampleur de l'implantation de l'approche et 3) recueillir la perception des chargés de projet quant à son impact sur les résidents et sur les soignants. Il s'agit aussi d'une recherche exploratoire au plan méthodologique dans le but de tester la faisabilité d'une approche quantitative.

5.2.2 Recrutement des établissements et des répondants

Le chargé de projet (CP) a été jugé le répondant le plus susceptible de fournir les données recherchées. Selon les données de l'ASSTSAS, entre 2002 et 2008, 35⁶ établissements ont implanté l'approche relationnelle de soins dans 101 sites et 162 formateurs ont été accrédités pour offrir la formation à leurs pairs. Chaque implantation a fait l'objet d'un projet d'établissement sous la responsabilité d'un chargé de projet. Ces 35 établissements ont été sollicités à partir d'une liste rendue disponible par l'ASSTSAS. Les 17 établissements ayant accepté de participer à l'enquête ont signé une entente avec l'équipe de recherche dans laquelle il fournissait le nom du CP ou, à défaut, celui d'un informateur à contacter. Puis, ces personnes ont été sollicitées et celles qui ont accepté de participer à titre de répondant ont signé un formulaire de consentement. Les 17 établissements participants correspondent à 70 installations de soins de longue durée parmi les 101 rejointes par l'ARS.

5.2.3 Variables étudiées, instruments, collecte et analyse des données

Afin de répondre à la double visée d'émergence de connaissances sur l'implantation de l'ARS et son impact, et d'exploration méthodologique, la méthode retenue est l'étude de cas multiples à un niveau d'analyse de Yin. La méthode des cas multiples cadre bien avec l'analyse processuelle de l'implantation de l'ARS. Les répondants ont participé à un entretien téléphonique guidé par questionnaire et leurs commentaires ont été notés. Ils ont aussi été invités à fournir des données factuelles sur le déploiement de l'approche. Les données ont été recueillies à l'aide de deux questionnaires élaborés à partir de variables relevées dans la recension des écrits et validées par des collaborateurs de l'ASSTSAS. Les questionnaires ont ensuite été validés pour le contenu et la forme par trois juges experts (Polit et Owen, 2007) puis préexpérimentés (4 répondants réinclus dans l'étude). Un questionnaire sert de canevas à l'entretien téléphonique (45-60 minutes) portant sur les variables suivantes : identification du répondant, type d'établissement, situation géographique, nombre d'installations, nombre de lits, perception de la trajectoire et de la mise en œuvre de l'ARS, perception de l'impact sur les résidents et les soignants. Le deuxième questionnaire porte sur des données factuelles : nombre de formateurs et de soignants formés, nombre d'installations rejointes par la formation, indicateurs de santé des soignants (taux de roulement, absence pour maladie, accident, incident), plaintes formelles et informelles des résidents ou de leurs proches. Les deux questionnaires comprennent des questions ouvertes, des items avec échelle d'appréciation, des questions fermées et de l'espace pour recueillir les commentaires. Le répondant avait trois semaines pour fournir les données factuelles. Les données du MSSS ont permis de caractériser l'ensemble des établissements visés par l'enquête (la taille des installations, informations qui seront par la suite validées par les répondants), et de situer les installations en zone rurale ou urbaine. La collecte de données a eu lieu entre mai et décembre 2010.

⁶ Le nombre d'établissements apparaissant ici correspond à la situation qui prévalait au moment de l'enquête. En effet, les fusions d'établissements survenues entre 2002 et 2008 ont fait en sorte que certains CHSLD qui étaient, au moment de l'implantation, des « établissements » ont été fusionnés devenant ainsi une installation dans un plus grand établissement.

Les données quantitatives ont fait l'objet de statistiques descriptives à l'aide du logiciel SAS. Ces analyses ont été limitées par le fait que des données recherchées ne nous ont pas été fournies par certains répondants. Pour estimer le degré d'implantation, trois indicateurs ont pu être calculés : le rapport du nombre d'installations rejointes par la formation sur le nombre d'installations de l'établissement; la qualification de la trajectoire du projet, en continu, avec période creuse ou abandonné; et la perception de la mise en œuvre de l'ARS dans le milieu sur une échelle de 1 à 10, 10 étant la mise en œuvre idéale. Un score était enregistré pour chacune des installations rejointes par l'ARS et la moyenne était attribuée à l'établissement. Les différents indicateurs d'impact ont été appréciés sur une échelle de 1 à 5 (1= très négatif, 2= négatif, 3= sans changement, 4= positif, 5= très positif). Les données qualitatives, quant à elles, ont fait l'objet d'une analyse de contenu par catégorisation thématique (Krippendorff, 2003)

5.2.4 Constats

5.2.4.1 Données disponibles pour chacun des cas/projet

Le tableau 9 présente les principales données descriptives de chacun des cas/projets. On y constate que les établissements sont diversifiés sur plusieurs points: il peut s'agir de centres de santé et de services sociaux (CSSS) comportant plusieurs installations, ou de CHSLD non rattachés à un CSSS; certains sont publics, d'autres sont privés, parfois privés non conventionnés. Les agglomérations urbaines et rurales sont représentées. La majorité des CHSLD sont rattachés à un centre de santé et de services sociaux (CSSS) et se situent en région urbaine. Sur ces plans, les cas sont assez semblables aux 35 établissements de la population cible. La taille des établissements varie de moins de 100 lits à plus de 1000 lits répartis dans un nombre d'installations variant de un à plus de 10. Les répondants sont en majorité des infirmières (10/17) ayant des responsabilités administratives. Onze des 17 répondants ont été chargés du projet ARS, dont 10 depuis le démarrage. Le temps écoulé depuis le début de l'implantation est aussi variable. Neuf projets s'étaient amorcés entre un an et trois ans avant l'enquête, alors que huit remontaient à quatre ans et plus.

Tableau 9: Principales données descriptives pour chacun des cas/projet

Cas	Début d'im- plantation	Répondant		Établissement			Implantation de l'ARS			
		Caractéristiques	Impliqué depuis	Type	Aggloméra- tion	Nombre de lits	N ^{bre} d'installations rejointes par l'ARS / nb total d'inst.	Ratio n ^{bre} de personnes formées/n ^{bre} De lits	Trajectoire	Perception de la mise en œuvre dans les soins
1	2006	CP, Inf. chef d'unité	2008	CSSS	Urbaine	96	1/2	0,45	APC	5,25
2	2007	CP, Inf. chef d'unité	2007	CHSLD public	Urbaine	320	1/1	0,08	CON	6
3	2004	CP, Physio. cons. clinique	2006	CSSS + unité CH	Urbaine	1315	7/8	0,46	CON	5,5
4	2007	NCP, Inf. cons. clinique	nd	CSSS	Urbaine	368	5/8	nd	CON	7,75
5	2005	NCP, Inf. coord. à l'hébergement	nd	CSSS	Urbaine	662	12/13	nd	ABD	7
6	2008	CP, Inf. chef d'unité	2008	CHSLD privé	Urbaine	190	1/1	0,87	APC	5,5
7	2005	CP, Inf. chef	2008	CHSLD public	Urbaine	387	1/1	nd	CON	7
8	2005	NCP, Ergo. Chef de prog. d'hébe.	nd	CSSS	Urbaine	305	3/3	0,24	ABD	6,6
9	2008	CP, Chef d'unité de réad.	2008	CSSS	Rurale	91	1/1	nd	CON	8
10	2004	CP, Inf. cons. cadre	2004	CSSS	Urbaine	100	4/4	nd	APC	6
11	2006	CP, TS chef de serv. et CMV	2006	CSSS /CHSLD public	Urbaine	119	3/9	nd	APC	7
12	2002	CP, Inf. chef de service	2002	CSSS	Urbaine	131	1/1	nd	APC	5
13	2007	CP, Récréo. Adj. à la direction	2007	CSSS	Urbaine	521	2/4	nd	APC	7,5
14	2005	CP, Inf. cons. clinique	2005	CSSS	Urbaine	758	2/5	nd	ABD	3
15	2007	NCP, Edu. spé.	nd	CHSLD privé + /privé non conv.	Urbaine	217	2/2	nd	CON	5,5
16	2006	CP, Inf. prog. perte d'auto.	2006	UNITE Hosp/CHU/	Urbaine	106	2/5	nd	APC	6,25
17	2004	NCP, PAB	nd	CSSS	Rurale	119	2/2	nd	APC	6

CP= chargé de projet; NCP= non chargé de projet; Inf : infirmière; Cons : conseillère; Physio : physiothérapeute; Ergo : ergothérapeute; TS : travailleuse sociale; CMV=conseillère milieu de vie; PAB= préposé aux bénéficiaires; nd=non disponible; APC= avec période creuse; CON= en continu; ABD= abandon du programme

5.2.4.2 ARS et orientations institutionnelles

Sept établissements auraient inscrit l'ARS dans leurs orientations institutionnelles (Approche milieu de vie, Plan quinquennal, Vision centrée sur le client ou Valeurs). Quatre auraient toujours comme priorité de donner la formation alors que quatre n'en feraient plus une priorité, soit que l'ARS ait été supplantée par la formation AGIR⁷ ou l'Approche optimale, soit par manque de ressources ou en raison d'un moratoire sur les activités de formation. Finalement, un répondant rapporte que c'est l'intérêt pour l'approche qui a fait que la formation a été offerte pendant un certain temps, et un autre mentionne qu'il s'agit d'un outil de formation au même titre que d'autres outils de formation disponibles.

5.2.4.3 Ampleur de l'implantation de l'ARS

a) Proportion d'installations rejointes par la formation

Les données pour ce calcul sont disponibles pour tous les établissements. On constate au tableau 9, que la majorité des établissements ont diffusé la formation dans au moins 50 % de leurs installations, 11 atteignant le 100 % ou s'en rapprochant.

b) Ratio du nombre de personnes formées sur le nombre de lits de l'établissement

Il aurait été intéressant de pouvoir calculer le ratio du nombre d'employés formés sur le nombre d'employés par installation ou au total. Ces données n'étant pas disponibles, il a par contre été possible de calculer le ratio du nombre d'employés formés sur le nombre total de lits, pour cinq cas. Ce ratio varie de 0,08 à 0,87, le plus petit étant pour un établissement ayant une seule installation de 320 lits, et le plus grand pour un établissement ayant une installation en comptant 190.

c) Trajectoire d'implantation

Tous les établissements ont connu des développements après le départ du conseiller. Pour la majorité d'entre eux (14/17), l'approche est toujours vivante. Invités à qualifier la trajectoire d'implantation, sept répondants considèrent que l'ARS a connu des développements de manière continue (CON) alors que sept autres indiquent que l'approche a connu plusieurs périodes creuses (APC). Trois établissements ont abandonné l'implantation de l'ARS. Dans deux cas, la grande majorité des installations a été touchée par l'ARS et il n'y a plus de chargé de projet. Et dans l'autre, le CP est toujours en place, mais moins de la moitié des installations de l'établissement ont été touchées par l'ARS et il n'y a pas de ressources consenties au projet.

5.2.4.4 Perception de l'impact de la mise en œuvre

La grande majorité des répondants situent le niveau de mise en œuvre de l'approche entre cinq et sept⁸. La médiane se situe à six. On note qu'un des projets est perçu de niveau 3, alors que trois projets sont perçus comme étant de niveau supérieur à 7.

⁷ AGIR : Formation modulaire développée par le MSSS et diffusée dans les CHSLD avec un budget assorti.

⁸ Bien que les choix de réponses proposés fussent des nombres entiers, certains chargés de projet ont utilisé des fractions pour mieux qualifier leur perception.

a) Impact de la mise en œuvre sur les résidents

L'appréciation des répondants concernant l'impact de la mise en œuvre de l'ARS sur les résidents se retrouve au tableau 10. Au moins dix répondants perçoivent des impacts positifs sur le plan de la qualité des soins, des capacités fonctionnelles, des comportements perturbateurs, de la satisfaction des familles et des proches, et des plaintes formelles et informelles. Tous les répondants perçoivent des effets positifs sur les comportements perturbateurs. Aucun élément n'est ressorti du côté négatif. Un élément s'avère peu ou pas touché par la mise en œuvre de l'approche, soit les tentatives de sortie.

Tableau 10 : Perception des répondants de l'impact de l'ARS sur les résidents

	Fortement positive	Positive	Aucun changement	Négative	Fortement négative	Ne sais pas
Qualité des soins	2/17	13/17	1/17	-	-	1/17
Capacités fonctionnelles	-	12/17	5/17	-	-	-
Comportements perturbateurs	4/17	13/17	-	-	-	-
Satisfaction des familles et des proches.	1/17	15/17	1/17	-	-	-
Plaintes informelles des familles et des proches	-	10/17	4/17	-	-	3/17
Plaintes formelles des familles et des proches	-	6/17	5/17	-	-	6/17
Tentatives de sortie	-	1/17	15/17	-	-	1/17
Symptômes de dépression	-	8/17	3/17	-	-	6/17

b) Impact de la mise en œuvre sur les soignants

Le tableau 11 montre l'appréciation des répondants quant à divers indicateurs d'impact concernant les soignants. Rien de négatif ne ressort, et les principaux points positifs relevés, par au moins 12 répondants, ont trait au soignant en général, au déroulement du soin, à la réduction des incidents et accidents du travail, à la nature de l'emploi (tâche, équipements, toilette debout vs couché, autonomie, défis), à l'organisation du travail en général, au rôle de travailleur (valorisation, reconnaissance, répartition et équilibre des tâches, absence de conflit) et à la satisfaction au travail. Se démarquent plus particulièrement l'apport positif de l'ARS au déroulement des soins et à l'organisation du travail (17/17), de même que sur le rôle des travailleurs (16/17)

Tableau 11 : Perception des répondants quant à l'impact de l'ARS sur les soignants

	Fortement positive	Positive	Aucun changement	Négative	Fortement négative	Ne sais pas
Soignant en général	5/17	12/17	-	-	-	-
Déroulement des soins	-	17/17	-	-	-	-
Réduction des incidents et accidents de travail	1/17	11/17	-	-	-	5/17
Nature de l'emploi	2/17	13/17	1/17	-	-	1/17
Organisation du travail	-	17/17	-	-	-	-
Rôle du travailleur	-	16/17	1/17	-	-	-
Satisfaction au travail	-	15/17	2/17	-	-	-
Taux de roulement	1/17	5/17	11/17	-	-	-
Taux d'absence	-	4/17	8/17	-	-	5/17

5.2.4.5 Responsabilités du chargé de projet

L'enquête permet de répertorier les responsabilités les plus fréquentes attribuées aux chargés de projet (tableau 12) selon 12 répondants.

Tableau 12 : Responsabilités les plus fréquentes selon le type d'établissements

Responsabilités du chargé de projet	Nombre de répondants qui ont rapporté ces responsabilités n=12	Type d'établissement (nombre)
Planifier/coordonner les formations	8	CSSS (5) CHSLD public (2) CHU (1)
Établir la liste des personnes à former	7	CSSS (4) CHSLD public (1) CHSLD privé (1) CHU (1)
Assurer le suivi auprès des personnes formées	6	CSSS (4) CHSLD public (1) CHSLD privé (1)
Promouvoir l'approche auprès des cadres, des formateurs, de l'établissement	5	CSSS (4) CHU (1)
Sélectionner des résidents pour lesquels l'ARS serait la plus probante	4	CSSS (3) CHSLD privé (1)
Logistique : réserver les locaux, les équipements, acheminer les formulaires d'accréditation	4	CSSS (3) CHSLD public (1)
Gérer la disponibilité des formateurs	4	CSSS (3) CHSLD public (1)

Supervision des formateurs et des soignants formés en début de formation	3	CSSS (2) CHSLD public (1)
Trouver des remplaçants aux formateurs et aux soignants pendant les périodes de formation	2	CSSS (2)

Pour assumer ces responsabilités, trois établissements sur les 17 avaient déterminé des heures officiellement consacrées au projet et 11 établissements ont déclaré que le temps dédié au projet était compris entre moins d'une heure et 15 heures par semaine, avec une médiane de deux heures par semaine. La plupart des établissements ont consacré beaucoup de temps à l'implantation du projet au démarrage, allouant parfois plus de deux jours par semaine. Une fois le projet implanté, le CP pouvait déléguer certaines responsabilités à une personne relais dans l'installation ou aux formateurs internes. Pour la majorité des répondants, les activités liées à l'ARS s'ajoutent à d'autres responsabilités et d'autres activités. Environ sept des 17 répondants jugent que le temps disponible est suffisant pour accomplir les tâches liées au projet, une fois le projet implanté. Pour les répondants qui étaient d'un avis contraire, une personne embauchée à temps plein aurait selon eux aidé à l'organisation de la formation et à un meilleur suivi. Aucun chargé de projet ne prévoit cependant augmenter le nombre d'heures attribuées au projet et les répondants, là où il n'y a pas de CP présentement, envisagent en nommer un à nouveau.

5.2.4.6 Perspective de développement

Au moment de l'enquête, de nouvelles formations de soignants à l'ARS étaient prévues dans 13 établissements. Ces formations ciblent principalement les nouveaux employés. Le nombre de formation de formateurs, par contre, aurait été revu à la baisse dans 12 établissements en raison de coupures budgétaires, d'une pénurie de personnel et de difficultés de remplacement. Cependant, sept répondants prévoient implanter l'approche dans d'autres installations, bien qu'il n'y ait aucun budget prévu à cet effet. Cinq établissements, qui planifient la formation de formateurs, recrutent de nouveaux formateurs. Dans trois établissements, la formation à l'ARS, qui concerne principalement les pratiques de soins, est tout de même envisagée pour d'autres catégories d'emploi : le personnel de l'entretien ménager, les nutritionnistes, les travailleurs sociaux, les préposés de la salle à manger et les employés de la buanderie. Neuf établissements prévoient d'autres développements au projet ARS. Pour une grande majorité de ceux-ci, il s'agit d'activités de suivi pouvant prendre plusieurs formes: la création d'un comité d'implantation composé des responsables et de formateurs ARS; la création d'un comité de suivi qui présenterait des capsules avec différents thèmes destinées aux PAB afin de garder l'approche vivante; une équipe autogérée de « *personnes ayant l'esprit ARS* » pour mettre en place des projets afin de trouver des solutions aux difficultés auxquelles font face les soignants.

5.2.5 Interprétation et discussion

Les données sur les perceptions des répondants révèlent que le déploiement de l'ARS est variable et relativement bon dans 10 établissements qui ont un indice supérieur à six. Les commentaires montrent que le déploiement de l'ARS repose sur la présence de personnes dédiées à son implantation et est tributaire du soutien institutionnel et des ressources disponibles. Le suivi postformation est jugé par plusieurs comme crucial pour la pérennité de l'approche.

Malgré le manque de ressources pour certains, des développements de l'ARS sont encore envisagés.

L'apport positif de l'ARS au déroulement du soin, à l'organisation du travail et à la valorisation du travail des PAB, sont des effets attendus qui semblent bien présents. En outre, plus de la moitié des répondants estiment que l'ARS a des effets positifs sur la réduction des incidents et accidents du travail. Du point de vue de la qualité des soins telle que perçue par les résidents et leur famille, l'impact de l'ARS est jugé également positif.

Il y a donc une forte concordance des jugements exprimés sur l'appréciation positive des impacts de l'ARS sur les résidents et sur les soignants. Cet élément apparaît très prometteur du point de vue de la prévention des problèmes de santé au travail des soignants. En effet, tant par sa nature que par son processus d'implantation, l'ARS telle que préconisée par l'ASSTSAS permet d'intégrer la prévention à un projet qui concerne les activités de soins. Comme le soulignent des travaux récents sur l'environnement psychosocial de travail (Petit, Dugué et Daniellou, 2011) le sentiment de faire un travail de qualité est une source importante de satisfaction donc de santé au travail. Par ailleurs, les approches préventives sont plus fructueuses lorsqu'elles sont intégrées à la gestion des opérations plutôt que déployées en parallèle aux activités principales d'une organisation (Pérusse, 2005).

5.2.6 Portée et limites

Malgré un nombre acceptable de répondants, le manque de données factuelles fournies ne permet pas d'analyses statistiques. Pourtant, les indices de déploiement que nous avons choisis, demeurent à notre avis pertinents pour estimer l'ampleur de la mise en œuvre de l'approche. Dans ce sens, les milieux qui veulent pouvoir estimer l'impact de changements qu'ils apportent à leurs modes de fonctionnement, auraient avantage à systématiser une collecte des données pouvant servir d'indicateurs (taux de roulement, absences, accidents, incidents, plaintes). Cela permettrait de mieux juger l'investissement consenti par rapport aux résultats obtenus. Donc, sur le plan méthodologique, le devis d'enquête avec données quantitatives et qualitatives que nous avons retenu pourrait être repris, soit en laissant plus de temps aux milieux pour rassembler les données (3 mois plutôt que trois semaines) ou soit en se concentrant sur des milieux qui ont déjà une bonne infrastructure pour recueillir ce type de données.

Les répondants de l'étude sont pour la plupart des chargés de projet, dont plusieurs étaient là au démarrage du projet. On peut avancer que ce sont des personnes dédiées à l'humanisation des soins qui ont initié le processus et porté le projet. Ceci constitue un biais de sélection favorable à l'ARS. Par ailleurs, il aurait été intéressant de pousser plus loin l'appréciation de l'impact l'ARS, notamment sur la santé au travail des soignants. La perception positive qu'en ont les chargés de projet gagnerait à être appuyée par des données factuelles auxquelles nous n'avons malheureusement pas pu avoir accès.

Notre étude suggère donc que les milieux auraient intérêt à mettre en place des collectes de données qui faciliteraient l'évaluation de tout changement souhaité, qu'il s'agisse de formation ou de modifications apportées à l'organisation du travail. Des organismes comme la Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité (CQVTSSQ, 2007), proposent

plusieurs indicateurs à cet égard et l'ASSTSAS pourraient, par exemple, proposer aux chargés de projet de recueillir ces données. Ce type de données devraient couvrir autant ce que l'on souhaite voir advenir que ce que l'on souhaite voir changer. La partie quantitative s'avère faisable à nouveau, en autant que certains ajustements soient apportés.

5.3 Les groupes de discussions focalisées

5.3.1 Objectif

L'objectif des groupes de discussion focalisée (GDF) était de mettre au jour les caractéristiques de la formation, de la démarche d'implantation, de l'impact de l'ARS et des conditions de travail et organisationnelles favorisant ou entravant son implantation.

5.3.2 Cadre d'analyse

Des facteurs d'influence de l'implantation d'une ASAP telle l'ARS, sont déjà répertoriés dans les écrits existants. Ils ont été confirmés lors du premier volet de la recherche (Viau-Guay et coll., 2013). Il en découle un modèle dit socio écologique (Bronfenbrenner, 1977), faisant ressortir quatre principales sources d'influence: le soignant, le collectif, l'établissement et le résident/famille.

5.3.3 Participants à l'étude

Sept GDF ont été menés pour connaître le point de vue de différents types d'informateurs sur l'implantation de l'ARS dans leur milieu soient, un groupe composé des conseillers de l'ASSTSAS (5 personnes) et six groupes d'acteurs internes de neuf établissements (27 dont 24 femmes et 3 hommes), dans les catégories de personnel suivantes : cadres (5 et 4), chargés de projet (5), formateurs (3 et 5) et formés (5). Au-delà du fait que les sept GDF ciblaient différents types d'informateurs, le tableau 13 montre que chacun des groupes internes aux établissements offrait une diversité au plan sociodémographique, soit par la profession (infirmière, ergothérapeute ou PAB), le titre d'emploi (infirmière, infirmière auxiliaire) soit par les responsabilités administratives (direction des soins infirmiers, chef d'unité, poste de coordination, directeur adjoint et conseillère clinicienne). La majorité des informateurs a une longue expérience. Les neuf établissements sont quant à eux variables selon la taille (61 à 1315 lits) et le temps écoulé depuis le début du projet (3 à 7 ans).

Tableau 13 : Profil sociodémographique des participants aux groupes de discussion focalisée

Groupe de discussion	Établissement	Profession	Expérience	Fonction CU = chef d'unité; D.S.I = Directrice des soins infirmiers
Cadres	1	2 infirmières	+ de 10 ans	D.S.I + CU
	2	infirmière	+ de 10 ans	CU
	3	infirmière	+ de 10 ans	Coordonnatrice
	5	ergothérapeute	+ de 10 ans	Coordonnatrice
	6	infirmière	+ de 15 ans	Directrice adjointe à l'hébergement
	8	infirmière	+ de 15 ans	CU
	7	2 infirmiers	+ de 15 ans	CU + directeur adjoint à l'établissement
Chargés de projet	1	infirmière	N/D	CU
	2	infirmière	26 ans	CU
	3	infirmière	7 ans	infirmière
	4	infirmière	5 ans	CU
	5	ergothérapeute	N/D	ergothérapeute
Formateurs	1	infirmier auxiliaire	N/D	infirmier auxiliaire
	3	PAB	22 ans	PAB
	6	infirmier auxiliaire + PAB	N/D	infirmière auxiliaire + PAB
	7	PAB	28 ans	PAB
	8	ergothérapeute + infirmière	N/D	ergothérapeute + infirmière
	9	PAB	8 ans	PAB
Formés	1	PAB	N/D	PAB
	2	PAB	6 ans	PAB
	3	PAB	10 ans	PAB
	5	PAB + infirmière auxiliaire	5 ans et 13 ans	PAB + infirmière auxiliaire

5.3.4 Collecte et analyse de données

Différents thèmes de discussion ont été suggérés aux groupes sans être directifs : perception du déploiement et de l'impact de l'ARS; rapport ARS-organisation du travail; formation ARS; formation; rôles et responsabilités; et perspective de poursuite de l'ARS. Les périodes de discussion d'une durée d'environ 1 h 30 à 2 h 30, ont fait l'objet d'un enregistrement audio et le contenu a fidèlement été transcrit *in extenso*. Les matériaux transcrits ont fait l'objet d'un codage par unité de sens à l'aide du logiciel d'analyse qualitative QDA Miner. Ce codage a permis de faire une analyse de contenu par catégorisations thématiques existantes (cadre d'analyse), tout en laissant la porte ouverte à des catégories émergentes. Pour le groupe des conseillers, les éléments de contenu seront présentés sans qu'un calcul de pondération ait été effectué. Pour les six groupes d'acteurs internes aux établissements, l'ampleur des données recueillies a donné lieu à un calcul de pondération des catégories de sens pour faire ressortir les éléments principaux à retenir comme constats. Ces éléments de contenu ont été classifiés en facteurs facilitant ou entravant (Green et Kreuter, 1991) l'implantation de l'ARS à partir des dires des participants.

5.3.5 Principaux constats

5.3.5.1 Point de vue des conseillers de l'ASSTSAS

L'analyse du discours du groupe des conseillers de l'ASSTSAS, qui ont conçu et/ou donné la formation, met en lumière que la formation s'est développée à la demande des milieux, ceux-ci étant en recherche d'outils préventifs face aux comportements d'agitation et à la violence potentielle dans la relation de soins. Elle s'inscrit dans la lignée de l'approche française de la *manutention relationnelle* de Gineste et Marescotti (ASSTSAS, 2007). Cette approche a ainsi été expérimentée et adaptée à la réalité québécoise par de multiples allers et retours avec le terrain sur une période de trois ans. Un format plus standardisé de formation de formateurs, visant une prise en charge du milieu, a été implanté en 2003. Du point de vue des conseillers, la pédagogie expérientielle de la formation à l'ARS amène non seulement l'acquisition de savoir-faire, mais d'importants savoir-être (attitude d'humanité), savoir-agir (approcher le résident, interpréter ses rétroactions et y répondre en mode relationnel, stimuler l'autonomie optimale selon des attentes réalistes, délier les rétractions en douceur), et des savoir-devenir (garder le rapport soignant-soigné dans la dignité humaine malgré les contraintes).

On peut extraire du discours des conseillers des facteurs présents dans un milieu avant la formation et qu'ils jugent favorables à son implantation : une culture organisationnelle orientée vers le résident, un milieu en mode projet (milieu de vie), une bonne entente syndicats/employeurs, des formateurs ayant des qualités de pédagogue, un personnel déjà formé selon les *Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires* (PDSB) et ouvert aux soins en mode relationnel, la disponibilité d'équipements adaptés (lève-personne, civière-douche), l'accès à du personnel de remplacement et, enfin, la disponibilité, la stabilité et l'engagement du chargé de projet et des gestionnaires. Les conseillers de l'ASSTSAS jugent que d'autres facteurs présents en cours de formation (formation de base offerte directement par les conseillers dans les établissements) peuvent tantôt être facilitant ou tantôt entravant pour l'implantation de l'ARS. Il apparaît facilitant d'implanter l'ARS lorsque la compréhension des enjeux d'une nouvelle orientation de soins est partagée par les décideurs et le chargé de projet, que le réseau de communication interne du milieu est efficace, lorsqu'il y a des leaders positifs, quand on se donne du temps pour opérer des changements de représentations et transformer les pratiques, et lorsque les gestionnaires sont proches de la base, notamment à l'étape de consolidation. L'appartenance professionnelle des formateurs par rapport aux personnes formées serait favorable lorsque les soignants peuvent s'identifier au formateur. Le soutien de la direction, la latitude d'action des soignants, la souplesse de l'organisation, le recours aux conseillers de l'ASSTSAS après leur départ et les moyens de suivi que le milieu se donne, sont d'autres facteurs favorables à l'implantation de l'ARS. Par ailleurs, certains facteurs sont vus par les conseillers comme plutôt entravant l'implantation : une culture clinique de type hôpital, l'éloignement en région qui complexifie la phase de préparation à la formation donnée par le conseiller, une pénurie de personnel, une conception utilitaire du travail de PAB chez les gestionnaires, un environnement bâti restreignant (chambre trop petite), la non-adhésion de certains participants aux principes fondamentaux de la formation, une difficulté observée chez certains soignants formés relative au décodage des rétroactions émises par les résidents lors des soins, des changements de priorités de l'institution en cours de route, des restrictions budgétaires, l'absence de culture d'entraide au sein du collectif de travail et la démotivation du personnel.

5.3.5.2 Point de vue des acteurs internes à l'organisation

En cours d'analyse, trois catégories de sens se sont ajoutées à celles du cadre d'analyse initial. Il s'agit d'unités de sens relatives à la formation, au contexte social et politique et au rôle de l'ASSTSAS. Le tableau 14 présente le poids des sept catégories d'unités de sens pour chacun des groupes d'acteurs internes aux établissements. Les constats présentés sont des sous-catégories rattachées aux sept catégories du tableau. Ils sont rapportés en se référant au groupe qui en a le plus discuté en spécifiant les items qui concordent entre les groupes, puis en mettant en lumière les préoccupations particulières à l'un ou l'autre groupe.

Tableau 14 : Pondération des unités de sens en fonction des catégories de sens existantes et émergentes pour chacun des groupes de participants internes aux établissements

Catégories/ Proportion des unités de sens (%)*	Cadres	Chargés de projet	Formateurs	Formés	Moyenne(%)
Établissement	34,8	34,5	31,3	34,3	33,7
Collectif	25,6	20,3	16,7	24,9	21,8
Soignant	12,6	15,7	21,7	11,1	15,2
Formation	11,5	14,6	15,4	10,5	13,0
Résident/Famille	9,9	7,5	7,7	13,8	9,7
Contexte sociopolitique et économique	6,3	7,4	6,5	4,4	6,1
Rôle ASSTSAS	1,5	1,1	1,5	0	1,0

*La somme des colonnes ne totalise pas 100 % en raison de l'arrondissement au dixième près des pourcentages dans chaque catégorie de sens

Les constats se déclinent en un ensemble de facteurs facilitant ou entravant l'implantation de l'ARS.

5.3.5.2.1 Établissement

Les dires des cadres, corroborés par l'ensemble des participants, mettent en évidence l'intérêt d'intégrer une « orientation ARS » dans les politiques de l'établissement, en lien avec les orientations ministérielles de milieu de vie substitut. L'orientation ARS peut s'inscrire dans une démarche plus globale d'amélioration des pratiques de soins et doit s'appuyer sur une valorisation de la dimension relationnelle du soin par les dirigeants. Elle doit s'incarner dans un cadre d'intervention soutenu par un budget dédié. Une telle orientation commanderait, selon les participants, l'aménagement de l'organisation du travail de différentes manières : libérer une

personne responsable (CP) ; gérer la mise en œuvre de l'ARS de façon participative; identifier clairement les formateurs et les libérer pour aller sur les unités ; former le plus de personnel possible incluant les gestionnaires ; et organiser des événements pour célébrer les succès. Les cadres rencontrés indiquent que l'implantation de l'ARS serait facilitée par une gestion et un environnement propices à divers égards : une gestion (participative) soutenant l'interdisciplinarité, le travail d'équipe, l'entraide et la collaboration entre les différents quarts de travail ; des actions centrées sur les besoins du résident; le regroupement de clientèles sur de petites unités ; un ratio personnel infirmier / PAB adéquat; un ratio PAB/résidents de l'ordre de un soignant pour six résidents ainsi que des journées de travail complète pour tous (7 h 15 permettrait une meilleure répartition des tâches). L'ensemble des participants jugent facilitant de bien définir et de valoriser le rôle et les qualités recherchés pour le chargé de projet (CP), pour les formateurs et les chefs d'unité (CU). Le CP devrait soutenir les formateurs, s'occuper du suivi avec eux, développer l'ARS, aider à la planification des formations, et faire le lien avec la direction ; les formateurs devraient organiser les formations avec le CP et les CU, les donner et faire du suivi sur les unités à titre d'experts ARS ; les CU auraient un rôle de motivateur et de leader dans leurs équipes, en incitant le personnel à suivre et à appliquer la formation, en favorisant le travail d'équipe et en contribuant à l'adaptation de l'organisation du travail pour faciliter l'implantation de l'ARS.

Tous sont préoccupés par l'organisation du travail, en particulier en ce qui a trait à la stabilité du personnel. : *Quand le personnel bouge trop, l'ARS se perd* (GDF-CP). Les problèmes de roulement et de rotation de personnel et la dispersion des formateurs dans diverses installations sont décrits comme étant des facteurs entravant l'implantation. Une certaine souplesse pour réviser le fonctionnement par rotation du personnel serait, selon eux, facilitant pour l'implantation de l'ARS. Par contre, la libération du personnel a un coût important qui s'ajoute à celui de la formation et qui tend à ralentir, étaler, voire arrêter l'élan de formation. Cette libération est aussi nécessaire pour donner un suivi (particulièrement sous forme de compagnonnage qui semble selon eux, la méthode pédagogique la plus appropriée au maintien des apprentissages), tant du côté des formateurs que des formés. De même, le format de la formation suggéré par l'ASSTSAS, réparti sur deux journées, semble peser lourd sur l'organisation du travail et exiger des acrobaties pour continuer à assurer les services tout en permettant au personnel d'être formé. La gestion des postes et des horaires pourrait aussi entraver l'implantation, par le fait que l'organisation du travail des PAB est décrite comme trop rigide et que *les équipes de jour et de soir se renvoient souvent la balle* (GDF-Formés) pour des tâches non réalisées. Par contre, l'accès aisé à des remplaçants, par exemple grâce à une liste de rappel fonctionnelle, faciliterait de beaucoup la libération des personnes à former. Enfin, les participants identifient certaines contraintes environnementales qui ne seraient pas favorables à l'implantation de l'ARS : environnement physique mal adapté ; manque de matériel et d'équipements ; organisation du travail en flux tendu et axée sur la tâche ; et PAB absents des discussions d'équipe. Diverses unités de sens reflètent l'idée selon laquelle une culture professionnelle axée sur la tâche relèverait d'habitudes difficiles à contrer : *Le patient doit être tout clean* (GDF-Formateurs); *Il ne faut pas laisser de travail au quart suivant* (GDF-Formés); *On est prisonnier de la routine des résidents* (GDF-Formés) ; *Ce n'est pas facile de changer des manières de faire* (GDF-Formés). De plus, il n'y a pas, parmi les participants, unanimité à l'effet que l'ARS permet aux soignants de gagner du temps. Par ailleurs, le regroupement de clientèle par niveaux de fonctionnement ou pathologies faciliterait l'organisation du travail en général et

l'application de l'ARS, notamment en permettant l'adaptation ergonomique de l'environnement, selon les capacités de la clientèle, et en amenant une certaine spécialisation du personnel (ex. : approche des personnes ayant une déficience d'origine cérébrale frontale).

Les propos des formés, quant à l'établissement, se distinguent par leur besoin d'être écoutés et leur souhait que les gestionnaires donnent suite à ce qu'ils ont à dire, notamment pour : assurer la présence du personnel nécessaire; permettre la participation aux discussions au sein des équipes; et en particulier pour avoir des balises afin d'atteindre les objectifs visant à laisser des choix aux résidents et à stimuler leur autonomie, dans le temps de travail qui leur est imparti. Un certain nombre d'unités de sens chez les personnes formées renvoient à des suggestions concrètes pour améliorer l'organisation du travail, par exemple, prendre des bénévoles pour les repas et plutôt que de répartir les baignoires sur la tâche de l'ensemble des préposés, confier cette tâche à une personne pendant une période déterminée.

Les formateurs insistent quant à eux, sur l'importance que leur tâche de travail soit modulée pour leur permettre de jouer leur rôle. Le temps de libération pour exercer cette fonction doit être prévu par l'établissement. Ces personnes doivent pouvoir assurer le suivi, par exemple en assistant les personnes formées sous forme de compagnonnage dans des cas difficiles, et ce, de jour comme de soir. Ils demandent une reconnaissance des responsabilités qui leurs sont attribuées. Enfin, les formateurs disent sentir une pression pour être des modèles, des experts et donner l'exemple d'une meilleure organisation du travail. Bien assumer ce rôle (de formateur) serait, selon eux, garant de la continuité.

Les cadres ont précisé un ensemble de rôles et responsabilités qui leur incombent. Dans une démarche d'implantation de l'ARS, ils disent qu'ils doivent naviguer entre principes et contingences, et estimer de façon réaliste la capacité de l'établissement à rencontrer les besoins des résidents avec les ressources disponibles. Au premier titre de leurs responsabilités, on retrouve défendre et promouvoir l'ARS. Viennent ensuite, planifier l'implantation graduelle et continue, obtenir et gérer des budgets de formation; recruter, sélectionner, identifier un CP et des formateurs; organiser la formation ou déléguer cette tâche (identifier, libérer, remplacer le personnel, logistique (horaire, locaux, biscuits, café...)); soutenir et reconnaître les différents intervenants (CP, formateurs et formés); faire des rappels sur le plancher, renforcer les comportements souhaités et refléter le besoin d'amélioration des pratiques; contribuer à la résolution de problèmes *in situ*; et organiser des activités visant à stimuler la motivation des troupes.

5.3.5.2.2 Collectif

Les données mettent en évidence, dans le discours des cadres et des CP, une série de facteurs organisationnels mentionnée précédemment à la section établissement, qui fragiliseraient le collectif de travail et, par conséquent, l'implantation de tout changement dans les façons de faire. Ces constats sont liés au collectif, mais il faut réaliser que celui-ci est formé de soignants, qui font partie de l'établissement et sont soumis à ses règles. La pression occasionnée par la pénurie et l'instabilité du personnel, la lourdeur de la clientèle et le peu de marge de manœuvre dans l'organisation des soins (ex. : les résidents doivent être lavés avant le dîner), se traduiraient pour le collectif de travail en un manque de temps chronique pour exécuter les choses et surtout les faire en respectant les désirs du résident et leur idéal de soins: *Le manque de temps a un impact*

direct sur le relationnel (GDF-CP). Tous les participants constatent que l'organisation du travail permet difficilement de s'arrêter pour parler aux résidents. Le rapport au temps lié à l'ARS est plutôt ambivalent: d'un côté, *faire les soins à la place du résident peut permettre de gagner du temps; il y aurait parfois avantage à prendre son temps pour en gagner par la suite; et plus le résident est autonome et plus la marge de manœuvre en temps est grande* (GDF-Formés). D'un autre côté on entend : (...) *des horaires réguliers sécurisent les résidents; je manque de temps pour laisser le résident faire ses choix; les résidents qui vont aux toilettes avec de l'aide prennent plus de temps que ceux qui ont des couches; le maintien de l'autonomie et les repas sont les deux éléments qui prennent le plus de temps; former le nouveau personnel prend beaucoup de temps; le manque de temps est en compétition avec le relationnel* (GDF-Formés). Les personnes formées conçoivent que les directions ne seraient pas réceptives à l'argument du manque de temps, probablement en raison d'une carence de budget, et demanderaient plutôt au collectif d'être créatif en trouvant d'autres solutions. Pour les formés, la sensation de toujours manquer de temps aurait un impact fortement négatif sur la satisfaction au travail.

5.3.5.2.3 Soignants

Tous les informateurs ont mentionné l'importance de valoriser le rôle du préposé comme intervenant de première ligne dans la perspective de concilier les besoins du résident et le bien-être du soignant. Ils s'entendent aussi sur le fait que les soignants ont peu de marge de manœuvre (ex. : report du bain conditionnel aux disponibilités d'équipements). Celle-ci serait cependant plus grande avec les résidents autonomes. La charge de travail entraverait l'implantation principalement en raison de l'établissement de ratios résidents/PAB qui ne tiendraient pas compte de la lourdeur des cas.

Les formés se disent très au fait de l'importance des savoir-être dans leur métier : *C'est la base* (GDF-Formés). Ils peuvent cibler des collègues peu enclins au mode relationnel (*la formation ne change rien pour eux* [GDF-Formés]) et d'autres, doués naturellement. Travailler avec des collègues qui *ne l'ont pas* serait, selon eux, épuisant. L'inégalité de la valorisation du mode relationnel individuellement serait ainsi un facteur fragilisant pour le soignant et le collectif, et un facteur entravant l'implantation de l'ARS.

Aux dires des formateurs et des formés, certains aspects de l'organisation du travail non favorables à la rétention du personnel amèneraient les soignants en surcharge de travail : manque de formation (ex.: comment agir avec la clientèle psychiatrique); recours aux agences donc à des travailleurs qui ne connaissent pas bien les résidents; mauvaise ambiance de travail ...*certaines ...sont là pour la paie et ne s'investissent pas* (GDF-Formés); diminution et non-attribution de postes à temps plein qui auraient un impact négatif sur le sentiment d'appartenance de ceux qui ont un statut précaire. Par ailleurs, la libération pour une formation peut signifier le report de tâches ou la surcharge pour ceux qui restent.

Selon les formateurs et les formés, le respect des choix et le développement de l'autonomie peuvent aussi venir en conflit avec la sécurité des résidents (ex. : risque de chutes lors de la verticalisation ou de la déambulation). Par contre, parler au résident et lui demander d'aider permettraient de moins forcer et donc d'éviter des accidents.

Tous les participants disent que, *l'absence de suivi fait que tout le monde retombe en mode tâche*. Nombreux sont ceux qui expriment le besoin de suivi et considèrent le suivi par compagnonnage comme essentiel pour développer et maintenir une culture relationnelle au sein de l'établissement en général et chez les soignants en particulier.

5.3.5.2.4 Formation

En matière de formation, les cadres et les chargés de projet signalent l'intérêt de recruter des formateurs parmi les PAB et, encore mieux, d'avoir des duos de formateurs incluant une infirmière (ou infirmière auxiliaire, ou autre professionnel) et un PAB. Ainsi, les PAB peuvent plus aisément s'identifier au formateur. Des CP signalent qu'il n'y a pas foule aux portes lorsqu'il s'agit de recruter des formateurs. Selon eux, certains volontaires n'auraient pas les qualités de pédagogue nécessaires et il y aurait beaucoup d'essoufflement et de défection chez les formateurs, ce qui engendre le besoin de former de nouveaux formateurs. Pour le choix de ceux-ci, il leur apparaît facilitant de prendre des moyens de sélection appropriés et transparents, de miser sur les jeunes travailleurs et de continuer à privilégier des formateurs du milieu malgré les embûches rencontrées.

Il importerait aussi, selon ces deux catégories de participants, de former tous les professionnels et les nouveaux employés à l'ARS. Certains indiquent que l'ARS devrait être intégrée à la formation initiale des PAB (formation professionnelle). Elle pourrait être donnée dans les milieux en relation avec le PDSB ou d'autres formations. Un assouplissement du format de la formation développée par l'ASSTSAS (pouvant être offerte sur deux jours complets ou par demi-journées) est aussi présenté comme un facteur facilitant l'implantation. L'aval des infirmières et des syndicats seraient également facilitant.

5.3.5.2.5 Résident/famille

Tous soutiennent que les besoins du résident doivent être bien identifiés et répertoriés dans son dossier pour faciliter l'application de l'ARS, et que ces besoins et leur respect relèvent de l'établissement et du collectif, incluant le résident au regard de ce qu'il peut exprimer, de même que sa famille et ses proches. Selon les formés, les familles sont parfois en conflit avec les choix du personnel de respecter les désirs du résident, (ex. : la conjointe veut que son mari soit rasé chaque jour avant l'heure de visite).

Les formateurs perçoivent l'impact de l'ARS chez les résidents surtout en ce qui a trait à la diminution des éléments déclencheurs de l'agressivité et à l'amélioration ou au maintien de l'autonomie. La dimension relationnelle du soin amènerait à créer un lien véritable avec le résident qui résulte en détente, en collaboration de sa part et en une meilleure ambiance de travail.

5.3.5.2.6 Contexte sociopolitique et économique

Selon l'ensemble des participants, le contexte sociopolitique et économique difficile, entraverait beaucoup l'implantation de l'ARS. Les fusions des CHSLD et des centres hospitaliers en CSSS auraient eu pour conséquence d'éloigner la direction de la base des activités et d'accentuer des problèmes de roulement de personnel. À cela s'ajoutent comme facteurs entravants, une pénurie de personnel persistante, l'alourdissement de la clientèle, l'épuisement du personnel, la

diminution des budgets de formation et la compétition de la formation AGIR. Selon les cadres interrogés, les ressources actuelles ne permettraient de répondre qu'entre 60 et 80 % des besoins de la clientèle. Plusieurs s'interrogent sur la possibilité réelle du système de santé de répondre à tous les besoins des résidents. Les ressources financières sont considérées comme une condition *sine qua non* à l'implantation et au maintien de l'ARS.

5.3.5.2.7 Rôle de l'ASSTSAS

Ce thème est abordé par les cadres, les CP ainsi que les formateurs, mais pas par les formés. Les chargés de projet résument la position face à l'ASSTSAS. Ils disent beaucoup compter sur le soutien des conseillers de l'ASSTSAS pour ajuster le format de la formation aux contingences des milieux et participer au suivi de l'implantation sur une base régulière. Notamment, certains souhaitent une visite annuelle de certification des formateurs. Les participants formateurs aimeraient quant à eux, que leur réaccréditation se fasse au deux ans.

5.3.5.3 Observations d'ensemble

De l'analyse de contenu de l'ensemble des groupes ressortent certaines observations. Incidemment, deux établissements d'appartenance des participants ayant implanté l'ARS depuis 2003-2004 et donnant toujours la formation se révèlent comme ayant plutôt bien réussi à implanter l'approche, au point de soulever une certaine envie de la part d'autres participants aux groupes de discussion. Ces deux établissements se distinguent par les caractéristiques suivantes :

- l'ARS est inscrite dans les orientations institutionnelles;
- des gestionnaires, CP, chefs d'unité et formateurs sont présents et actifs depuis le début de l'implantation;
- un gestionnaire de haut niveau est responsable et imputable de résultats liés à l'ARS;
- la plupart du personnel de l'établissement est formé;
- la formation est offerte en continu pour les nouveaux employés;
- le travail d'équipe interdisciplinaire inclut la participation des préposés aux bénéficiaires;
- des objectifs ou des résultats liés à l'ARS sont inscrits aux plans de soins individualisés;
- des mécanismes de suivi sont en place (rappels, objectifs ARS discutés en réunion d'équipe, compagnonnage avec des formateurs pour les cas difficiles).

En revanche, le discours des participants appartenant à deux autres établissements montre que l'investissement ARS est tombé à plat par manque de suivi. Même si la formation a été donnée à plus ou moins grande échelle, l'absence de CP ou de temps spécifiquement dédié à ce mandat, le manque de formateurs ou de formations, de même que l'arrivée de la formation AGIR auraient eu raison de l'ARS.

Toutefois, que l'on soit de ceux qui poursuivent avec un certain succès, ou de ceux qui ont abandonné, tous sont d'accord pour dire que, lorsqu'elle est appliquée adéquatement, l'ARS amène une réponse majoritairement positive, à la fois pour les résidents et pour les soignants. Les établissements ne semblent pas disposer de données systématiques pour appuyer la valeur de l'approche, mais les participants rapportent de multiples anecdotes faisant état des impacts positifs de celle-ci. L'ARS ne réduirait pas seulement les comportements d'agitation, mais elle susciterait des comportements positifs tels des sourires, des verbalisations, des rétroactions de bien-être, de la détente ou de la collaboration.

Quant aux perspectives d'avenir, l'unanimité se fait parmi les participants autour de l'ARS comme étant essentielle à la qualité des soins. Autant de la part des milieux bien engagés dans la pérennité de l'ARS, que de ceux qui l'ont abandonné, il faut poursuivre les efforts d'implantation, mais dans des conditions favorables. Au premier titre des conditions favorables, on répertorie la volonté de la direction, la libération et la motivation du personnel, le budget et un ratio soignés/soignant permettant de tenir compte des dimensions relationnelles du soin.

5.3.6 *Interprétation et discussion*

Les groupes de discussion montrent que les enjeux d'implantation de l'ARS pour un établissement dépassent la formation en tant que telle.

Les discussions ont ainsi montré que les acteurs d'un tel projet ont des préoccupations communes qui prennent tout de même des couleurs particulières selon la proximité de chacun avec les résidents. Les formateurs et les soignants doivent faire face à des contraintes établies bien en amont du soin et qui se répercutent directement sur leur travail, influençant la dimension relationnelle du soin.

L'ARS apparaît particulièrement vulnérable face aux exigences de la tâche. Les milieux qui ont réussi à créer une certaine culture relationnelle, ont mis des efforts continus pour soutenir la dimension relationnelle du soin (orientations institutionnelles, équipes de personnes responsables, budget dédié à cette dimension de soin...). Il y a donc lieu de considérer que le soin se donne dans une certaine tension relationnelle-technique, arbitrée par les soignants selon les objectifs concrets à atteindre, lesquels devraient idéalement inclure les dimensions relationnelles du soin.

En posant que la dimension relationnelle du soin nécessite des efforts institutionnels pour équilibrer le travail centré sur la tâche, cette recherche met au jour un ensemble de facteurs favorisant ou entravant l'implantation d'un projet ARS, certes, mais aussi d'une culture relationnelle du soin dans un milieu. Cet ensemble de facteurs d'influence part de la dyade soignant/soigné jusqu'aux aspects sociopolitique et économique, en passant par le rôle de moteur ou de soutien que peut offrir un organisme comme l'ASSTSAS. Le modèle des facteurs d'influence, présenté à la figure 1, complète le cadre d'analyse de départ en mettant en relation divers ordres de facteurs d'influence à considérer par un établissement souhaitant investir dans l'ARS.

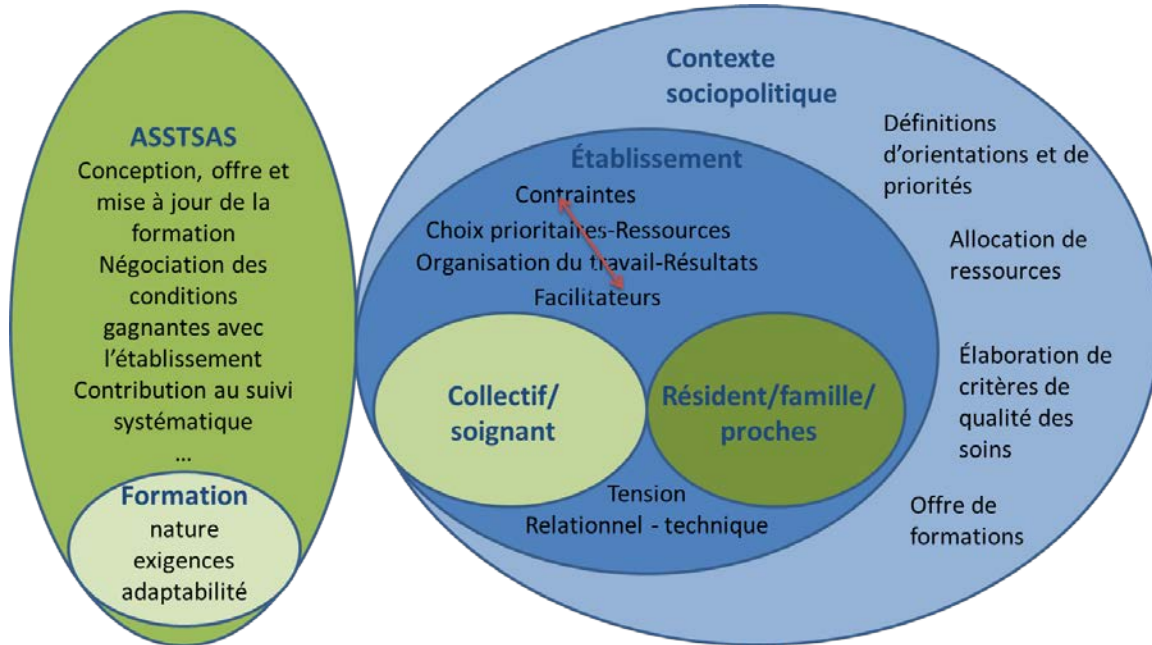


Figure 1 : Modèle des facteurs d'influence de l'implantation de l'ARS

Par ailleurs, comme l'ARS touche la dimension affective du soin et que l'on constate que sa valorisation n'est pas unanime, c'est donc dire que cette dimension du soin devra être portée par des personnes convaincues de sa valeur, et convaincantes auprès de leurs pairs. L'ARS aurait quelque chose du sens commun contre lequel peu de personnes se poseraient nommément, mais elle ne saurait se maintenir seulement par la bonne volonté de quelques-uns.

5.3.7 *Portée et limites*

L'avancée que propose cette partie de la recherche est de camper l'ARS comme un élément essentiel du soin, qui nécessite des choix et des ressources institutionnels pour se déployer en une culture organisationnelle. Elle offre un modèle des facteurs d'influence de l'implantation de l'ARS utile aux décideurs désireux de reprendre ou de mener un projet visant à créer une culture relationnelle dans leurs milieux.

Les constats découlant de GDF, bien que menés tout-à-fait selon les règles, ne sont pas d'emblée généralisables. Ils sont significatifs pour les milieux ayant des caractéristiques et un contexte semblables à ceux ayant participé à l'étude et pour ceux qui se reconnaissent dans les situations évoquées.

6. ÉTUDE D'UN PROJET ARS EN COURS D'IMPLANTATION

6.1 Objectifs

Ce volet de la recherche visait deux objectifs : 1) décrire le processus d'implantation de l'ARS mis en œuvre en temps réel par un établissement de soins de longue durée, à la fois d'un point de vue factuel (principales dates, évènements, etc.) et du point de vue du vécu des acteurs concernés; 2) mettre en évidence l'influence du contexte sur le processus d'implantation.

6.2 Cadre théorique et méthodologique

Le cadre théorique retenu ici est le modèle des interventions externes en santé et en sécurité du travail développé par Baril-Gingras et coll. (2004, 2006). Ce modèle permet de conceptualiser le contexte d'une intervention par les éléments suivants : l'origine de l'intervention, les caractéristiques de l'établissement, les capacités et les dispositions des acteurs, les relations des acteurs autour de l'objet de l'intervention. La trajectoire de l'intervention est constituée des différentes activités mises en place par l'intervenant avec pour chacune, les objectifs poursuivis, les participants, les résultats obtenus. Les éléments du contexte peuvent ensuite être analysés comme influençant la trajectoire réelle de l'intervention notamment en suscitant des adaptations par rapport à ce qui était prévu. Compte tenu des objectifs poursuivis et du terrain d'étude, nous avons entrepris une étude de cas (Yin, 2003). Il s'agit d'une méthode appropriée pour comprendre un phénomène en profondeur, en particulier lorsqu'il s'agit d'un objet nouveau ou ayant été peu étudié empiriquement. Cette méthode est également pertinente lorsque l'accès au terrain nécessite l'établissement d'un lien de confiance important entre le chercheur et les participants.

6.2.1 Terrain de l'étude

La présente étude s'est déroulée dans un établissement, entre février 2009 et novembre 2011, et plus particulièrement, dans l'installation ciblée par l'établissement pour redémarrer l'implantation de l'ARS. Le CSSS-C⁹ est un établissement comportant environ 1000 lits d'hébergement, répartis en une dizaine d'installations. Deux coordonnateurs se partagent les responsabilités en matière d'hébergement, ayant chacun en charge une partie de ces installations. Un premier CHSLD (CHSLD-1) a implanté l'approche relationnelle de soins en 2006. L'installation où nous avons suivi l'implantation de l'ARS dans le cadre de ce volet de l'étude, le CHSLD-2, emploie environ 150 personnes et est dirigé par une infirmière-chef de service à la clientèle (ICSC) qui est en charge des soins infirmiers, de la réadaptation et de l'hôtellerie. Cette installation se trouve dans un centre hospitalier (CH) duquel relèvent les services alimentaires et l'entretien ménager. Le CHSLD-2 comporte cinq unités totalisant environ 200 lits. L'ICSC a plusieurs autres responsabilités dont celle d'une « unité de débordement » qui accueille divers cas en provenance du CH lorsque l'urgence dépasse sa capacité d'accueil.

⁹ Les caractéristiques de l'établissement et de l'installation sont volontairement imprécises afin de préserver leur anonymat. La même disposition sera appliquée aux informateurs internes recrutés pour cette étude de cas.

6.2.2 Recrutement des participants

L'établissement (la direction de l'hébergement du CSSS-C) et les trois syndicats représentant les soignants¹⁰ ont donné leur accord par écrit en avril 2010 pour la tenue de l'étude. Les chercheurs ont ensuite présenté les objectifs ainsi que le déroulement prévu de la recherche à un comité interne soit le comité milieu de vie de l'installation, composé de cadres, de soignants et des représentants syndicaux de trois catégories professionnelles ainsi que de représentants du comité des usagers.

Le conseiller de l'ASSTSAS qui avait pour mission de réaliser cette intervention a accepté de participer à l'étude dès février 2009 (T0). Les chercheurs ont contacté des informateurs clés de l'installation (CHSLD-2) et obtenu de leur part un consentement pour être interviewés à deux moments soit en début de projet (T1, mai et juin 2010) et 17 mois plus tard (T2, novembre 2011). Ainsi, à T1, la formation de base avait déjà été donnée ainsi qu'une partie de la formation de formateurs. En juin 2010, huit informateurs clés de l'établissement ont été recrutés et rencontrés en entrevue : Deux personnes étaient des cadres de l'établissement (cadre 1, 2); deux personnes étaient plus particulièrement impliquées dans le projet ARS dans l'installation (acteur ARS 1, 2) ; quatre personnes étaient des représentants provenant de trois syndicats regroupant des salariés de différentes catégories d'emploi (acteur syndical 1, 2, 3, 4). À T2, cinq de ces personnes ont été revues en entretien, certaines des personnes rencontrées initialement n'ayant pu être rejointes de nouveau (un cadre à la retraite, deux acteurs syndicaux non disponibles).

6.2.3 Recueil et analyse des données

6.2.3.1 Observations et entretiens auprès du conseiller de l'ASSTSAS

Afin de décrire le processus d'implantation ainsi que les éléments de contexte, des données ont été recueillies par des observations et des entretiens auprès du conseiller de l'ASSTSAS chargé de soutenir l'implantation.

a) Recueil *a posteriori* (activités déjà réalisées)

Étant donné que le conseiller a débuté son intervention avant que l'établissement n'ait officialisé son accord à participer à la recherche, les activités réalisées en début d'implantation (entre février 2009 et mai 2010) ont été documentées *a posteriori* lors de cinq entretiens avec un membre de l'équipe de recherche. Ces entretiens ont été réalisés selon la méthode utilisée par Lamonde et coll. (Lamonde, Beaufort et Richard, 2002; Lamonde, Richard, Langlois, Dallaire et Vinet, 2009) qui consiste à replonger le conseiller dans les événements passés à l'aide de traces de son activité. Cela permet de documenter l'activité telle qu'elle a été vécue par l'acteur à ce moment, et non pas sa réinterprétation de cette activité une fois la « fin de l'histoire » connue. Pour ce faire, nous avons utilisé, lors de l'entrevue, le cahier de notes du conseiller, son agenda, des documents liés aux rencontres dans l'établissement comme des ordres du jour, des cartes, des propositions de déploiement sur lesquels il avait porté des annotations. Les deux premiers entretiens (octobre 2009 et janvier 2010) ont été réalisés plusieurs mois après le démarrage de

¹⁰ Le terme « soignants » recouvre ici les professionnels, les infirmières, infirmières auxiliaires et les préposées aux bénéficiaires. Notons cependant que d'autres catégories de personnel peuvent également avoir participé à la formation, par exemple les techniciens en loisirs.

l'intervention du conseiller et ont permis de documenter le déroulement de l'intervention de février à décembre 2009.

b) Recueil en temps réel

Trois rencontres avec le conseiller ont été tenues pour suivre l'implantation en temps réel. Les entretiens ont été réalisés le lendemain ou au plus tard une semaine suivant la présence du conseiller dans l'établissement. Ces trois entretiens ont permis de documenter les événements s'étant déroulés entre janvier et mai 2010. Outre ces entretiens, le travail du conseiller a été observé à deux reprises : à l'occasion d'une rencontre avec les coordonnateurs de l'implantation de l'ARS de l'établissement et lors de la consolidation de la formation de formateurs.

Pour chacune des rencontres et observations, le chercheur a questionné le conseiller sur ses objectifs avant son activité dans l'établissement, documenté le déroulement de l'activité (actions et communications du conseiller et éléments du contexte pertinents) puis recueilli le résultat de l'activité du point de vue du conseiller, une fois celle-ci finalisée. Ces données (entretiens et observations) ont été transcrites par la personne membre de l'équipe de recherche dans des notes de terrain structurées sous la forme d'un journal de bord (Bellemare, Marier et Allard, 2001; Baril-Gingras et coll., 2010). Au total, 10 journaux de bord ont donc été complétés (cinq entretiens *a posteriori*, trois entretiens en temps réel et deux séances d'observation).

6.2.3.2 Entretiens avec les informateurs clés

Au total, 13 entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés (huit à T1, cinq à T2). D'une durée d'une heure trente à deux heures, ces entretiens ont été menés à l'aide d'un canevas d'entretien inspiré du cadre théorique retenu. Ils ont fait l'objet d'un enregistrement audio et d'une transcription.

6.2.3.3 Analyse des données

En vue de décrire le déroulement du projet d'implantation du point de vue factuel (objectif 1), les journaux de bord relatant le déroulement du projet selon le conseiller ont été dépouillés et un tableau-synthèse a été construit puis validé par lui. Ensuite, ce tableau-synthèse a été enrichi à partir des informations factuelles recueillies lors des entretiens avec les acteurs clés.

En vue de décrire le déroulement du projet d'implantation du point de vue des acteurs concernés (objectif 1) ainsi que les éléments du contexte ayant eu un impact sur son déroulement (objectif 2), les transcriptions des entretiens réalisés auprès des acteurs clés ont fait l'objet d'une analyse de contenu à l'aide du logiciel d'analyse qualitative QDA Miner. La catégorisation a été réalisée à partir de catégories existantes issues du modèle de Baril-Gingras et coll. (G. Baril-Gingras et coll., 2007; Geneviève Baril-Gingras et coll., 2006), à savoir : l'origine de la demande d'intervention, les caractéristiques de l'établissement et de l'installation, les difficultés rencontrées au cours de la trajectoire d'implantation de l'ARS, les stratégies mises en place ou envisagées pour faire face à ces difficultés.

6.3 Constats

6.3.1 Le contexte d'implantation

6.3.1.1 Caractéristiques de l'établissement

Le CSSS-C est le résultat de la fusion de plusieurs établissements, dispersés sur un très grand territoire, amorcée dans les années 1970 et complétée entre 2002 et 2005. Au cours de cette période, un alourdissement de la clientèle a été observé et s'est d'ailleurs amplifié par la suite de telle sorte que le taux de réponse aux besoins est estimé par les personnes interrogées (mai 2009) à moins de 75 % dans plusieurs des CHSLD du CSSS. En 2006, la Direction de l'hébergement du CSSS a décidé d'implanter l'ARS en commençant par le CHSLD-1 où la formation de base et la formation de formateurs ont été offertes par un conseiller de l'ASSTSAS. Puis, il y a eu dans l'établissement, jusqu'en 2008, une période de redressement budgétaire avec un moratoire sur toutes les formations. Conformément aux orientations du MSSS, le CSSS a implanté l'approche milieu de vie (AMV) : une visite ministérielle en 2007 a suscité l'élaboration d'un plan d'action en 2008 et la création d'un comité AMV paritaire, qui comporte une vingtaine de personnes et se réunit de 3 à 4 fois par année. Au moment où les entretiens ont été réalisés, les acteurs nous ont rapporté l'existence de comités AMV locaux dans chacun des CHSLD. Par ailleurs, en ce qui concerne la main d'œuvre, les personnes interrogées précisent que le Service des ressources humaines faisait face, au moment du démarrage du projet, à des difficultés de recrutement et de rétention du personnel, surtout du personnel infirmier, et gérait la liste de rappel, les équipes volantes et le recours aux agences de location de personnel pour toutes les installations.

6.3.1.2 Caractéristiques de l'installation

Selon les personnes interrogées, à cause de son rattachement à un CH, l'installation dans laquelle l'implantation de l'ARS a été documentée se caractérise par une culture plus « technique » et accueille des résidents particuliers (dyalisés, par exemple). L'alourdissement de la clientèle se traduit également par une augmentation des problèmes comportementaux, tandis que l'on observe un vieillissement du personnel. Par ailleurs, toujours selon les personnes rencontrées en entretien en début d'implantation, la culture des soins de courte durée fait peu de place aux PAB alors que, en soins de longue durée, ceux-ci devraient être considérés comme des personnes détenant des informations utiles sur les résidents. De plus, le CHSLD-2 est soumis aux horaires, peu flexibles, des services alimentaires de l'hôpital, tout en bénéficiant des avantages d'un gros service d'entretien. Enfin, les propos des personnes interrogées font état d'une culture de proximité où les cadres sont présents sur les unités, et, de la même façon, le coordonnateur est aussi fréquemment dans les installations sous sa responsabilité.

Les personnes interrogées mentionnent que de nombreux projets sont en cours au CHSLD-2 au moment où démarre le projet ARS : approche milieu de vie, création des ressources intermédiaires, stabilisation des équipes, regroupement de clientèles et déprofessionnalisation. À cette liste s'ajoutent des projets dont la CP du projet ARS est responsable : décontournement, îlot prothétique, programme « perte d'autonomie liée au vieillissement » (PALV), projet architectural. De plus, plusieurs de ces projets avaient pris du retard à cause de la campagne de vaccination de l'automne 2009 pour faire face à l'épidémie de grippe H1N1.

Certains de ces projets ont un impact majeur sur l'organisation du travail. C'est le cas de celui par lequel les établissements modifient la répartition du personnel en diminuant la proportion de personnel infirmier, projet nommé « déprofessionnalisation » dans l'établissement. Au début de l'implantation et en l'espace de quelques mois, on passe ainsi d'un ratio de personnel non-infirmier/ infirmier de 50/50 à un ratio de 60/40. C'est ainsi que, sur les quarts de jour, une infirmière-chef d'unités supervisait quatre unités de 32 lits dans lesquelles on retrouve : deux infirmières, quatre PAB et deux infirmières auxiliaires. En l'espace d'environ deux mois : on supprime une infirmière sur chaque unité et on en ajoute une qui assiste l'infirmière-chef d'unités de même qu'une aide de service qui s'occupe de tâches diverses (ex. : vêtements des résidents). Ce processus de déprofessionnalisation s'accompagne d'une volonté de stabiliser les équipes en mettant fin à la rotation intra-unité en ce qui concerne les préposés aux bénéficiaires. Toutefois, l'établissement fait toujours face à un roulement de personnel, particulièrement chez les infirmières qui ont de multiples possibilités de se relocaliser ailleurs dans l'établissement. Or, ce taux de roulement affecte la stabilité souhaitée des équipes.

6.3.2 Le déroulement factuel de l'implantation de l'ARS dans l'établissement

Le déroulement de l'implantation est présenté en trois phases : 1) le démarrage, période débutant par la demande de l'établissement à l'ASSTSAS en février 2009; 2) la formation de base et la formation de formateurs offertes par l'ASSTSAS au CHSLD-2, commençant en janvier 2010; 3) le déploiement dans le CHSLD-2, commençant après l'accréditation des formateurs en juin 2010 et se terminant en février 2011, par la fin du mandat de la chef de projet ARS. Le tableau 15 illustre les principaux événements de la trajectoire d'implantation.

Tableau 15 : Événements et activités d'intervention liés à l'implantation de l'ARS au CHSLD-2 et leurs résultats entre février 2009 et mars 2011

Période	Événements ou activités d'intervention	Résultats
Phase 1 Démarrage 10 mois	2009-02 Demande paritaire à l'ASSTSAS pour formation à l'ARS et soutien à l'AMV	Plusieurs conseillers sont concernés : répartition du travail à faire entre 2 conseillers dont un s'occupera d'une partie du CSSS pour les 2 dossiers : AMV et ARS
	2009-04 Conseiller tient 2 rencontres paritaires	Décision de donner la formation au CHSLD-2 en premier
	2009-07 Droit de refus exercé face à client agressif	Groupe de travail droit de refus créé impliquant le conseiller, l'inspecteur, partie patronale et partie syndicale. Décision de donner, en plus de la formation ARS, une formation sur les techniques d'esquive (une demi-journée)
	2009-09 à 2009-12 Conseiller tient 5 rencontres avec équipe de cadres (CP, ICSC, infirmière assistante)	Nomination de la chef d'unités comme chef de projet (CP) Recrutement des participants : annonce puis mise sur pied des groupes Organisation logistique : salles, dates, choix des cas pour démonstration

Phase 2 Formation donnée par le conseiller formateur 6 mois	2010-01-06 2 jours de formation théorique et pratique Préparation du compagnonnage	11 personnes formées dont la personne chargée du projet et 5 futurs formateurs
	2010-01-22 3 jours de compagnonnage	Chaque soignant fait 2 soins. Dans certains cas, un seul est réalisé par exemple lorsque le résident a déjà eu le soin.
	2010-02-01 Consolidation et formation aux techniques d'esquive	
	2010-02-02 3 jours de formation formateurs	5 formateurs formés Création des duos de formateurs
	2010-03 à 2010-06 Expérimentation de la formation	Création de groupes qui seront formés par les duos de formateurs internes. Environ 50 personnes formées
	2010-06 Consolidation et accréditation des formateurs	5 formateurs accrédités
Phase 3 Déploiement 9 mois	2010-06 à 2011-03 Formations données par les duos de formateurs internes	Des cohortes sont formées à toutes les 3 semaines et reçoivent la formation (sauf l'été). La CP termine son mandat en février 2011. Les dernières formations ont lieu en mars 2011.

Phase 1 : Démarrage. L'établissement a décidé d'implanter l'ARS en mode « projet » en 2009. Le but était alors d'établir l'ARS dans toutes les installations de l'établissement. Une fois la majorité du personnel d'une installation formée, l'ARS serait alors implantée dans une autre, et ce, jusqu'à ce que l'ensemble des installations aient été couvertes. La phase de démarrage, d'une durée de 10 mois, a été caractérisée par de nombreuses réunions au niveau de l'établissement puis, de l'installation retenue pour débiter l'implantation. Un événement important vient influencer le choix de l'installation où la formation sera donnée : le droit de refus exercé par un travailleur durant l'été face à un client agressif amène l'inspecteur de la CSST à recommander que le personnel reçoive la formation OMEGA¹¹. À l'issue d'une négociation menée durant l'été 2009 entre l'inspecteur, les représentants patronaux et syndicaux, à laquelle participe le conseiller, il est décidé de maintenir la formation à l'ARS déjà prévue, en la faisant suivre par une demi-journée de formation aux techniques d'esquive (tirée de la formation OMEGA) pour répondre aux besoins particuliers d'un résident. La préparation de la formation de base a donné lieu à cinq réunions du conseiller avec trois cadres du CHSLD-2, à savoir l'infirmière chef du service à la clientèle ainsi que deux assistantes à l'infirmière-chef, dont une est chargée de projet de l'ARS.

Phase 2 : Formation de base et formation de formateurs offertes par l'ASSTSAS

La phase 2, consacrée à la formation donnée par le conseiller de l'ASSTSAS, s'étale sur six mois et a permis de former dans un premier temps un groupe de 11 personnes incluant la CP et les cinq futurs formateurs. Chaque soignant a expérimenté un ou deux soins en compagnonnage avec le conseiller formateur. La journée de consolidation a permis aux participants de partager avec l'ICSC et d'autres cadres les « bon coups » vécus lors de la mise en œuvre de l'ARS dans

¹¹ La formation OMEGA est offerte par l'ASSTSAS et concerne la gestion des clients en crise.

les soins. Cette journée se complète par la formation aux techniques d'esquive comme il était planifié. Dans un second temps, le conseiller de l'ASSTSAS prépare les cinq formateurs, soit deux infirmières, deux infirmières auxiliaires et un PAB, à donner la formation à leur tour, ce qu'ils feront entre février et juin. Au cours de cette période, la CP s'occupe de la logistique des formations et cherche à créer des groupes dans lesquels régnera une certaine harmonie, favorable à l'expérimentation de la formation par les nouveaux formateurs. Ceux-ci expérimentent, en duos, la conduite de la formation auprès de groupes composés de leurs collègues, regroupant au total une cinquantaine de soignants. Au terme de cette période d'expérimentation, lors d'une journée de consolidation, le conseiller accrédite ces cinq personnes en tant que formateurs ARS. Cette journée marque en quelque sorte la fin de l'intervention du conseiller qui se concentre maintenant sur les autres installations du CSSS.

Phase 3. Déploiement. Au cours de la phase 3, le déploiement de l'ARS se poursuit pendant neuf mois, jusqu'en mars 2011, moment où est formé le dernier groupe de soignants, peu après la fin du mandat de la CP en février 2011. Nous n'avons pas de données exactes quant au nombre total de soignants formés. Toutefois, selon les acteurs internes interrogés, l'ensemble du personnel en place à ce moment a reçu la formation. Par ailleurs, en ce qui concerne les formateurs, de cinq au début de l'implantation, ils n'étaient plus que trois au moment de la deuxième série d'entretiens puis seulement deux par la suite. Or, selon les informations recueillies il n'y a pas eu de nouvelle formation de formateurs entre temps pour pallier ces désistements. En effet, aucune enveloppe budgétaire n'était prévue pour maintenir l'ARS dans le temps. Ainsi, une fois que le projet débutait dans une autre installation, il n'y avait plus d'argent alloué dans la précédente pour continuer à former le nouveau personnel et pour mettre en place une forme de suivi (en libérant les formateurs sur les unités par exemple).

6.3.3 Le point de vue des acteurs internes sur le déroulement

6.3.3.1 Les difficultés appréhendées en début d'implantation

Les préoccupations exprimées par les acteurs alors que l'implantation s'amorçait peuvent être regroupées selon deux pôles principaux, et ce, chez tous les acteurs interrogés : le premier concerne la réorganisation du travail prévue dans l'établissement alors que le second a pour objet le suivi postprojet.

a) Liées à l'organisation du travail

Au moment où débutent les formations dans l'installation, la réorganisation du travail découlant du projet de déprofessionnalisation est annoncée comme devant être mise en application dans les prochains mois, ce qui fait craindre aux infirmiers et infirmiers auxiliaires que leurs contacts avec les résidents soient réduits. Par exemple, il est prévu que les infirmières auxiliaires collaboreront davantage avec les infirmières, au détriment de l'aide qu'elles apportaient aux PAB dans les soins de base, particulièrement auprès des résidents plus difficiles. La crainte est que le travail d'équipe ne pâtisse de cette réorganisation et entre en contradiction avec ce que prône l'ARS notamment en ce qui a trait à la relation avec le résident et à la communication entre les soignants.

Ils ont coupé un auxiliaire. Avant, j'avais huit patients à m'occuper. Pas huit, car le département était séparé en trois tandis qu'il est maintenant séparé en deux. En perdant une infirmière sur l'étage à partir du 20, ça va amener un surplus d'ouvrage [...] C'est sûr que nous, en tant qu'auxiliaire infirmier, on va faire plus « backer » notre infirmière qui est au poste. On va délaissé les soins de base parce que nous sommes entre l'arbre et l'écorce si l'on veut. On fait du nursing mais on aide beaucoup nos préposés aussi. On ne pourra plus aider autant nos préposés, car il va falloir faire plus de nursing autrement dit [...] (Acteur ARS 1)

Par ailleurs, un autre élément de préoccupation concernant l'organisation du travail a trait à la flexibilité de l'organisation, notamment des gestionnaires et des cadres intermédiaires, pour le respect du temps du patient. Par exemple, si un PAB prend la décision de reporter le bain d'un résident car celui-ci n'est pas disposé à l'heure prévue, l'organisation soutiendra-t-elle ce choix ou au contraire blâmera-t-elle le PAB ? C'est ce que semble craindre un des représentants syndicaux :

Nos premiers répondants en tant que préposés, bien c'est l'infirmière-chef. C'est sûr que si l'infirmière-chef voit juste que tu n'as pas changé Madame Une telle et qu'elle s'arrête là-dessus, mais que toi, tu le sais que tu ne l'as pas changé parce que tu as une raison et que ça tourne en catastrophe et que le préposé passe au bureau... On s'entend que ça ne fonctionnera pas. (Acteur syndical 2)

Les syndicats s'inquiètent également de l'impact de la réorganisation du travail sur les relations entre quarts de travail :

J'ai peur aussi qu'entre les quarts de travail, que ça ne fonctionne pas s'ils ne se parlent pas parce que les méthodes de travail vont éventuellement changer, (...). Si, par exemple, le travail de jour se fait en équipe, que ça va bien et que l'ARS s'applique bien, mais que de soir, et j'espère que ça n'arrivera pas, les personnes se retrouvent avec des tâches qu'elles ne faisaient pas avant par exemple, ça va être la guerre entre les quarts et cela s'applique aussi pour le quart de nuit. De nuit et de jour s'applique aussi, car je l'ai vécu aussi. (Acteur syndical 2)

b) Liées au suivi post-projet

Chaque informateur interviewé a exprimé sa crainte de voir retomber l'ARS si un suivi n'était pas mis en place après la série de formations. Des activités de suivi seraient nécessaires pour plusieurs raisons. La première raison évoquée est la prégnance de la culture hospitalière propre à cette installation, laquelle est davantage tournée vers le technique que le relationnel. La seconde raison, liée à la première, est celle selon laquelle les acquis de la formation seraient difficiles à maintenir dans le temps s'il n'y a pas de rappels réguliers, les soignants ayant, selon plusieurs personnes interrogées, tendance à facilement retomber dans leurs vieilles habitudes de travail. Or, ces inquiétudes sont nourries par les expériences précédentes de multiples projets mis en place, mais qui ont avorté avec le temps :

Dans le domaine de la santé, on doit être rendu à notre 33^e virage. Il y a des virages chaque année. L'approche-ci et l'approche-ça [...] la qualité totale. Le laboratoire devait respecter les ISO [...] À chaque fois qu'une nouvelle politique est établie, il faut que le ministère de la Santé puisse se virer sur un 10 sous. (Acteur syndical 1)

Le manque de budget alloué au suivi est le principal obstacle identifié par les informateurs. Ainsi, les cadres anticipent l'impact du manque d'argent sur la libération des formateurs pour qu'ils aillent dans les unités faire des rappels réguliers auprès de leurs collègues :

Moi je serais pour qu'on libère nos formateurs aux 4- 6 mois pour qu'ils aillent sur les unités pour revoir... mais est-ce que ça va être acheté? Parce que ça coûte des sous au niveau de mon personnel. (Cadre 1)

D'autres s'interrogent sur la formation des nouveaux soignants :

Il y a des affichages de poste, car le monde prend leur retraite. Les nouveaux qui arrivent sur le poste bien, ils n'ont pas eu la formation. Au lieu d'être sept qui connaissent la formation bien ils sont peut-être juste cinq [...] C'est comme s'ils forment une « batch » puis il n'y a pas de suivi après. (Acteur syndical 1)

Or, la formation des nouveaux paraît d'autant plus importante pour la survie de l'ARS que le taux de roulement du personnel dans l'installation est élevé. Sans formation régulière, le taux de soignants ayant reçu la formation aurait donc très vite tendance à chuter ce qui engendre un impact direct sur la mise en œuvre de l'approche au cours des soins.

6.3.3.2 Les difficultés rencontrées en cours d'implantation

La plupart des difficultés appréhendées se sont avérées au cours de l'implantation, notamment en ce qui a trait au suivi postformation. D'autres sont apparues lors de la phase de déploiement, au moment où les formations étaient données par les formateurs internes.

D'après les acteurs, l'organisation des formations a représenté tout un défi à l'égard de 1) la constitution des groupes et 2) la logistique. Le fait est que la constitution des groupes de formation est étroitement liée à la capacité pour l'installation de remplacer le personnel. Ainsi, les cohortes étaient composées de personnes venant de différentes unités, de différents quarts de travail.

J'essaie de mettre du monde de jour/soir/nuit parce que ça nécessite du remplacement. Si je prends que du monde de jour de la même unité, je ne pourrai pas les remplacer. C'est donc des personnes provenant de différentes unités, différents quarts de travail et différents titres d'emploi. C'est vraiment en lien avec ma capacité de remplacement, c'était le critère de sélection. (Acteur ARS 1)

À cela, il faut ajouter certaines difficultés logistiques comme trouver des locaux disponibles, préparer tous les outils techniques pour les formateurs (matériel informatique et vidéo) ou encore s'assurer que les formateurs aient tous les cahiers de formations nécessaires.

En ce qui a trait au contenu de la formation, le fait que beaucoup d'exemples portent sur les soins d'hygiène a engendré des doutes sur la pertinence de la formation pour certains corps professionnels, voire de l'inquiétude notamment chez des personnes qui ne sont habituellement pas affectées aux soins d'hygiène :

Je sais qu'il y a eu beaucoup de réactions récemment au niveau des techniciens en loisirs de l'hôpital. Ça les questionnait beaucoup, car ils voulaient savoir si on allait changer leur rôle. Dès fois, quand l'employeur part sur quelque chose, on se demande si la formation va changer nos rôles. (Acteur syndical 3)

a) Liées au rôle de formateur

Lorsque les personnes ayant reçu la formation de formateur se sont retrouvées à offrir la formation à l'ARS, elles se sont vues régulièrement confrontées à des participants « réfractaires », pour qui la rencontre de formation devenait l'occasion de se défouler quant aux difficultés quotidiennes rencontrées dans le travail (ex. : manque de temps, manque de personnel...). Les formateurs doivent donc apprendre à gérer cela et tous ne se sentent pas à l'aise pour le faire :

C'est sûr que j'ai pensé que je pourrais être moins à l'aise si j'avais réellement un confrère ou une consœur qui se croise les bras et qui ne voudrait vraiment rien savoir [...]. Qu'est-ce que je fais avec un participant qui ne veut réellement pas participer, qui dérange le groupe et qui ne veut rien savoir? Je me disais que j'y dirais de s'en aller travailler sur son département et de demander qu'il ne veuille pas participer à la formation. C'est tout, je n'ai pas à le convaincre dans un sens. J'ai une partie à le convaincre, mais s'il ne veut rien savoir, je suis là pour aider. On m'a répondu que c'est la bonne chose à faire. Je n'ai donc plus de problèmes. (Acteur ARS 2)

De plus, être formateur, implique non seulement donner un contenu théorique, mais aussi de faire des démonstrations et du compagnonnage, ce qui signifie d'agir comme modèle auprès de ses collègues. Les formateurs sont ainsi souvent sollicités comme conseillers pour régler des situations difficiles avec des résidents. Mais qu'arrive-t-il quand eux-mêmes ne réussissent pas à trouver de solutions? Selon le formateur interrogé, la pression ressentie peut alors être perçue comme un fardeau supplémentaire, particulièrement dans un contexte où cette aide s'additionne souvent aux tâches habituelles, sans temps spécifique accordé par la direction pour la réaliser.

b) Liées à la déprofessionnalisation

Il semble que les conséquences négatives appréhendées à propos de la déprofessionnalisation se soient concrétisées comme, par exemple, les difficultés de communication que certains associent à la charge de travail accrue.

Présentement, au niveau des rotations et c'est la seule chose que je voyais que ça allait moins bien depuis quelque temps, c'est qu'avant, on avait plus de temps pour se donner un rapport d'équipe lorsqu'on changeait d'équipe. On prenait plus de temps entre auxiliaire et PAB pour se dire ce qui s'était passé durant les trois semaines et les trucs qu'on a utilisés. Notre clientèle est variable donc les choses peuvent changer. Cela se fait de moins en moins, car la communication est moins bonne. (Acteur ARS 2)

La déprofessionnalisation aurait également eu d'autres conséquences. Selon les représentants syndicaux interrogés, elle aurait fait augmenter le taux de roulement infirmier de façon très marquée. Il semble que plusieurs infirmières, craignant de se retrouver responsables d'un trop grand nombre de résidents et que la qualité des soins s'en trouve réduite, aurait cherché à se relocaliser ailleurs dans le CSSS. Plusieurs déplorent que la déprofessionnalisation ait été implantée sur un laps de temps trop court et sans consultation, notamment avec les syndicats. Prévue au départ pour être mise en place entre juin 2010 et janvier 2011, la déprofessionnalisation sera finalement implantée en deux mois, soit en juin et juillet 2010, selon la volonté de la direction de l'établissement, et ce, malgré le souhait exprimée par les cadres de prendre le temps de bien préparer les équipes.

Pour la déprofessionnalisation, on a demandé un comité pour regarder les tâches des gens vu qu'il va avoir moins de professionnels. Ils ont dit oui, mais dans le fond, toute la structure était faite. C'était : « on passe à l'action le 20 juin » (Acteur syndical 1)

6.3.4 Les stratégies déployées par les acteurs face aux difficultés

6.3.4.1 Stratégies liées à la formation et à son déploiement

L'ARS est vue par les gestionnaires comme un soutien au changement de culture que doit opérer l'institution pour se conformer aux directives ministérielles concernant l'AMV. Ainsi, dans un premier temps, les cadres de l'installation ont voulu créer un véritable effet de masse en formant

le maximum de soignants en un minimum de temps le tout avant que ne débute la période de vacances.

Mais j'ai hâte qu'il y ait plus de personnes de formées pour avoir un effet de masse. Pour vraiment avoir un effet de multiplication de la population. C'est une des raisons pourquoi on s'est un peu dépêchés pour avoir un bassin assez intéressant de personnes formées avant l'été, car on savait qu'on n'allait pas donner de formation en été dû aux vacances (pas capable de libérer le monde). (Cadre 1)

Afin de concrétiser cette stratégie, il s'est donné une formation par mois en moyenne, entre février 2010 et mars 2011, et même une formation toutes les trois semaines pendant certaines périodes. Pour un des représentants syndicaux, le changement de culture implique également de former non seulement tous les PAB, mais aussi le reste du personnel (infirmières auxiliaires, infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, techniciens en loisirs, etc.) ce qui s'est d'ailleurs réalisé, car ces catégories d'emploi ont aussi été formées à l'ARS.

Qu'ils le fassent pour tout le monde. Tous les CHSLD. Tu ne peux pas juste former juste une gang sinon l'autre gang n'est pas au courant de comment ça marche. (Acteur syndical 1)

L'organisation des formations a présenté plusieurs défis et il semble que la personne qui en était responsable avait les capacités suffisantes pour les surmonter. Un de ces défis était de repérer, à travers un taux de roulement important, les détenteurs de postes titulaires. Elle a ainsi créé, pour se faciliter la tâche, des fichiers prenant en compte la titularisation des employés, les différentes catégories d'emploi et les quarts de travail :

Oui, c'est beaucoup de logistique, énormément même. Mais c'est mon point fort, car j'ai un esprit cartésien et je pense qu'il en faut un. C'est vraiment de monter un bon fichier Excel sur tous mes types d'emplois, les gens qui partent et qui arrivent, car nous avons un énorme taux de roulement étant donné que nous avons 5000 employés.. (Acteur ARS 1)

Parmi les modifications apportées à la trajectoire d'implantation prévue, les formations internes se sont données par des duos de formateurs. Cette mesure visait à ce que les formateurs puissent se soutenir mutuellement et à éviter d'annuler la formation si l'un d'entre eux était malade ou se désistait. De plus, comme le préconise l'ASSTSAS, un PAB de remplacement a été fourni pour chaque compagnonnage, afin de ne pas créer de surcharge de travail sur l'unité et pour que la formation ne soit pas associée à quelque chose de négatif. Par contre, l'adaptation du contenu de la formation pour les catégories d'emploi qui ne font pas les soins d'hygiène n'a pas été réalisée.

6.3.4.2 Stratégies liées au suivi post-formation

Le suivi de l'implantation de l'ARS était une préoccupation particulièrement présente au départ et plusieurs solutions ont été mentionnées par les différents acteurs pour permettre à l'ARS de perdurer dans le temps. Par exemple, la chef de service à la clientèle et la chargée de projet prévoient de libérer les formateurs pour qu'ils aillent régulièrement sur les unités aider leurs collègues aux prises avec des résidents difficiles ou encore pour qu'ils refassent du compagnonnage sur une base régulière. Cependant, la direction d'établissement n'ayant pas attribué de budget au suivi de l'ARS, cette idée n'a pu se concrétiser. Au moment de la deuxième série d'entretiens, le formateur disait aller aider ses collègues pendant ses temps de pause.

Par contre, une initiative a été mise en place par les cadres de l'installation. Elle consiste à relever tous les rapports d'incidents/accidents qui ont eu lieu sur les unités et à retenir ceux impliquant un résident et pour lesquels la méthode de travail est peut-être en cause. Ces rapports sont ensuite transmis à un formateur et à la psychologue en charge de la formation sur les troubles de comportement. Ces deux personnes se chargent ensuite d'aller dans les unités, de parler avec les soignants et de voir ce qui aurait pu être fait différemment en fonction des principes de l'ARS. Encore ici, les formateurs ne sont pas vraiment libérés pour faire ce type de tâche.

Les acteurs interrogés manifestent d'ailleurs une préoccupation quant au ressourcement à moyen terme des formateurs. En effet, face à la charge de travail supplémentaire que l'ARS représente et aux pressions exercées par leurs collègues pendant les formations, mais aussi dans les unités, il leur paraît important que les formateurs puissent bénéficier de sessions de ressourcement régulières, comme celles organisées par l'ASSTSAS pour la formation PDSB:

« Le PDSB, ça apporte un plus dans le sens que c'est fait avec une instance supérieure. Donc, probablement, s'il y a des suivis de fait avec l'ASSTSAS sur le même modèle que le PDSB, ça serait beaucoup plus aidant que de remettre tous les formateurs ensemble pour qu'ils se parlent... ils se parlent à tous les jours ! Ce n'est pas comme si on était deux personnes dans une petite boîte. On est six ici. Je trouve que d'avoir comme le PDSB et de faire sortir les gens, peut-être avec d'autres, je trouve ça bien. Je crois qu'ils se réunissent aux deux ans. Ça serait bien que nous ayons quelque chose comme ça et peut-être de les sortir du milieu avec d'autres formateurs. Car on prend souvent une tangente en formation sans nous en rendre compte. On a beau s'en reparler après, on a la même tangente. Ça serait positif de sortir de notre contexte et de voir avec l'ASSTSAS des choses différentes. (Acteur ARS 1)

Si le suivi postformation était considéré dès le départ comme un élément important pour le maintien de l'ARS dans le temps il semble que toutes les solutions envisagées pour le mettre en place n'ont pu véritablement être déployées. Peu de moyens y ont été alloués et le suivi de l'approche s'est avéré reposer avant tout sur l'investissement personnel et la motivation de certains individus, en particulier les formateurs, qui ne bénéficient pas d'un réel soutien institutionnel ni de reconnaissance formelle.

6.3.4.3 Stratégies liées à l'organisation du travail

Les changements en cours dans l'établissement, notamment la déprofessionnalisation et l'introduction des rotations, ont entraîné une réduction des temps de communication entre les soignants. Les moments formels consacrés à la transmission entre quarts semblent avoir fortement diminué, principalement entre les professionnels et les préposés aux bénéficiaires. Bien que certains outils existent pour faciliter la transmission écrite des informations relatives aux résidents, les acteurs envisagent la possibilité de faire participer les infirmières auxiliaires et les PAB aux réunions interdisciplinaires :

Il se peut donc que l'infirmière auxiliaire ou une préposée soient appelées à venir aux rencontres inters de plus en plus. Parce qu'en n'ayant qu'une infirmière, elle ne peut plus aller autant aux sources, questionner tout le monde et être autant sur le terrain et faire la gestion (rencontrer les médecins), car elle n'est qu'une seule personne. Avec les yeux de la préposée ou de l'infirmière auxiliaire, ça va être facilitant et ça va donner des informations que l'infirmière n'aura pas nécessairement. Sa collaboration va être de plus en plus requise et utile. (Acteur ARS 2)

Enfin, la stabilisation des équipes soignantes, par l'arrêt des rotations interunités, devait permettre aux soignants d'en arriver à une meilleure connaissance des résidents, de leur offrir la

possibilité d'essayer différentes techniques avec les résidents difficiles et de mieux déterminer celles qui fonctionnent. Les acteurs syndicaux partagent ce point de vue tout en soulignant que, dans les faits, il y a souvent du nouveau personnel à intégrer :

Je pense que le fait d'avoir aussi un personnel régulier, ça serait l'idéal. Ça facilite les affaires. Tu donnes la technique et la formation à la fille et après, elle peut l'appliquer, l'essayer. Elle peut l'appliquer avec le patient et ainsi voir des résultats. Ça stimule les gens et ça fonctionne. C'est moins pire qu'une nouvelle personne qui arrive et, n'ayant pas suivi la formation et qui ne l'a pas et qui fait tout de travers. Il se demande pourquoi son patient se choqe et qu'il est pogné à aller le voir. Dans le fond, c'est la stabilité du personnel. C'est un des facteurs importants, et ce, surtout dans ce secteur-là où les patients ont besoin de stabilité. C'est toujours la routine pour eux autres, ils ont besoin de ça. C'est difficile pour eux si tu arrives avec du nouveau personnel tout le temps et qui n'agissent pas de la même façon. Ça ne marchera pas. (Acteur syndical 1)

De plus, cette stabilisation n'a pas été acceptée par tout le monde. Certains soignants ayant peur de ne se retrouver qu'avec des clients difficiles ou d'être contraints de demeurer dans une équipe qui ne fonctionne pas bien ont préféré quitter l'installation, ce qui a eu pour effet d'augmenter encore un peu le taux de roulement du personnel.

6.3.4.4 Stratégies liées à la gestion des changements

Beaucoup de changements ont eu lieu en même temps que l'implantation de l'ARS non seulement dans l'installation mais aussi au niveau de tout le CSSS. Or, cadres et représentants syndicaux déplorent justement le fait que les changements sont nombreux et implantés rapidement sans consultation véritable auprès des premiers intéressés, les équipes de soins. Les cadres de proximité sont conscients du fait que les changements nécessitent du temps et doivent être préparés, mais ils se heurtent bien souvent à un manque de budget ou encore à des calendriers imposés par la direction et avec lesquels ils doivent composer :

Moi ça ne me fait pas peur des changements, il faut qu'on les organise...dès fois, ce que je trouve difficile c'est qu'on ne prend pas le temps de les organiser. C'est comme si on met toujours la charrue avant les bœufs. Ça me fâche un petit peu. Par exemple, on fait la déprofessionnalisation... on prendrait notre temps... si ça prend un an bien ça va prendre un an. Finalement, on commence le 20 juin, on sait ça un mois – deux mois avant. Les premières orientations de ma direction est que ça prend un an. Finalement, on fait des petites analyses et c'est urgent donc, faut faire ça en juin : « X tu as 2 mois pour rencontrer tout le monde, les informer, les laisser verbaliser et ventiler, les laisser s'approprier leur nouveau rôle. » Je n'aurais pas pu avoir six mois pour regarder les plans de travail ensemble, ajouter une secrétaire, se parler ? (Cadre 1)

Les syndicats déplorent cet état de fait et ajoutent que l'accumulation de changements plus ou moins bien vécus crée chez les personnes concernées une appréhension pour toute nouvelle initiative venant de la direction. C'est ainsi que l'approche milieu de vie se trouve discréditée puisque la plupart des changements qui surviennent sont présentés comme lui étant associés :

Présentement, les gens ne sont plus capables d'entendre parler du milieu de vie, car ça fait des années que tout changement est collé au milieu de vie. Peu importe le changement, c'est en lien avec le fameux milieu de vie. Comme je le disais tantôt, qui dit changement dit pas forcément Hourra! Souvent, ce qui est malheureux, c'est que c'est imposé aux employés au lieu d'être discuté avant : qu'est-ce que vous en pensez? Est-ce qu'on peut l'essayer? C'est plutôt : à partir de lundi prochain, les choses vont se faire de telle façon. C'est un peu dérangent et déstabilisant lorsque ça fait 10 ans que quelqu'un travaille de telle façon sur son étage et que tu dois changer ta façon de faire sans nécessairement comprendre pourquoi et dans quel but, ce n'est pas évident. Cela se peut que les gens disent que ça ne marchera pas. Le fameux milieu de vie que je parlais tantôt est que tout est rattaché à ça. Les gens sont tannés d'en entendre parler. Peu importe si l'idée est géniale, si c'est rattaché au milieu de vie, ça ne part pas bien. (Acteur syndical 2)

Selon ces acteurs, l'implication du personnel et du syndicat dès les premières phases d'un projet pourrait contribuer à faciliter son appropriation par le personnel. C'est d'ailleurs ce qui s'est produit ici puisque les syndicats ont bien fait partie de la préparation du projet et ont cosigné la demande de service à l'ASSTSAS. Toutefois, les différents représentants syndicaux signalent leur manque d'implication dans l'implantation même du projet, au-delà de la seule phase de démarrage :

On a signé le papier comme de quoi qu'on autorisait ça. Nous n'avons pas eu de nouvelles. Si les employés nous téléphonent pour nous dire que ça ne va pas bien, on va agir. Si nous n'avons pas de téléphone, c'est parce que ça va bien. (Acteur syndical 1)

6.4 Discussion

6.4.1 Portée et limites pour le milieu

Cette étude longitudinale d'un cas d'implantation de l'ARS nous permet de mieux saisir comment le contexte influence le déroulement d'un tel projet. Le changement de culture qu'implique l'implantation de l'AMV semble tout à fait favorable à la mise en place de l'ARS. Réciproquement, l'engagement et la formation de tout le personnel à l'ARS soutiennent ce changement de culture. En même temps, plusieurs éléments de contexte semblent aller à l'encontre du changement de culture souhaité. Au-delà de la volonté des décideurs, de leur engagement envers l'ARS qu'ils voient comme un outil pour aider les chefs d'installations à concrétiser les orientations ministérielles de mise en place de l'AMV, d'autres éléments du contexte semblent moins favorables à l'implantation. Les changements survenus dans l'organisation du travail ont notamment pour effet d'éloigner les infirmières et infirmières auxiliaires des résidents, ce qui peut être vu comme allant à l'encontre d'un changement de culture vers plus de soins relationnels.

Le grand nombre de projets en cours au CHSLD-2 au moment de l'implantation semble un facteur qui pousse l'établissement à mettre fin au projet, faisant l'impasse sur le soutien à offrir aux formateurs et aux soignants formés pour que l'approche soit mise en œuvre au-delà de la période consacrée au projet. Il faut noter que le suivi postprojet n'est pas vraiment formalisé par l'ASSTSAS et que pour l'établissement, lorsque la formation à l'ARS a été donnée aux détenteurs de postes, le déploiement se poursuit en affectant des ressources dans les autres installations. La suite de la trajectoire dans l'installation dépend alors des formateurs eux-mêmes. Or, certains peuvent quitter l'installation ou encore renoncer à ce rôle. Ceux qui continuent ont peu d'occasions de ressourcement alors que la prestation des formations peut devenir éprouvante pour eux, compte tenu des difficultés vécues par ailleurs par les collègues qu'ils forment. La multitude de projets menés en parallèle et les changements organisationnels concomitants à la formation insécurisent le personnel et entraînent des réactions de recul face à ce qui peut être perçu comme « la nouvelle saveur du mois ».

Par ailleurs, l'étude du déroulement de cette implantation, à travers les activités du conseiller, révèle l'importance de la phase de démarrage. Nous en avons présenté ici un déroulement factuel, mais nos données mettent en lumière de multiples apports du conseiller pour bien préparer l'implantation, pour agir sur les représentations de ses interlocuteurs par rapport au

travail de soins auprès des personnes en perte d'autonomie, au rôle des PAB, à celui des formateurs et à l'importance de la portion expérientielle de la formation.

6.4.2 Portée et limites du point de vue de la recherche

Sur le plan méthodologique, le journal de bord que nous avons développé pour recenser les activités du conseiller nous apparait un outil qui permet des descriptions riches d'une intervention en prévention. L'utilisation d'un tel outil a permis, de notre point de vue, de documenter de manière satisfaisante l'activité du conseiller en dépit du fait qu'il n'était pas possible de l'accompagner lors de ses interventions sur le terrain auprès de l'établissement. Les données recueillies pourraient d'ailleurs faire l'objet d'une analyse plus approfondie pour éclairer le rôle joué par les conseillers.

Cette étude comporte plusieurs limites. Le temps dont nous disposions pour cette recherche nous a empêchés de suivre l'implantation dans tout le CSSS. Cela met en évidence la difficulté de concilier les exigences de la recherche avec les délais d'implantation d'approches telles l'ARS, qui peuvent parfois se dérouler sur de nombreuses années. Par ailleurs, malgré les efforts de l'équipe de recherche, peu de données factuelles sur le déroulement de l'implantation ont pu être colligées, notamment pour la phase de déploiement après l'intervention de l'ASSTSAS. Des observations des formateurs en action ou à tout le moins la documentation de leur activité de préparation et de prestation de la formation auraient pu enrichir la description de leur rôle dans l'implantation, d'autant que le maintien de l'approche semble reposer sur leur investissement individuel.

Enfin, le fait de n'avoir pu recruter un deuxième établissement pour une étude longitudinale limite quelque peu la validité externe de cette partie de la recherche. Cela dit, le CCR de la recherche a validé les constats auxquels nous arrivons, notamment quant à la difficulté de déploiement de l'approche après la réalisation du projet. Par ailleurs, la triangulation des différentes données issues du protocole de recherche contribuent à augmenter la validité des résultats de cette partie de l'étude, notamment en ce qui concerne la nécessité de considérer l'ARS comme un programme qui doit se maintenir dans le temps en étant intégré aux opérations courantes plutôt que comme un projet qui, forcément, a un début et une fin.

7. PHASE 3

Cette phase de la recherche concerne la mise en œuvre de l'approche dans le travail quotidien et comporte deux volets : 1) une analyse ergonomique du travail des soignants; 2) une exploration de l'impact de l'approche sur le résident et sur le soignant lors des activités de soins.

7.1 Analyse ergonomique du travail des soignants

7.1.1 Objectifs de recherche

Ce volet de la recherche visait principalement à répondre aux deux questions suivantes : quelles sont les stratégies individuelles et collectives de mise en œuvre de l'ARS déployées par les soignants en contexte de soins de longue durée? Quels sont les déterminants de ces stratégies?

7.1.2 Cadre théorique

En vue d'orienter l'analyse des soins d'hygiène et d'alimentation, nous nous sommes appuyés sur le modèle de la situation de travail (St-Vincent et coll., 2011) ainsi que le modèle de l'action professionnelle (Bourassa, Serre et Ross, 1999).

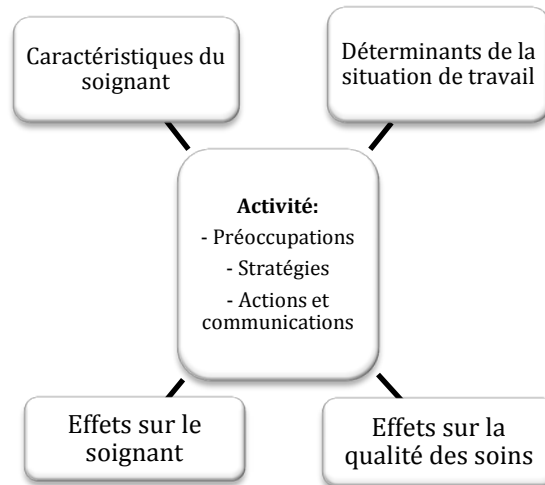


Figure 2 : L'activité de mise en œuvre de l'ARS (adaptée de St-Vincent et coll., 2011 et de Bourassa et coll., 1999)

Telle qu'illustrée à la figure 2, la personne en activité est unique de par ses caractéristiques (âge, genre, formation initiale, expérience, caractéristiques physiques et mentales, aspirations, etc.) (St-Vincent et coll. 2011) et ses représentations sous-tendues par ses croyances, valeurs et attitudes (Bourassa et coll. 1999). Le soignant réalise les tâches attendues en étant soumis à différents déterminants de l'activité : organisation de la production et du travail, environnement physique, dispositif technique, formation, culture, relations hiérarchiques, interactions avec des collègues, les résidents et leurs familles. Ces déterminants de la situation de travail peuvent être tantôt des ressources, tantôt une contrainte pour l'action.

La mise en œuvre de l'ARS se traduit par un engagement physique, cognitif et affectif du soignant qui, face à la variabilité du contexte de travail, met en œuvre individuellement ou collectivement des régulations pour arriver à produire les résultats attendus. Selon la marge de manœuvre offerte par la situation de travail, ce processus de régulation sera plus ou moins facilité. Cette activité comporte non seulement des actions et communications observables, mais aussi des intentions, c'est-à-dire ce que la personne cherche à produire comme effet, sur elle ou sur les autres. Selon Bourassa et coll. (1999), ces intentions sont fortement liées aux représentations, qui en constituent le fondement. Plutôt que le terme « intention » proposé par ces auteurs, nous avons retenu celui de « préoccupation » qui, selon nous, reflète mieux le fait que ces effets recherchés ne sont pas toujours conscients ou liés à une analyse rationnelle. Les préoccupations peuvent également être liées à un sentiment ou à une émotion significative pour l'acteur, sans qu'il n'y ait nécessairement de mise en œuvre d'un processus de résolution d'un

problème pratique (Theureau, 2004). Ces intentions ou préoccupations se concrétisent par des stratégies développées par les soignants. À l'instar de Bourassa et coll. (1999), nous définissons le concept de stratégie comme « le meilleur moyen que la personne a trouvé pour réaliser ses intentions, dans un contexte donné et compte tenu de ses représentations ».

L'activité déployée a des répercussions à la fois sur la personne au travail et sur l'organisation. Dans des conditions favorables, ces effets peuvent être positifs (qualité des soins, efficacité, préservation de la santé et de la sécurité du travail, développement de compétences, etc.). Dans des conditions défavorables, par exemple lorsque la marge de manœuvre est faible, les effets de l'activité peuvent être négatifs, à la fois pour l'organisation (mauvaise qualité de service, plaintes des familles, absentéisme, hausse des coûts d'assurance SST, etc.) et pour la personne (usure, accidents, maladies professionnelles, etc.).

7.1.3 Méthode

7.1.3.1 Présentation des terrains

Trois établissements de soins de longue durée ont accepté de participer à ce volet de l'étude. Il s'agit de trois CHSLD de taille importante, avec plus de 150 lits d'hébergement permanent en milieu urbain (voir tableau 16). La majorité de la clientèle de ces établissements présente des démences et des pertes cognitives et d'autonomie fonctionnelle liées au vieillissement. Au sein de ces établissements, le choix des installations et des unités s'est fait en collaboration avec les établissements participants en vue de maximiser la variabilité entre les milieux, notamment du point de vue du type de clientèle et du temps écoulé depuis l'implantation de l'ARS.

Tableau 16 : Caractéristiques des terrains à l'étude pour l'analyse ergonomique du travail des soignants

Caractéristiques	Terrain A	Terrain B	Terrain C
Taille établissement (en lits d'hébergement permanent) ¹²	Environ 350 lits ¹³	Environ 1200 lits	Environ 1000 lits
Type et taille installation(s) (en lits d'hébergement permanent)	CHSLD Environ 350 lits	CHSLD 1 environ 150 lits CHSLD 2 environ 250 lits	CHSLD situé dans un CH Environ 250 lits
Durée depuis implantation ARS dans l'installation	Plus de 2 ans	Plus de 2 ans	Moins de 2 ans
Types d'unités concernées	2 unités par mandat (psychogériatriques)	Une unité par mandat (prothétique) et 2 unités régulières	2 unités régulières
Clientèle de 85 ans ou plus ¹⁴	Dans l'établissement : 69 %	Dans l'établissement : 45 % Dans le CHSLD1 : 35 % Dans le CHSLD 2 : 44 %	Dans l'établissement : <i>non disponible</i> Dans l'installation : 43 %

Le terrain A présente une clientèle globalement plus âgée que la moyenne québécoise des résidents des CHSLD, qui est de 46 % de résidents âgés de 85 ans ou plus (MSSS, 2003). Dans

¹² Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

¹³ Les chiffres exacts n'ont pas été indiqués par souci de préserver l'anonymat des établissements participants.

¹⁴ Source : Données de l'enquête sur le déploiement de l'ARS et la perception de son impact (section 5.2 du présent rapport) et données fournies par le milieu.

l'établissement B, nous avons mené nos observations dans trois unités différentes : une unité avec un mandat spécifique, à savoir une unité prothétique avec une clientèle présentant de multiples pathologies ainsi que des comportements d'errance, et deux unités sans mandat particulier. Dans l'établissement C, nous avons effectué nos observations dans deux unités avec une clientèle variée en termes d'âge (de 38 ans à 102 ans) et de pathologies (démences de type Alzheimer, autisme, syndrome de Down, syndrome de Korsakoff) ou d'état fonctionnel (personnes mobiles, en fauteuil roulant, alitées, amputées).

7.1.3.2 Participants à l'étude

Dans chacun des établissements participants, ce volet de la recherche a été présenté aux soignants des unités sélectionnées dans le cadre d'une réunion d'équipe. Les personnes intéressées à participer étaient invitées à contacter l'équipe de recherche. Onze soignants ont consenti à participer à l'étude. Ceux-ci ont signé un formulaire de consentement et rempli un questionnaire sociodémographique. Les caractéristiques des participants sont indiquées au tableau 17.

Tableau 17 : Profil sociodémographique des soignants ayant participé à l'analyse ergonomique

Caractéristiques	Terrain A	Terrain B	Terrain C
Nombre de participants	5	4	2
Statut socioprofessionnel	4 PAB; 1 Inf. aux	4 PAB	1 PAB; 1 Inf. aux
Genre	4 F; 1 H	4 F	1 F; 1 H
Âge	37-50 ans	30-46 ans	48-49 ans
Ancienneté dans l'établissement	De 11 mois à 26 ans	De 9 à 14 ans	De 6 à 18 ans
Statut d'emploi	5 permanents (3 temps plein; 2 temps partiel)	4 permanents (2 temps plein; 1 temps partiel; 1 n/d)	2 permanents (temps plein)
Délai écoulé depuis la formation ARS reçue	De 2 mois à 5 ans	De 10 mois à 9 ans	Entre 12 et 18 mois

7.1.3.3 Recueil des données

Trois méthodes ont été retenues, à savoir les observations, les verbalisations postsoins ainsi que les entretiens d'autoconfrontation. La description des activités de collecte de données est présentée au tableau 18.

Tableau 18 : Description des activités de collecte de données pour l'analyse ergonomique

Données / Établissements	A	B	C	Total
Nombre d'heures d'observations (incluant les entretiens postobservations)	41	45	20	106
Nombre de quarts concernés	10 de jour 4 de soir	12 de jour	4 de jour	30
Nombre d'heures d'entretiens d'autoconfrontation	5	4	N/A	9

a) Observations

Les observations ont été réalisées par une ergonome de l'équipe de recherche selon la méthode papier-crayon. Lors des soins, l'observatrice a noté le déroulement de l'action en mettant en parallèle les repères temporels, les actions et communications des soignants, les actions et

communications des résidents, de même que les éléments de contexte jugés pertinents. L'ergonome a aussi recueilli de l'information à propos de l'environnement de travail des soignants (plans des unités, données relatives aux plans d'intervention, traces de l'activité des soignants, etc.).

b) Entretiens postobservations

Les périodes d'observation ont été suivies d'entretiens de débriefage d'une durée moyenne de 30 à 45 minutes permettant d'élucider avec les soignants certaines caractéristiques de leur activité. Les soignants étaient invités à commenter le déroulement du quart de travail observé, à chaud. Ces verbalisations ont été notées tantôt sous forme papier-crayon, tantôt sous forme d'enregistrements retranscrits.

c) Entretiens d'autoconfrontation

Six soignants ont été rencontrés lors d'entretiens dits d'autoconfrontation, qui ont été enregistrés. Les participants ont commenté les traces de leur activité et documenté la dimension non visible de l'activité (émotions ressenties, interprétations, prises de décisions, savoirs mobilisés dans l'action). Jumelées aux données d'observations, de telles verbalisations peuvent contribuer à constituer une description valide de l'action telle que vécue du point de vue de l'acteur (Theureau, 2006). Cependant, à la différence des entretiens postsoins qui portaient spécifiquement sur ce qui venait d'être observé, ceux-ci visaient à amorcer, avec le participant, une démarche d'analyse plus globale en lien avec le modèle théorique de l'activité (déterminants de l'activité, représentations, préoccupations, stratégies, effets) autour de certaines situations de travail « typiques ». Ces entretiens d'autoconfrontation ont fait l'objet d'une transcription *in extenso* pour les segments portant sur l'hygiène et l'alimentation.

7.1.3.4 Traitement des données

a) Réduction

Un tableau-synthèse retraçant l'ensemble des soins documentés a été constitué avec les catégories suivantes : établissement (A, B, C), soignant impliqué, horaire (jour, soir, nuit), résident concerné (le cas échéant), type de soins (alimentation, hygiène, médication, élimination, autres), caractéristiques du soin (lieu, durée, effectué seul ou en équipe; impliquant ou non des tâches annexes au soin) et de la présence de verbalisations (entretien post-observations ou autoconfrontation). Chacun des soins a été synthétisé sous la forme d'un descriptif succinct facilitant par la suite le choix des soins à analyser plus en détail. Parmi l'ensemble de l'activité observée, nous avons extrait les soins relatifs à l'hygiène et à l'alimentation. Au total, tel qu'indiqué au tableau 19, 164 soins d'alimentation et d'hygiène ont été documentés dans les trois établissements participants.

Tableau 19 : Sommaire des soins d'alimentation et d'hygiène documentés dans le cadre de l'analyse ergonomique

Type de soins	Nombre/durée (h)	Établissement A	Établissement B	Établissement C	Total
Alimentation	Nombre de soins	45	6	18	69
	Durée (h)	8,9	2,8	2,6	14,3
Hygiène	Nombre	38	41	16	95
	Durée (h)	15,1	9,4	4	28,5
Total		83 soins (24h)	47 soins (12,2h)	34 soins (6,6h)	164 soins (42,8h)

Soins d'alimentation. Pour les soins d'alimentation, toutes les données de verbalisation recueillies (postsoins et en autoconfrontation) ont été utilisées pour l'analyse. Quant aux données d'observation, huit soins d'alimentation jugés représentatifs de la variabilité des données (type de repas, lieu du repas, degré d'autonomie du résident) ont été retenus et détaillés finement sous la forme de chroniques de soins. Pour chacun d'eux, les différentes données disponibles ont été retranscrites sous forme de chroniques détaillées, c'est-à-dire de tableaux à cinq colonnes (repère temporel, actions et communications du soignant, actions et communications du résident, autres éléments du contexte et verbalisations pertinentes) permettant de reconstituer le déroulement chronologique de l'action, à la fois du point de vue de l'observateur (actions et communications du soignant et du résident et éléments du contexte) et du point de vue de l'acteur (verbalisations liées à ces actions). La catégorisation des données relatives à ces soins a par la suite été complétée et enrichie par l'analyse de l'ensemble des données d'observation portant sur l'alimentation, en suivant le principe de saturation des catégories d'analyse.

Soins d'hygiène. Parmi les 95 documentés, 30 soins ont été retenus pour fins d'analyse plus spécifique selon deux critères principaux : 1) la richesse des données disponibles, en particulier la présence de données de verbalisation liées au soin concerné; 2) la représentativité par rapport aux divers éléments de variabilité rencontrés lors des soins d'hygiène (type de toilette en particulier). Des chroniques de quart de travail correspondant aux soins retenus ont été rédigées. Par la suite, chaque soin retenu a été détaillé sous forme de chronique de soin (voir supra). Ce sont ces chroniques ainsi que les verbalisations (postsoins et autoconfrontations) et les informations relatives à l'environnement de travail des soignants qui ont fait l'objet de l'analyse.

b) Analyse

Deux stratégies d'analyse complémentaires ont été appliquées aux soins d'hygiène et d'alimentation retenus.

Soins d'alimentation. L'ensemble des données recueillies portant spécifiquement sur ces soins dans les établissements A et C (données d'observation et transcription des verbalisations postsoins et en autoconfrontation) et d'une partie des données de l'établissement B (données d'observation), a permis d'effectuer une analyse de contenu (Krippendorff, 2003) ayant produit 595 unités de sens réparties en cinq catégories (tableau 20).

Tableau 20 : Nombre d'unités de sens classées par catégorie pour les soins d'alimentation

Catégories du modèle	Nombre d'unités codées
Déterminants de l'activité	45
Représentations	99

Préoccupations	37
Stratégies	351
Effets	57
Total	595

Soins d'hygiène. Les stratégies fines déployées par les soignants en vue de favoriser l'adaptation des soins aux résidents ont été décrites à partir des données d'observation et de verbalisation des établissements A et C et d'une partie des données de l'établissement B (données d'observation), ainsi que les déterminants de la situation de travail s'y rapportant (état fonctionnel et caractéristiques du résident, état momentané, histoire personnelle). Les difficultés rencontrées par les soignants pour mettre en œuvre ces stratégies d'adaptation ont également été décrites.

7.1.4 Constats

7.1.4.1 Mise en œuvre de l'ARS lors des soins d'alimentation

a) Représentations des soignants

Le tableau 21 montre que certaines représentations mobilisées lors des situations d'alimentation sont d'ordre général (les résidents sont des personnes, ils sont capables d'utiliser le langage non verbal comme mode de communication, etc.). D'autres mettent en évidence l'importance, pour les soignants, de nourrir les résidents, mais pas à n'importe quel prix. Le discours des participants indique que ceux-ci privilégient un repas qui se déroule agréablement. Ils évoquent le droit des personnes à prendre des décisions relatives à leur propre alimentation (quantité, ordre des aliments, etc.) et à goûter les différents aliments (plutôt que de se faire servir une purée dans laquelle tous les aliments sont mélangés par souci d'efficacité). Les soignants ont aussi une représentation selon laquelle, même s'ils ne peuvent pas parler, les résidents peuvent exprimer ces décisions par leur comportement non verbal (ex. : pleurs, toux, expressions faciales pour signifier une non-appréciation de la nourriture ou une décision de cesser de manger).

Quant à leur vision d'eux-mêmes comme soignants, les répondants considèrent qu'un soignant est aussi un humain qui interagit avec un autre humain, ce qui se traduit par des marques d'affection, de l'humour, etc. Ils considèrent également devoir s'adapter aux caractéristiques et aux préférences des résidents. Enfin, la dimension collective du travail et l'entraide entre les membres de l'équipe de soins sont aussi mises de l'avant dans les différentes unités analysées. Ils conçoivent par ailleurs que les familles doivent être en quelque sorte ménagées du fait qu'elles soutiennent leurs proches.

Tableau 21 : Sous-catégories, nombre et exemples d'unités de sens relatives aux représentations des soignants

Sous-catégories	Nombre d'unités	Exemples d'unités
Représentations relatives aux résidents	55	« [lors des repas pris collectivement] j'essaie d'impliquer les gens dans la conversation, comme on fait avec n'importe qui; dans la société si on a une conversation et que quelqu'un veut rentrer dans la conversation on l'implique, je fais la même chose avec les résidents (...), le résident se sent comme une personne là. C'est le reflet de la société ici, c'est juste des personnes âgées avec des démences, c'est souvent les mêmes conversations, les mêmes sujets » (Inf. aux 2, Ét. C).

		« Monsieur x mange son dessert avant le repas. Ce n'est pas l'armée : « Mangez votre soupe maintenant, tout le monde mange sa soupe ». On donne le choix aux résidents. Leur besoin passe avant la nutrition. » (PAB2, Ét. A) « Ce n'est pas normal (<i>de pleurer ou de tousser en mangeant</i>) » (...) Et on voit les expressions faciales. (...) Il y a des larmes. Peut-être qu'il (<i>le résident</i>) n'aime pas ça (<i>sa nourriture</i>). Elle crache, comme ça. Il y a parfois des choses comme ça. Elle n'aime juste pas la nourriture, ça ressort. L'expression faciale, c'est ton seul outil. C'est le seul outil qui peut t'aider. » (PAB2, Ét. A).
Représentations relatives au soignant lui-même	42	« J'essaie d'être poli avec mes résidents (...) puis de mettre de l'humour » (Inf. aux 2, Ét. C). « Tu dois aimer ça. J'aime la gériatrie. Je ne suis pas ici pour l'argent. Je mets toute mon âme là-dedans. » (Inf. aux 1, Ét. A, notre traduction) « On (<i>notre équipe de travail</i>) interagit ensemble, on s'aide mutuellement. » (PAB2, Ét. A, notre traduction) « Nous sommes ici pour répondre à leurs besoins. » (PAB2, Ét. A)
Représentations relatives à la famille des résidents	2	« Ils se sentent déjà suffisamment coupables d'avoir mis leurs proches ici. » (Inf. aux 1, Ét. A, notre traduction) « Quand nous avons un résident, nous devons aussi gérer la famille qui vient avec. » (Inf. 1, Ét. A, notre traduction).
Total	99	

b) Préoccupations des soignants

L'analyse des préoccupations des soignants au tableau 22 fait ressortir un certain nombre de préoccupations liées aux résidents, que ce soit en lien avec leur santé (17 unités) ou par rapport à d'autres dimensions (13 unités), comme l'autonomie ou le fait de répondre à leurs besoins et leurs préférences. Enfin, un petit nombre d'unités renvoient aux préoccupations des soignants par rapport à eux-mêmes (santé physique et mentale), aux familles des résidents ainsi qu'à l'organisation elle-même (par exemple des préoccupations autour des coûts).

Tableau 22 : Sous-catégories, nombre d'unités et exemples d'unités relatives aux préoccupations des soignants

Catégories	Nombre d'unités de sens	Exemples
Préoccupations liées à la santé du résident	17	« le but, c'est pas de la...de finir l'assiette puis que ça aille vite, le but c'est qu'elle s'alimente bien puis qu'elle s'étouffe pas. » (Inf. aux 2, Ét. C) « Parce que je veux qu'elle boive. Imagine, si elle ne boit pas, ils doivent lui donner une intraveineuse. (...) Je ne veux pas voir ça. » (PAB1, Ét. A, notre traduction) « On ne peut pas donner la nourriture à tout le monde et s'en aller, même s'ils mangent bien (<i>seuls</i>). Au cas où quelqu'un s'étoufferait. » (PAB2, Ét. A, notre traduction)
Préoccupations liées au résident (excluant la santé)	13	« On voudrait tous les accommoder. Leur donner ce dont ils ont besoin. » (PAB2, Ét. A, notre traduction) « Le but c'est de garder leur autonomie. » (Inf. aux 2, Ét. C)
Préoccupations liées au soignant lui-même	4	« Je ne suis pas toujours capable de laisser le travail ici. » (PAB2, Ét. A, notre traduction)
Préoccupations liées à la famille des résidents	2	« Mais je comprends que la famille, ils veulent que leurs parents aient l'air parfait. (...) Qu'ils paraissent bien. » (PAB2, Ét. A, notre traduction)
Préoccupations liées à l'organisation	1	« C'est plus dispendieux (<i>pour l'établissement</i>). » (Inf. aux 2, Ét. C)
Total	37	

c) Stratégies des soignants

Tel qu'indiqué au tableau 23, l'analyse des données d'observation, de verbalisation et d'autoconfrontation a permis de mettre en évidence des stratégies déployées par les soignants lors des soins d'alimentation particulièrement cohérentes avec l'ARS : des stratégies visant à établir ou maintenir la relation avec le résident (par exemple, utiliser des mots de sa langue maternelle), lui offrir des choix et respecter ses préférences, solliciter sa participation au soin et enfin réorganiser le soin ou l'ordre des soins afin de s'adapter à ses préférences et ses rétroactions (par exemple donner le déjeuner avant le soin d'hygiène ou vice versa). Ces stratégies incluent également un certain nombre de démarches visant à obtenir de l'information sur l'état du résident (par exemple auprès des collègues). Précisons que les stratégies visant à s'adapter aux préférences et aux rétroactions des résidents seront approfondies dans la section relative aux soins d'hygiène.

Tableau 23 : Sous-catégories, nombre d'unités et exemples d'unités liées aux stratégies des soignants

Sous-catégories	Nombre d'unités	Exemples d'unités
Stratégies centrées sur la personne	276	« On peut se parler entre deux employés qu'on a vu un film, sauf qu'on peut impliquer (<i>le résident</i>): « Vous dans votre temps, voyez-vous des films comme ça? » (Inf aux 2, Ét.C). « (<i>Pour être présent à ce que l'on fait avec les résidents</i>), parfois c'est par le contact visuel. Ça fonctionne bien. Ensuite, on continue la conversation. La communication. (...) On regarde la personne. ». (PAB2, Ét. A., notre traduction)
Stratégies centrées sur la tâche / le médical	47	« Ce résident-là n'a pas bien mangé. Je vais m'assurer plus tard qu'il va manger quelque chose de plus nutritif. » (PAB2, Ét. A. notre traduction) « Pendant qu'elle mange, si elle est correcte, je vais faire son lit. » (PAB1, Ét. A, notre traduction)
Stratégies d'entraide (demander / offrir de l'aide)	18	« Quand c'est le temps de les faire manger, si j'ai terminé avec les miens, parce qu'ils ont mangé rapidement, j'aide un des résidents attiré à un autre soignant qui n'a pas terminé. » (PAB2, Ét. A, notre traduction)
Stratégies pour se faciliter le travail	6	Utiliser un tabouret haut pour s'asseoir durant l'alimentation (Observations, Ét. C)
Total	347	

d) Déterminants de l'activité des soignants

Tel qu'indiqué au tableau 24 ci-après, les déterminants de l'activité identifiés par les soignants sont principalement liés à l'organisation des soins (26 unités). Ces déterminants peuvent porter, par exemple, sur les demandes des diététistes, les règles de présence du personnel durant les repas, l'horaire des repas, la division du travail de préparation des aliments entre la cuisine et l'unité, les règles relatives à la consommation de certains aliments par les résidents (ex. : boissons alcoolisées), etc. D'autres unités (10) portent quant à elles sur les déterminants liés aux résidents, qu'il s'agisse de leurs caractéristiques (par exemple : dysphagie, troubles neurologiques), leurs préférences (p. ex. : préférence pour un jus ou du café, etc.) ou encore de leur état instantané (fatigue, appétit).

Tableau 24 : Sous-catégories, nombre d'unités et exemples d'unités relatives aux déterminants de l'activité des soignants

Sous-catégories	Nombre d'unités	Exemples d'unités
Liés à l'organisation des soins	26	« Sur le menu, quand il y a des jus (...) ça arrive épaissi de la cuisine. Mais pas les cafés. » (Inf. aux 2, Ét. C) « Légalement, quelqu'un doit toujours être présent dans la salle au moment du repas. Préposé, infirmière (...), peu importe. Il doit y avoir du personnel. » (PAB2, Ét. A, notre traduction)
Liés aux caractéristiques et aux préférences des résidents	10	« (<i>Cette résidente</i>) elle peut s'étouffer quand elle avale. Elle doit être nourrie avec du jus de pomme épaissi. » (PAB2, Ét. A, notre traduction) « Du café épaissi, ça n'existe pas, c'est pas bon. Les gens n'aiment pas ça. Souvent les personnes qui ont un café vont se le faire enlever, ils vont demander un jus à la place. J'ai une dame présentement qui a fait changer son café pour un jus parce qu'elle dit : « C'est pas désaltérant ». Un café épaissi, c'est pas bon, elle dit souvent : « Il est trop épaissi ». » (Inf. aux 2, Ét. C)
Liés aux équipements et à l'espace physique	6	« On a le produit (<i>pour épaissir les liquides</i>), mais c'est en poudre, c'est un peu comme du <i>Quick</i> là (...). C'est un peu le même principe. Ça ne va pas bien. » (Inf aux 2, Ét.C)
Liés aux familles et aux proches	1	« J'ai des familles qui amènent de la vraie bière, ils s'installent ici l'été, là, ils s'installent sur la petite terrasse pis ils prennent un verre de bière ensemble, puis ça va super bien. » (Inf. aux 2, Ét.C)
Total	43	

e) Effets de l'activité perçus par les soignants

Le tableau 25 indique que les soignants ayant participé à ce volet de l'étude perçoivent les effets de leur activité sur les résidents (27 unités). En particulier, ils distinguent des effets positifs sur le comportement des résidents (sourires, touchers) ainsi que sur la collaboration durant les soins d'alimentation, mais parfois aussi des effets négatifs. Un nombre similaire d'unités (26) portent sur les effets que les soignants ressentent par rapport à eux-mêmes. Ils indiquent ressentir de la satisfaction lorsque le soin d'alimentation se déroule bien et, inversement, de l'inquiétude et de la frustration lorsqu'un résident s'alimente insuffisamment ou difficilement, ou encore lorsqu'ils ne peuvent pas accommoder les besoins de tous les résidents. Certains participants constatent, qu'en obtenant la collaboration des résidents lors de ces soins, ils gagnent du temps, ce qui est perçu positivement.

Tableau 25 : Sous-catégories, nombre d'unités et exemples d'unités relatives aux effets de l'activité perçus par les soignants

Catégories	Nombre d'unités	Exemples d'unités
Effets sur les résidents	27	« Souvent ça l'encourage, elle devient plus souriante. (...) Je travaille sur son humeur. » (Inf aux 2, Ét.C) « Ils vont prendre le repas et ils vont manger. » (Inf aux 1, Ét.A, notre traduction)
Effets sur les soignants	26	« Je suis satisfaite. Je sais que, sur mon quart de travail, elle (<i>la résidente</i>) a mangé son dîner. Elle a mangé son déjeuner. Elle a bu son jus. Alors, je suis contente. » (PAB1, Ét.A, notre traduction) « (<i>Respecter les préférences des résidents</i>), ça gagne du temps. Les deux minutes que je prends pour lui demander tout ce qu'elle veut, bien j'en sauve peut-être dix à la fin de la semaine. T'es toujours dans le principe d'ARS (rire). » (Inf aux 2, Ét.C) « On aimerait accommoder tout le monde, leur donner ce dont ils ont besoin, tous en

		même temps. Mais on ne peut pas. C'est la réalité. On ne peut pas. » (PAB2, Ét. A, notre traduction)
Effets sur les familles et les proches	1	« La famille, ils sont inquiets. » (Inf aux 2, Ét. C)
Effets sur les autres catégories de personnel	1	« (Quand une résidente s'étouffe avec de l'eau et que ça se complique en infection), le docteur n'est pas content. » (Inf aux 2, Ét. C)
Total	55	

7.1.4.2 Mise en œuvre de l'ARS lors des soins d'hygiène¹⁵

7.1.4.2.1 Adaptation des soins aux caractéristiques des résidents

L'analyse des données recueillies a permis d'identifier des adaptations réalisées par les soignants afin de personnaliser les soins donnés aux résidents. Ces adaptations sont de deux types : des adaptations durant le soin lui-même (niveau micro) ainsi que des adaptations dans l'organisation des soins (niveau méso, sur un quart de travail entier).

a) Adaptation durant le soin lui-même

Nous avons relevé quatre types de stratégies d'adaptation du déroulement du soin aux caractéristiques du résident : adaptations à son état fonctionnel, à ses autres caractéristiques (ex. : à sa sensibilité corporelle spécifique ou à ses pathologies), à ses préférences ainsi qu'à son état momentané (humeur, fatigue, confusion).

Tableau 26 : Catégories de stratégies d'adaptation réalisées durant les soins d'hygiène, sous-catégories et exemples

Catégories de stratégies d'adaptation	Sous-catégories	Exemples
Adaptation à l'état fonctionnel du résident	Modulation du déroulement du soin et du choix d'équipements en fonction du niveau d'assistance	Offrir une aide partielle et proposer une alternance entre la posture assise et la posture debout
	Modulation du choix de sous-vêtements en fonction de pathologies particulières	Utilisation d'un sous-vêtement intégral pour un résident se déshabillant en public
Adaptation aux autres caractéristiques du résident	Prise en compte des sensibilités corporelles des résidents	Réaliser le soin du haut vers le bas en fonction de la partie la moins sensible du résident (moins sensible au début)
	Adaptation à des pathologies particulières	Réduire le toucher et la parole pour un résident atteint du syndrome de Korsakoff ¹⁶
Adaptation aux préférences du résident	Respect des préférences liées à l'apparence	Laisser un résident choisir ses vêtements
	Adaptation du langage	Utiliser le tutoiement tel que demandé par un résident
	Adaptation des modes opératoires	Protéger le visage d'une résidente qui n'aime pas recevoir de l'eau au visage ou, inversement, diriger le jet d'eau dans le visage d'une résidente qui le réclame

¹⁵ Cette section est adaptée de : Feillou, I., Bellemare, M., Viau-Guay, A., Desrosiers, J., Trudel, L. (2013). Adapter les soins d'hygiène aux résidents : obstacles et facilitateurs en soins de longue durée au Québec. *Congrès 2013 de la Société d'ergonomie de langue française (SELF)*. 28 au 30 août 2013, Paris, France.

¹⁶ Cette pathologie se caractérise par une grande sensibilité à la parole et au toucher.

Adaptation à l'état momentané du résident	Adaptation du type de toilette	Faire une toilette au lit plutôt qu'assis-debout (conformément à l'évaluation fonctionnelle) à un résident qui semble agité
	Adaptation du niveau de sollicitation de l'aide du résident	Peu solliciter un résident qui semble agité

Tel qu'indiqué au tableau 26, ces adaptations se manifestent notamment par l'adaptation du type de toilette (au lit, assis/debout) et par le choix d'équipements utilisés (civières douches, leviers de transferts, etc.), l'ajustement des demandes de participation au résident au cours du soin, la modulation des modes opératoires au cours d'un même type de soin et par le développement de modes de communication spécifiques (communication gestuelle, vocabulaire de la langue du résident, discussions basées sur l'histoire de vie du résident). Ces adaptations sont facilitées par la connaissance du résident et par le déploiement de stratégies d'observation de l'état momentané de celui-ci. Elles nécessitent parfois de la part des soignants d'aller à l'encontre de leur formation initiale (par exemple concernant la systématisation du lavage des parties du corps du haut vers le bas, quel que soit le résident) ou de préconisations du milieu. Ainsi l'utilisation du tutoiement en fonction des demandes formulées explicitement par les résidents va à l'encontre de règles explicites édictées par le ministère qui exige l'application systématique du vouvoiement dans les CHSLD (MSSS, 2003).

b) Adaptations dans l'organisation des soins

Tel qu'illustré au tableau 27, durant les soins d'hygiène, l'adaptation que font les soignants s'illustre par deux principales stratégies, à savoir, d'une part, l'anticipation de la lingerie nécessaire pour les soins et, d'autre part, l'ordonnancement des soins d'hygiène par rapport aux autres soins.

Tableau 27 : Catégories de stratégies d'adaptation de l'organisation des soins, sous-catégories et exemples

Catégories de stratégies d'adaptation	Sous-catégories	Exemples
Anticiper les besoins de matériel	En fonction des habitudes physiologiques	Préparer davantage de débarbouillettes et des vêtements de rechange pour un résident qui fait des selles importantes durant la nuit
	En fonction des préférences des résidents	Prévoir un piqué supplémentaire pour un résident qui le demande
	En fonction des sensibilités particulières des résidents	Prévoir une serviette supplémentaire pour un résident qui a froid durant les soins d'hygiène
	En fonction de leur degré d'autonomie	Prévoir des débarbouillettes supplémentaires pour un résident qui a la capacité de participer à sa toilette
Adapter l'ordonnancement des soins	En fonction des préférences	Réaliser la toilette du matin après le déjeuner pour un résident qui préfère manger au lever
	En fonction des pathologies	Offrir à manger dès le lever à un résident atteint de diabète
	En fonction de l'état momentané	Changer un résident avant le repas lorsqu'il est agité (inconfortable) Reporter un soin en cas de non-collaboration d'un résident Attendre un signe de la part d'un résident (donner un

		baiser ou une accolade, par exemple) avant de débiter un soin d'hygiène
	En fonction des habitudes physiologiques	Changer un résident après le repas parce qu'il a l'habitude d'aller à la selle après avoir mangé

Concernant l'anticipation des besoins de matériel, la connaissance du résident permet de moduler la lingerie à préparer, ce qui évite par la suite d'interrompre le soin. Une telle anticipation a un double bénéfice : garder le lien avec le résident et éviter les pertes de temps. En ce qui a trait à l'ordonnancement des soins, les stratégies d'adaptation se traduisent par le fait de réorganiser l'ordre des soins d'hygiène et de déjeuners ou encore dans l'organisation des soins d'élimination accompagnés de soins d'hygiène partielle au cours de la journée, plus particulièrement avant ou après les repas principaux. Ces ajustements ont pour effets d'améliorer la qualité des relations soignant-résident, le confort des résidents ainsi que l'efficacité des soins. Dans le cas des toilettes partielles accompagnant l'élimination, éviter de répéter des soins limite les pertes de temps et les manipulations éventuelles des résidents. Par ailleurs, ces adaptations se font non seulement en fonction du résident (degré d'autonomie, état momentané, habitudes), mais aussi dans une perspective de gestion collective de l'unité et dans un souci de juste distribution du travail entre les quarts. L'ordre des soins prévu peut ainsi être bouleversé pour répondre à des événements inattendus, telle qu'une agitation extrême d'un résident. Cette adaptation s'observe aussi lors des mises au lit d'après-midi : certains résidents sont régulièrement couchés en après-midi, en particulier les résidents qui déambulent beaucoup et se fatiguent alors que d'autres ne font jamais de sieste. Dans ces derniers cas, il peut s'agir d'une anticipation du comportement en soirée ou la nuit, une sieste augmentant les comportements d'agitation en soirée. L'équilibre est donc à trouver chaque jour entre les conciliations des préférences et des caractéristiques individuelles, la « gestion » collective des résidents et le collectif de travail. Par ailleurs, la planification temporelle des soins est facilitée par la connaissance des résidents.

7.1.4.2.2 Obstacles et facilitateurs à l'adaptation des soins

a) Liés au soignant

Les adaptations que nous venons d'illustrer s'appuient sur les ressources personnelles que les soignants investissent dans la relation avec le résident, telles leurs valeurs et leurs représentations, de même que leurs compétences individuelles. Ainsi, l'adaptabilité du soin réside en grande partie dans la capacité des soignants à aller chercher de l'information relative à l'état momentané et fonctionnel du résident, à son histoire, ce qui leur permet d'adapter l'action en conséquence, en amont des soins ou au cours de ceux-ci.

b) Liés au résident et à sa famille

L'état momentané du soignant lui-même, mais aussi son histoire et celle qu'il a avec le résident et sa famille, modulent la relation et la capacité d'adapter les soins. Un historique difficile entre un soignant et un résident peut les engager dans des boucles de rétroaction négatives, où le soignant éprouvant de la nervosité et de la peur en vient à développer des stratégies de protection physique et de retrait de la relation, se manifestant par des difficultés à percevoir et à interpréter les rétroactions du résident, ce qui entraîne finalement un accroissement des comportements négatifs craints au départ. D'autres ressources, collectives et organisationnelles, sont alors nécessaires pour éviter ces boucles ou en sortir.

Par ailleurs, les adaptations aux préférences peuvent dépasser des limites considérées comme acceptables par les soignants. Nous avons observé la prise en compte de préférences telles que le genre des soignants (être lavé par un homme plutôt que par une femme, ou inversement), mais cela n'est pas toujours possible. Dans certains cas, les soignants ont à gérer des conflits entre les préférences de la famille et celles des résidents. Mais les familles sont aussi une source d'accès privilégié à l'histoire de vie du résident que les soignants peuvent réinvestir dans leur approche : certains participants soulignent ainsi la difficulté d'accéder à la connaissance de cette histoire dans le cas où le résident est sous la responsabilité du curateur public. Malgré cela, lors de notre présence sur le terrain, nous n'avons observé que très peu d'interactions entre les familles et les soignants, tout particulièrement avec les PAB.

c) Liés à l'environnement physique et matériel

L'accès à des équipements adaptés est un facteur favorable à l'adaptation des soins. Mais l'existence de ces équipements ne suffit pas : encore faut-il pouvoir les utiliser facilement et en continu. De fait, des aménagements physiques appropriés des lieux de travail et des procédures de maintenance efficaces sont des éléments ayant, selon nos observations, une incidence sur les stratégies de mise en œuvre de l'ARS pouvant être déployées par les soignants. L'accès à du matériel spécialisé (différentes tailles et types de culottes, vêtements adaptés) est aussi un facteur favorable aux adaptations des soins. Il doit toutefois être disponible en quantité suffisante, pour éviter le développement de stratégies compensatoires des soignants consistant à les laver eux-mêmes à l'étage plutôt qu'à les envoyer à la buanderie, ce qui prend du temps et génère des interruptions dans le travail (terrain A).

d) Liés à l'organisation du travail

La connaissance du résident est fondamentale pour que les soignants soient en mesure d'adapter les soins qu'ils prodiguent. Nous nous sommes penchés sur les ressources organisationnelles facilitant cette connaissance. Parmi celles-ci, nous avons repéré les suivantes dans les établissements étudiés :

- le recueil et la diffusion, dans le milieu, d'informations sur les résidents (par exemple dans les plans d'intervention des préposés);
- la continuité des soins, favorisée par certaines pratiques managériales encourageant la stabilité du personnel;
- la transmission orale d'informations relatives à l'état momentané des résidents entre soignants (entre les quarts, à la suite des vacances ou des congés);
- la création d'espaces de discussion pour le collectif de travail (par exemple lors de réunions d'équipe), permettant de partager les difficultés encourues, les questionnements ainsi que les stratégies développées et de réaliser une délibération au sein du groupe (ex. : faut-il laisser un résident se raser seul?);
- des pratiques d'écoute et d'accompagnement des soignants par des gestionnaires ayant une bonne connaissance des résidents;
- des dispositifs d'accompagnement par des formateurs reconnus par leurs pairs (incluant le dégageant de ces derniers), permettant des accompagnements occasionnels de soignants en difficulté pour certains soins ou certains résidents.

e) Liés au collectif de travail

Si le travail en équipe est préconisé dans sa formation à l'ARS, l'ASSTSAS ne prétend pas que tous les soins doivent être faits à deux. Cependant, lorsque cela s'avère nécessaire (résident grabataire, lourd ou pouvant difficilement se mobiliser seul, résident agité), il doit être possible de le faire. De ce point de vue, nous avons observé une certaine hétérogénéité de pratiques dans les deux établissements avec une demande d'aide à un collègue en dernier recours dans le terrain A, lors des soins d'hygiène et le développement de plusieurs stratégies de soins collectives dans le terrain B. Nous avons identifié plusieurs facteurs influençant l'entraide et le développement de stratégies d'adaptation collectives dans les milieux étudiés:

- des pratiques organisationnelles favorisant la stabilité des collectifs de travail;
- une organisation du travail présentant suffisamment de souplesse pour permettre une réorganisation des soins par le collectif;
- une architecture compacte (c.-à-d. où les soignants peuvent se voir et se trouver aisément);
- des moyens de communication permettant de réguler les situations de soins en temps réel avec les autres soignants;
- une culture organisationnelle où il est possible d'interrompre ses collègues sans avoir le sentiment de « les déranger ».

7.1.5 Interprétation et discussion

7.1.5.1 Les apports de l'étude pour la recherche

Les résultats de l'analyse ergonomique démontrent que l'activité des soignants ayant participé à l'étude est caractérisée par de multiples microdécisions successives, prises entre contraintes et facilitateurs de l'organisation du travail. Ces soignants sont en fait constamment à la recherche de compromis entre les objectifs à atteindre, le respect des préférences et de l'autonomie des résidents, leur bien-être et celui des résidents. Ils développent une grande diversité de stratégies – à la fois individuelles et collectives – contribuant à la mise en œuvre concrète de l'ARS. En particulier, des variantes de stratégies allant de l'adaptation des soins aux caractéristiques des résidents, à des niveaux divers, de l'organisation générale du quart de travail au déroulement du soin lui-même. D'autres stratégies telles les stratégies d'observation, d'exploration (c.-à-d. tenter quelque chose de nouveau et en évaluer la pertinence) et de partage d'informations avec le collectif sont également présentes. Les résultats du volet « alimentation » indiquent que l'appropriation de l'ARS par les soignants ne se limite pas à l'activité observable, mais se traduit également par des préoccupations et des conceptions sous-jacentes, à la fois relatives aux résidents ainsi qu'à leur rôle comme soignant. Cependant, ces préoccupations en lien avec l'ARS ne sont pas isolées des autres préoccupations liées au rôle médical (s'assurer que les résidents se nourrissent bien, ne tombent pas, ne s'étouffent pas, etc.). En cela, nos résultats convergent avec ceux de Schoot et coll. (2006), qui ont bien mis en évidence le fait que les préoccupations du soignant liées aux ASAP s'inséraient dans un ensemble de préoccupations associées à la fois au rôle médical, à soi-même ainsi qu'à son employeur.

Au-delà des soignants eux-mêmes, les constats de l'analyse ergonomique de leur travail mettent en évidence des obstacles et facilitateurs à l'adaptation des soins. Ceux-ci relèvent à la fois des espaces et des équipements et de l'organisation du travail, mais aussi des caractéristiques des résidents ainsi que de la relation développée avec les familles de ces derniers.

Plus généralement, ce volet de notre étude contribue à l'avancement des connaissances en ergonomie portant sur la relation de service (Cerf, 2005). Elle nous amène à interroger la dissociation entre soins de base et soins relationnels (Estryn-Behar et coll., 2011). En effet, la relation préconisée par l'ARS (et par les ASAP en général) se construit dans la durée avec un même résident, avant, pendant et après les soins. Cette relation s'appuie sur la connaissance fine des résidents. Cela converge avec d'autres études qui indiquent que le temps consacré à la relation est ainsi un facteur clé dans la qualité de la relation de service (Cerf M., 2005), de même que la possibilité de partager avec ses pairs sur les difficultés du travail (Estryn-Behar et coll., 2011).

7.1.5.2 Les apports de l'étude pour les milieux de soins

Alors que les médias braquent fréquemment leur projecteur sur la maltraitance des aînés dans les CHSLD, considérés comme des « mouiroirs » (Vézina et Pelletier, 2009), ce volet de l'étude met en lumière les multiples modalités d'adaptation des soins et les stratégies déployées par les soignants dans un contexte où le métier est peu valorisé, avec un manque d'investissements publics dans les CHSLD (Soulières et Ouelette, 2012) et un alourdissement des diverses clientèles. Il nous apparaît souhaitable d'instaurer des orientations de bientraitance dans les milieux, car bien au-delà de la réduction de la maltraitance ou des comportements perturbateurs, il apparaît nécessaire de créer une organisation du travail qui soutienne des pratiques de bientraitance, malgré la pression de la production de services. Ce volet de la recherche illustre par ailleurs que l'activité de soin est relativement complexe, ce qui invite à la prudence dans toutes les décisions visant à contraindre et à prescrire ce travail (par exemple le calcul du ratio soignants/résidents). De telles décisions devraient prendre en compte la dimension relationnelle du soin.

Dans ce contexte, il est légitime de se demander si l'implantation de l'ARS est facilitée ou, au contraire, potentiellement limitée par le contexte québécois des soins de longue durée, notamment en ce qui a trait au taux de roulement des soignants, au recours aux agences pour le personnel occasionnel ainsi qu'à la réduction des durées moyennes de séjour des résidents qui souvent sont hébergés pour terminer leur vie dans un CHSLD (MSSS, 2003).

Ces résultats mettent aussi en évidence l'importance du partage d'information sur la connaissance des résidents entre les soignants, ce qui soulève un certain nombre de questions pratiques : Quels outils favoriser? Pour qui? Avec quelles informations? Comment s'assurer des mises à jour? Comment éviter les redondances? Comment respecter la confidentialité des informations personnelles des résidents ?

Enfin, il apparaît indéniable que la dimension collective de l'activité peut constituer un facteur favorable à la mise en œuvre de l'ARS, parce que certaines stratégies en sont fortement dépendantes (stratégies de partage d'informations, de surveillance et d'entraide). On peut donc également se demander comment ce collectif de soignants pourrait être davantage soutenu d'un point de vue organisationnel. Sa stabilité en est certainement un élément essentiel.

7.1.5.3 Limites de l'étude

En dépit de ces apports, ce volet de la recherche présente un certain nombre de limites méthodologiques dont il faut tenir compte dans l'interprétation des constats.

D'abord, la méthode de recrutement et de sélection des participants a généré un biais de participation, dans la mesure où les personnes intéressées à participer étaient dans tous les cas des personnes motivées par l'ARS, certaines étant même formatrices. Un seul participant dans un établissement n'était pas considéré comme un « expert » ARS dans son milieu. Cette personne s'est désistée en cours de recherche. À un autre niveau, les établissements ayant soutenu la recherche et consenti à devenir des partenaires de l'étude étaient de même des établissements pour qui l'ARS demeurait une préoccupation importante. De notre point de vue, dans la mesure où l'objectif de ce volet était justement de documenter les stratégies individuelles et collectives de mise en œuvre de l'approche relationnelle de soins, ce biais n'invalide pas les constats. Cependant, il est nécessaire de faire preuve de prudence dans l'interprétation; il ne nous est pas possible notamment d'établir si l'activité documentée dans le cadre de ce volet de l'étude est représentative de l'ensemble de l'activité des soignants œuvrant dans le secteur des soins de longue durée. Ces résultats permettent toutefois d'illustrer de manière concrète comment les apprentissages réalisés en contexte de formation sont transposés en situation réelle de travail.

Ensuite, une autre limite méthodologique a été rencontrée en ce qui a trait au recueil des verbalisations. En effet, l'établissement C a accepté de participer à ce volet de l'étude, mais avec une diminution des observations prévues (deux soignants uniquement) et en refusant que soient réalisées des autoconfrontations; nous avons pu toutefois réaliser et enregistrer un entretien d'une durée d'une heure avec l'un des soignants lors de son quart de travail. Nous constatons que le dispositif jumelant des observations, des verbalisations postsoin ainsi que des autoconfrontations est relativement lourd et nécessite une grande implication des participants et de l'établissement. Notre analyse des données nous convainc cependant que la seule observation n'aurait pas suffi à documenter la dimension intrinsèque de l'activité des soignants, en particulier au regard de leurs préoccupations ainsi que de leurs conceptions sous-jacentes. Les données d'observations ne comportant pas de données de verbalisation complémentaires ont été très difficiles à analyser, le sens de l'action ne pouvant alors qu'être déduit. Il nous paraît souhaitable, pour des recherches futures, de réfléchir à des dispositifs méthodologiques plus légers, mais permettant néanmoins de recueillir le point de vue des acteurs sur leur activité.

Au regard des observations, la principale limite méthodologique est liée au recueil papier-crayon. Ce type de recueil (par opposition à l'utilisation de la vidéo) a été favorisé afin de faciliter la préservation de l'anonymat des participants (résidents en particulier) et de répondre aux exigences des CER. Cependant, certains soins se déroulent très rapidement (quelques minutes), ce qui a rendu difficile le recueil détaillé à la fois de l'activité des soignants et des éléments du contexte, incluant les réactions des résidents. La présence de deux observateurs a été envisagée mais jugée trop complexe à organiser et davantage susceptible d'intimider le soignant observé. L'utilisation de la vidéo aurait permis une transcription plus fine de l'activité des soignants que le recours à des relevés papier-crayon. Cette méthode devrait être privilégiée lorsque l'objectif est de décrire finement les activités de soins, même s'il n'est pas facile de la faire accepter par certains CER.

Également, certains soins n'ont pu être observés lors de notre présence sur le terrain, pour diverses raisons : refus du résident ou de sa famille, refus du CER (établissement B) d'autoriser l'observation de soins impliquant la nudité totale (douches et bains en particulier), demande du soignant que nous sortions lorsque notre présence agitait le résident. Ces deux facteurs (participation « d'experts » et certaines observations restreintes) ont peut-être limité notre analyse des difficultés encourues dans la mise en œuvre de l'ARS. Il est à noter également que les observations ergonomiques dans les trois établissements ont eu lieu au printemps, entre avril et juin. Or, cette période est caractérisée par un taux de roulement important des soignants (vacances, embauche d'étudiants, etc.). Il s'agissait d'un contexte de travail relativement difficile pour les soignants; ce qui ne nous a pas empêchés d'observer une grande diversité de stratégies liées à l'ARS. Nous faisons l'hypothèse que ces stratégies sont d'autant facilitées dans un contexte de travail plus stable, notamment les stratégies liées au collectif de travail.

Une autre limite méthodologique est liée au choix d'avoir mis l'accent, pour l'analyse, sur les soins d'hygiène et l'alimentation. Il était justifié principalement par l'importance accordée à ces soins dans la formation de l'ASSTSAS (hygiène) de même que, inversement, par l'absence notable de ces soins dans la même formation (alimentation). Ce choix s'est avéré judicieux dans la mesure où il a permis de constater un transfert des compétences construites par les soignants en formation entre les situations de soins d'hygiène et les situations de soins d'alimentation. Néanmoins, d'autres types de tâches réalisées par les soignants pourraient également faire l'objet d'une analyse plus fine.

Enfin, du point de vue des chercheurs, ce volet de l'étude a généré certaines difficultés propres à l'activité observée (être confronté à la vieillesse et à la mort, présence de cris, d'agressivité, etc.). Les soins de longue durée constituent un milieu de recherche particulier qui nécessite la mise en place d'un dispositif permettant aux membres de l'équipe de recherche d'évacuer certaines des difficultés vécues.

7.2 Exploration de l'association entre le degré de mise en œuvre de l'approche et les comportements des résidents lors des soins

7.2.1 Objectif et hypothèse

Cette partie de l'étude visait à explorer, par le biais des observations de dyades résident/soignant lors de situations de soins d'hygiène/habillage, les liens entre l'approche relationnelle de soins (ARS) et les comportements de résidents lors de ces soins. L'hypothèse de travail était qu'une mise en œuvre plus grande de l'ARS par le soignant formé à l'approche est associée négativement à la fréquence des comportements perturbateurs et positivement à celle de comportements positifs de personnes hébergées en milieux de soins de longue durée et présentant des déficits cognitifs. Malgré que les soignants des milieux retenus aient tous été formés à l'ARS, l'application réelle de l'approche lors des soins peut différer selon le milieu, l'intervenant, les comportements du résident, le moment du soin et le type de soins.

7.2.2 Méthode

7.2.2.1 Participants

Les participants ont été recrutés dans deux milieux de soins de longue durée dans lesquels l'approche a été implantée. Pour être admissibles à l'étude, les personnes hébergées nommées ci-après résidents, devaient répondre aux critères suivants : 1) être hébergés dans le milieu de soins depuis au moins trois mois; 2) avoir présenté au moins un comportement d'agitation ou de résistance aux soins dans la semaine précédente ou présenter un profil d'autonomie dont l'atteinte mentale ou l'atteinte mixte (mentale et physique) est prédominante. Les soignants devaient être PAB ou infirmières auxiliaires et avoir suivi la formation à l'ARS.

7.2.2.2 Collecte des données

À la suite de l'obtention des autorisations éthiques et des signatures des formulaires de consentement par les soignants et par les représentants des résidents, les deux membres de la dyade (soignant/résident) étaient observés lors de périodes de soins d'hygiène et d'habillage en début de matinée ou de soirée, en concomitance par deux observateurs indépendants préalablement formés et sans lien avec l'institution. La fréquence des gestes, attitudes et comportements du soignant en fonction de l'approche a été cotée à l'aide d'une grille élaborée spécifiquement à cet effet (décrite ci-dessous dans la sous-section 7.2.2.3) par un des deux observateurs. Parallèlement, la fréquence des comportements, tant positifs que perturbateurs, du résident lors du soin a été quantifiée à l'aide de deux grilles d'observation (décrites ci-dessous dans la sous-section 7.2.2.3) par l'autre observateur. Les deux observateurs se positionnaient dans la chambre, le plus à l'écart possible pour ne pas perturber le soin, tout en leur permettant d'observer le mieux possible.

7.2.2.3 Variables et instruments de mesure :

Le degré de mise en œuvre de l'approche relationnelle de soins a été estimé à l'aide de la *Grille d'objectivation de la mise en œuvre de l'ARS*. Cette grille a d'abord été développée par un des membres de l'équipe de recherche à partir 1) des composantes utilisées par l'ASSTSAS pour l'évaluation et la rétroaction par le formateur lors de la phase de compagnonnage et 2) d'un outil maison provenant d'un milieu de soins de longue durée québécois. Les items d'objectivation générés ont ensuite été discutés par l'équipe de recherche puis validés et commentés par des conseillers de l'ASSTSAS, dont les recommandations ont été intégrées à l'outil. Enfin, un pré-test par un membre de l'équipe a conduit à d'autres modifications afin de rendre l'outil réaliste et utilisable dans le contexte de la présente étude. La grille finale est composée de 23 items d'objectivation, classés dans cinq catégories : *prise de contact* (six items), *bulle relationnelle* (huit items), *approche générale* (cinq items), *travail en équipe* (deux items), et *communication* (deux items) (voir le tableau 30). L'observateur doit indiquer dans quelle fréquence les comportements attendus du soignant sont présents lors du soin. Un score est attribué à chaque item : pour les six items de la catégorie *prise de contact* : présent (1) ou absent (0) tandis qu'un score à quatre niveaux : toujours présent (3), généralement présent (2), rarement présent (1) ou absent (0), est attribué aux items des autres catégories. La cote « non applicable » ou « non observable » est aussi possible.

Les comportements du résident lors du soin ont été estimés à l'aide de deux outils, l'un pour les comportements d'agitation (négatifs) et l'autre pour les comportements dits « positifs » du résident (annexe 1). La fréquence de comportements d'agitation physique et verbale lors du soin a été objectivée par le *Cohen-Mansfield Agitation Inventory* (CMAI) (*fréquence des comportements d'agitation*) (Cohen-Mansfield, Marx et Rosenthal, 1989). Cet outil permet à l'évaluateur de noter la fréquence de 29 comportements d'agitation en temps réel. Ainsi, pour un moment donné, les comportements d'agitation sont qualifiés sur une échelle à sept niveaux de 0 (comportement pas observé) à 6 (comportement observé constamment). La consistance interne de la CMAI ($\alpha = 0,86; 0,91$ et $0,87$ pour les périodes de jour, soir et nuit) ainsi que sa fidélité interjuges ($r = 0,82$) et le test-retest ($r = 0,83; p < 0,001$) peuvent être qualifiées de bonnes, d'après les études respectivement conduites par Finkel, Lyons et Anderson (1992), Miller, Snowdon, Vaughan (1995) et Koss et coll. (1997). Les comportements positifs observables ont été estimés par le biais d'un outil développé par l'équipe de recherche et des conseillers de l'ASSTSAS, nommé l'*Inventaire des comportements positifs* (ICP), outil inspiré du *Geriatric Indices of Positive Behavior* (Toseland et coll., 1997). L'ICP comprend 14 items dont cinq indicateurs verbaux et neuf indicateurs non verbaux, avec la même échelle de cotation que celle du CMAI. La fidélité test-retest de la version originale du *Geriatric Indices of Positive Behavior* est bonne ($k = 0,80$), mais celle de l'ICP n'a pas été étudiée.

Des variables sociodémographiques et cliniques caractérisant les résidents et des variables socio-démographiques des soignants ont aussi été collectées. L'autonomie fonctionnelle des résidents a été mesurée avec le *Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle* (SMAF) qui permet d'estimer le fonctionnement d'une personne dans cinq sphères : les activités de la vie quotidienne (sept items), la mobilité (six items), la communication (trois items), les fonctions mentales (cinq items) et les tâches domestiques (huit items) (Hébert, Guilbaut, Desrosiers et Dubuc, 2001). En établissement de soins de longue durée, les tâches domestiques ne sont pas systématiquement évaluées et donc non considérées ici. Le score de chaque sphère est obtenu en additionnant celui de chacun de ses items qui, eux, varient de 0 à 3, un score élevé indiquant un niveau élevé de dépendance. La fidélité test-retest et interjuges du SMAF est élevée (Desrosiers, Bravo, Hébert et Dubuc, 1995).

De plus, à la suite du soin, le soignant était interrogé sur sa perception de son application de l'ARS (en pourcentage). On l'interrogeait également sur 1) sa satisfaction face à son soin, 2) comment il se sentait durant le soin (senti du soignant) et 3) comment il percevait le senti du résident. Pour ces trois questions, l'échelle de mesure consistait en cinq visages dans lesquels l'expression de la bouche se situait sur un continuum d'expressions allant d'une grande tristesse (sourire inversé) à une expression de grande joie (grand sourire). Les soignants devaient indiquer lequel des visages correspondaient le mieux à la situation demandée. À chaque visage, un score variant de -2 à +2 était attribué.

7.2.2.4 Analyses des données

Les caractéristiques des participants (résidents et soignants) ainsi que les scores obtenus aux instruments de mesure sont d'abord décrits avec la moyenne et l'écart type ou la fréquence et le pourcentage, selon la nature continue ou catégorique de la variable. Puisque des dyades résident/soignant ont été observées plus d'une fois lors des soins d'hygiène et d'habillement, la

moyenne des scores obtenus à chaque résident a alors été calculée et retenue aux fins des analyses.

Pour répondre à notre objectif, des analyses de corrélation, contrôlées pour la durée du soin, ont mis en relation les scores obtenus pour chacun des items d'objectivation de l'approche par les soignants, avec les scores obtenus par le biais des outils d'observation des comportements du résident. Nous avons également vérifié les liens entre les perceptions du soignant recueillies après le soin et les comportements des résidents et la mise en œuvre de l'approche.

7.2.3 Résultats

7.2.3.1 Analyses descriptives

7.2.3.1.1 Caractéristiques des participants

Un total de 14 résidents et de six soignants ont participé à l'étude. Le tableau 28 présente des caractéristiques des résidents. Des données sont manquantes pour deux résidents hébergés par l'un des deux milieux (résidents décédés peu de temps après les observations). Tel que nous l'avions anticipé, les résidents sont en grande perte d'autonomie fonctionnelle et leurs fonctions mentales sont très atteintes.

Tableau 28 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des résidents (n = 14)

<u>Variables continues :</u>	<u>Moyenne (écart type)</u>
- Âge (n = 12)	78,3 (14,4)
- Autonomie fonctionnelle (n = 12):	
- SMAF AVQ (/21)	16,5 (4,3)
- SMAF mobilité (/18)	8,8 (2,4)
- SMAF communication (/9)	1,4 (1,2)
- SMAF fonctions mentales (/15)	10,1 (3,4)
- SMAF total (/63)	36,8 (8,3)
<u>Variables catégoriques :</u>	<u>Fréquence (%)</u>
- Sexe	
Hommes	7 (50,0)
Femmes	7 (50,0)
- Langue	
Français	9 (64,3)
Anglais	4 (28,6)
Autre	1 (7,1)
- État civil (n = 12)	
Marié	2 (14,3)
Veuf	3 (21,4)
Célibataire	4 (28,6)
Séparé, divorcé	3 (21,4)

Les soignants sont pour la plupart des femmes, PAB, travaillant tous à temps complet, surtout de jour, avec une longue expérience de travail dans l'institution ou dans l'unité de soins (tableau 29). Ils ont tous été formés à l'ARS, certains depuis plus longtemps que d'autres, en moyenne depuis près de deux ans

Tableau 29 : Caractéristiques des soignants (n=6)

<u>Variables continues :</u>	<u>Moyenne (écart type)</u>
Âge	47,3 (3,4)
– Années d'expérience dans l'institution	15,8 (6,5)
– Années de travail dans l'unité de soins	10,5 (8,0)
– Nombre de mois depuis la formation à l'ARS	22,5 (19,4)
<u>Variables catégoriques :</u>	<u>Fréquence (%)</u>
– Titre d'emploi :	
Préposé aux bénéficiaires	5 (83,3)
Infirmière auxiliaire	1 (16,7)
– Sexe :	
Femme	5 (83,3)
Homme	1 (16,7)
– Horaire de travail :	
Jour	5 (83,3)
Soir	1 (16,7)

7.2.3.1.2 Mise en œuvre de l'approche par les soignants

Le tableau 30 présente les scores moyens de la mise en œuvre de l'ARS, par item et par catégorie. En moyenne, les scores suggèrent que les items de l'ARS ont été mis en application la plupart du temps lorsque requis (score moyen des items d'objectivation se situant à 2,6 sur un maximum de 3 : score moyen de 86,6 %).

Pour la catégorie *Prise de contact*, où l'évaluation est basée sur la présence ou l'absence de l'item, seul l'item « Toucher le résident » a été moins réalisé (score moyen de 0,66/1). En effet, les autres actions souhaitées à ce moment d'ouverture du soin ont été accomplies la plupart du temps. Pour les items référant à la relation avec le résident lors du soin (*Bulle relationnelle*), on remarque qu'en général, le soignant regarde le résident, lui parle, lui annonce les gestes à venir et le touche avec douceur. Le massage est peu souvent utilisé puisqu'il est privilégié pour les personnes grabataires présentant des rétractions musculaires. Le soignant met fréquemment en œuvre les éléments de l'*Approche générale* avec des scores très élevés, à l'exception de la « clôture du soin ». Le *travail en équipe* est peu fréquent mais lorsqu'il est observé, il est accompli selon ce qui est attendu dans l'approche. Enfin, la *communication* avec le résident est bonne.

Suivant le soin, le pourcentage autoperçu de l'application de l'approche par les soignants est élevé (moyenne de 86 %; écart type de 11,0). Leur satisfaction moyenne peut être qualifiée de positive (1,38; é.t. 0,43, score maximal de 2 : 69 %) et ils se sont bien sentis durant le soin (1,56; é.t. 0,39; 75 %). La perception du soignant du senti du résident pendant le soin est assez positive quoique inférieure à son propre senti (moyenne de 1,24, é.t. 0,62; 62 %).

Tableau 30 : Scores moyens de la mise en œuvre de l'ARS (n=12) par le soignant lors des soins d'hygiène et d'habillement

<u>Items d'objectivation</u>	<u>Moyenne (écart type)</u>
<u>Prise de contact (score 0 ou 1)</u>	
1. Frappe à la porte (n=10)	0,81 (0,33)
2. S'annonce (n=13)	1,00 (0,00)
3. Annonce le soin	0,90 (0,19)
4. Regarde le résident	0,98 (0,07)
5. Parle au résident	0,98 (0,07)
6. Touche le résident	0,66 (0,36)
<u>Bulle relationnelle (/3)</u>	
7. Regarde le résident lors du soin	2,73 (0,37)
8. Annonce le geste	2,85 (0,35)
9. Parle au résident lors du soin	2,66 (0,79)
10. Touche, mobilise avec douceur	2,67 (0,41)
11. Maintient contact physique	2,02 (0,97)
12. Annonce si quitte	1,94 (0,99)
13. Utilise massage (n=3)	1,20 (1,69)
14. Offre des choix réalistes	2,24 (0,86)
<u>Approche générale (/3)</u>	
15. Adapte ses interventions aux feedback	2,53 (0,71)
16. Assure le confort (physique et psychologique)	2,81 (0,33)
17. Sollicite participation du résident, laisse autonomie	2,84 (0,30)
18. Favorise station debout lors du soin	2,97 (0,09)
19. Clôture le soin	1,91 (1,05)
<u>Travail d'équipe (/3) (n = 5)</u>	
20. Ne parle pas en même temps que collègue	2,70 (0,67)
21. Est dirigé vers le client et la tâche	2,29 (0,65)
<u>Communication (/3)</u>	
22. Donne des consignes claires	2,90 (0,27)
23. Suggère des idées positives / renforcement +	2,71 (0,57)
Moyenne par catégorie :	
ARS Prise de contact (total des items 1 à 6) (/6)	4,8 (0,7)
ARS Bulle relationnelle (/3)	2,5 (0,5)
ARS Approche générale (/3)	2,6 (0,3)
ARS Travail d'équipe (/3)	2,3 (0,5)
ARS Communication (/3)	2,8 (0,3)
ARS Total (sans la prise de contact) (/3)	2,6 (2,6)

7.2.3.1.3 Comportements des résidents

Les scores des résidents aux outils d'observation des comportements d'agitation et des comportements positifs sont présentés au tableau 31. Les comportements positifs ont été observés plus fréquemment que les comportements d'agitation (négatifs).

Tableau 31 : Comportements des résidents lors du soin et durée moyenne des soins

	Moyenne (écart type)
<u>Comportements négatifs</u>	
Inventaire d'agitation de Cohen Mansfield	4,9 (6,5)
<u>Comportements positifs</u>	
Verbaux (/30)	6,6 (4,8)
Non verbaux (/54)	20,7 (7,3)
Durée des soins (minutes)	16,2 (6,0)

Les comportements d'agitation les plus fréquemment observés lors des soins sont : faire preuve de négativisme, se plaindre, empoigner et crier. Malgré un score moyen de près de 5, il importe de mentionner que les comportements négatifs sont très variables d'un résident à un autre (écart type de 6,5). Ainsi, des comportements d'agitation sont parfois très peu observés et dans d'autres cas, ils le sont à plusieurs moments durant le soin.

Les comportements positifs les plus souvent observés sont : ouvrir les yeux, participer en fonction de ses capacités, établir un contact visuel, et ne pas s'opposer aux soins. Toutes proportions gardées, les comportements positifs non verbaux sont plus fréquemment observés que les comportements verbaux.

7.2.3.2 Analyse inférentielle

7.2.3.2.1 Relations entre la mise en œuvre de l'approche et les comportements des résidents

Les comportements d'agitation des résidents sont significativement et négativement associés à deux items d'objectivation de l'ARS : 1. Parler au résident lors des soins ($r = -0,75$; $p = 0,003$) et 2. Offrir des choix réalistes au résident ($r = -0,62$; $p = 0,03$). Ces deux items sont tous deux de la catégorie *Bulle relationnelle*.

Les comportements positifs verbaux des résidents sont associés à deux items d'objectivation de l'ARS : 1) Toucher lors de la prise de contact ($r = -0,70$; $p = 0,008$) et 2) Offrir des choix réalistes ($r = 0,59$; $p = 0,036$). Il importe ici de noter que la relation entre la présence du toucher lors de la prise de contact et les comportements positifs verbaux des résidents est négative. Les comportements positifs non verbaux sont aussi associés aux deux mêmes items d'objectivation de la *bulle relationnelle* : 1) Parler au résident lors des soins ($r = 0,76$; $p = 0,003$) et 2) Offrir des choix au résident ($r = 0,67$; $p = 0,012$).

7.2.3.2.2 Relations entre les perceptions des soignants recueillies après le soin et les comportements des résidents

Aucune relation significative n'a été identifiée entre, d'une part, la perception du pourcentage de l'application de l'approche par le soignant et, d'autre part, la mise en œuvre de l'approche observée par l'évaluateur ou les comportements des résidents, tout comme aucun lien n'a été trouvé avec la satisfaction. Toutefois, des corrélations statistiquement significatives ont été trouvées entre le senti du soignant face au soin qu'il a donné et les comportements positifs verbaux ($r = 0,57$; $p = 0,04$) et non verbaux ($r = 0,59$; $p = 0,03$) des résidents. De même, la perception du senti du résident par le soignant est associée aux comportements positifs verbaux ($r = 0,75$; $p = 0,004$) et non verbaux ($r = 0,75$; $p = 0,003$).

7.2.4 Discussion, applicabilité, retombées

L'objectif de cette partie de la recherche visait essentiellement à explorer pour la première fois les liens entre la mise en œuvre de l'ARS et les comportements, tant positifs que d'agitation, des résidents lors de soins d'hygiène et d'habillage. D'une part, les données issues des observations des soignants démontrent que les items de l'approche sont dans l'ensemble assez souvent appliqués par le soignant. Les données issues des observations des résidents suggèrent, d'autre part, que des comportements d'agitation sont présents et variables d'un résident à un autre. Les comportements positifs sont plus fréquents, particulièrement ceux non verbaux, que les comportements perturbateurs ou d'agitation. Enfin, les analyses de corrélation démontrent peu de liens significatifs entre les comportements des résidents et la fréquence de la mise en œuvre des items d'objectivation de l'ARS.

Mise en œuvre de l'approche relationnelle de soins

En général, à partir des observations indépendantes externes, les soignants appliquent bien l'approche tout au long du soin, pour une mise en œuvre moyenne générale de 86,6 %. Il est fort intéressant de noter que lorsqu'interrogés sur leur perception personnelle d'application de l'approche, les soignants se sont attribués une cote moyenne de 86,3 %. Ces scores identiques, provenant de deux sources différentes d'évaluation, appuient d'abord la validité de la grille d'objectivation de la mise en œuvre de l'ARS, grille développée à partir de diverses sources. Ensuite, ces scores suggèrent que les soignants connaissent très bien l'ARS et qu'ils sont très conscients de ce qu'ils mettent ou non en application.

Malgré que les soignants se soient attribués une cote élevée de mise en œuvre de l'approche, leur satisfaction face à leurs soins n'est pas optimale, quoique quand même acceptable (cote de 69 % en moyenne). Ils se sont néanmoins bien sentis lors du soin (score moyen de 75 %), score significativement associé aux comportements positifs, verbaux ou non verbaux, des résidents mais non aux comportements perturbateurs des résidents dont ils prennent soin. Notre dispositif de recherche exploratoire et transversal ne nous permet pas de faire de lien de causalité, mais nous pouvons émettre l'hypothèse que la présence de comportements positifs de la part des résidents peut jouer un rôle plus déterminant dans la relation avec les soignants que les comportements perturbateurs. Ainsi, malgré la présence de comportements d'agitation, lorsque le résident présente des comportements positifs, comme établir un contact visuel, sourire ou

participer à ses soins en fonction de ses capacités, le soignant peut en retirer un certain bien-être. lors du soin.

Lien entre la mise en œuvre de l'approche et les comportements des résidents

Seuls quelques liens ont été identifiés entre la mise en œuvre de l'ARS objectivée à l'aide de la grille et les comportements des résidents. Ainsi, de façon générale, auprès de la population étudiée, l'application plus complète ou non de l'approche n'est pas associée à une fréquence plus grande ou plus faible de comportements des résidents. Il importe de revenir sur le fait que l'approche a été, dans l'ensemble, bien appliquée par les soignants, ce qui réduit la variabilité nécessaire à l'établissement de corrélations significatives. Toutefois, deux items de la catégorie *Bulle relationnelle* de la grille d'objectivation de la mise en œuvre de l'ARS, soit parler au résident et lui offrir des choix réalistes, sont considérés comme étant liés aux comportements tant positifs que perturbateurs des résidents. Ainsi, il est possible d'émettre l'hypothèse que plus le soignant parle au résident et plus il lui offre de faire des choix, plus le résident présente des comportements positifs. Les soignants ayant participé à l'étude qualitative de Skovdahl, Kihlgren et Kihlgren (2003) ont d'ailleurs soulevé l'importance de soutenir le résident dans sa compétence à prendre des décisions pour prévenir l'apparition de comportements perturbateurs. Toutefois, il est également tout à fait possible que ce soit les comportements positifs du résident qui amènent le soignant à lui parler davantage et à lui offrir des choix lors du soin. Notre dispositif de recherche nous permet de statuer sur la présence d'une relation positive entre ces variables, sans établir de lien causal.

Dans l'ARS, la prise de contact initiale avec le résident est importante. Un des éléments favorisés pour établir ce contact est de toucher physiquement le résident dès le début de la relation. Un lien statistiquement significatif a été identifié entre la présence du toucher lors de la prise de contact et les comportements positifs des résidents. Selon l'ARS, ce toucher permettrait de réduire les comportements d'agitation, mais notre étude n'a pu établir un tel lien. À l'inverse, nos données suggèrent plutôt que le toucher en début de soin est associé à un nombre moins élevé de comportements positifs verbaux pendant le soin. Ce résultat est difficilement explicable et peut être simplement l'effet du hasard.

En somme, la majorité des items d'objectivation de l'ARS ne sont pas statistiquement associés aux comportements d'agitation ou positifs des résidents tels que mesurés dans cette partie de l'étude. Ces résultats vont dans le sens de ceux de quelques études et à l'encontre de ceux de quelques autres. Certaines études sans groupe témoin, comme celle de Matthews, Farrell et Blackmore (1996) concluent à la réduction de l'agitation verbale des résidents lors de la mise en place d'une approche centrée sur la personne, tout comme l'étude de Mickus et coll (2002) qui, à la suite d'une courte formation interactive à des infirmières, a observé une diminution de la fréquence des comportements perturbateurs des résidents. De même, les revues systématiques d'Opie et coll. (1999) et de Landreville et coll. (2006) suggèrent l'efficacité des ASAP pour réduire les comportements d'agitation. Toutefois, la méta-analyse d'essais cliniques randomisés de Kong et ses collègues (2009) démontre que ces approches ne sont pas efficaces à cet égard. En somme, l'effet de l'implantation d'approches centrées sur la personne présentant des déficits cognitifs sur la réduction des comportements perturbateurs est loin d'être uniforme et concluant d'une étude à l'autre. Par exemple, dans leur essai clinique randomisé réalisé auprès de personnes avec démence, Beck et ses collègues (2002) concluent que leur ASAP n'a pas permis

de réduire les comportements perturbateurs. À l'opposé, l'entraînement de soignants infirmiers à l'utilisation de stratégies centrées sur la personne a permis de réduire l'agressivité et l'agitation des participants de l'étude de Sloane et coll. (2004) suivant un dispositif croisé randomisé.

Conclusion

Dans cette étude exploratoire, les soignants observés ont appliqué dans une bonne mesure les éléments préconisés par l'ARS. Du côté des résidents, des comportements perturbateurs étaient présents lors des soins d'hygiène et d'habillement, soins qui représentent inévitablement une intrusion dans l'intimité des résidents. N'ayant pas de groupe témoin ou de mesure pré-implantation, nous ne pouvons dire si les comportements d'agitation des résidents seraient plus fréquents sans la mise en œuvre de l'approche par les soignants. On peut toutefois avancer clairement qu'il n'y a que peu de liens quantitatifs entre les items d'objectivation de l'approche et la fréquence des comportements d'agitation ou les comportements positifs.

L'impact recherché de l'ARS visant à réduire la fréquence des comportements d'agitation ne constitue pas l'unique raison de l'implanter dans les établissements de soins de longue durée. En effet, l'ARS vise à contribuer à une relation de soins de qualité, avec des résidents uniques afin de leur assurer de vivre leurs dernières années dans la dignité, malgré la maladie, en répondant à leurs besoins tout en étant attentifs aux attentes de la famille et de la société face à la prise en charge humaniste de ces personnes.

Forces et limites

Les limites de cette étude exploratoire méritent d'être soulignées. Le dispositif transversal d'observation ne permet pas de faire des liens de causalité, ni de statuer sur l'efficacité de l'ARS. La taille de l'échantillon n'est pas optimale, mais la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines restreint considérablement au Québec la participation des personnes avec déficits cognitifs à des recherches puisqu'au moment de cette étude, seuls les résidents avec représentants légaux pouvaient y participer. Toutefois, dans un des deux milieux, l'accord du représentant familial était accepté. Il est aussi possible que les observations directes dans la chambre des résidents aient pu les perturber et influencer le travail du soignant, principalement dans un des milieux dans lequel les soignants avaient peu l'habitude d'être observés, contrairement à l'autre milieu. Il aurait été intéressant de filmer les soins ce qui aurait pu permettre, grâce à plusieurs projections, de mieux saisir les relations soignant/résident. Enfin, les grilles d'observation pour estimer la mise en œuvre de l'ARS et les comportements positifs ont été élaborées spécifiquement pour cette étude et, à l'exception d'une validité de contenu de par leur processus de développement, leurs qualités métrologiques n'ont pas été étudiées.

Cette étude présente aussi des forces non négligeables. Pour la première fois, à notre connaissance, les comportements positifs de résidents ont été tenus en compte et non pas seulement les comportements d'agitation. De plus, le degré de mise en œuvre de l'approche et les comportements ont été estimés par deux observateurs indépendants, non impliqués dans les milieux de soins, l'un pour le résident et l'autre pour le soignant.

8. INTERPRÉTATION ET DISCUSSION GÉNÉRALES

En complément des éléments d'interprétation et de discussion présentés à la fin de chacun des volets de la recherche, nous désirons faire ressortir certains aspects plus généraux en termes d'apports, de limites et de perspectives futures.

8.1 Apports de la recherche d'un point de vue scientifique

8.1.1 Impact de l'ARS

La majorité des acteurs ayant participé aux différentes étapes de cette recherche (enquête, groupes de discussion focalisée, analyse ergonomique du travail et observation des dyades soignant-soigné), ont montré un intérêt certain pour l'ARS et sont convaincus de sa raison d'être de même que de son impact positif sur les soignants comme sur les résidents. Ainsi, bien qu'issus d'une recherche exploratoire, les constats quant à l'ARS vont globalement dans le sens d'un impact positif déjà avancé pour ce qui est des ASAP. En ce sens, cette recherche permet d'appuyer les propositions faites par plusieurs auteurs, selon lesquels ces approches de soin constituent le nouveau standard en matière de soins de longue durée (Cohen-mansfield et Mintzer, 2005; CQHCA, 2001). En ce qui concerne la santé au travail des soignants, l'enquête auprès des chargés de projet de même que les groupes de discussion montrent une perception très positive de l'ARS. Nous n'avons pu cependant recueillir suffisamment de données auprès des établissements visés par l'enquête pour vérifier que cette perception se traduisait également par des taux d'absence à la baisse.

8.1.2 Les exigences du travail auprès des personnes en perte d'autonomie : une inévitable tension entre le relationnel et le technique

Les constats, en particulier ceux issus de l'analyse ergonomique du travail, indiquent que l'activité de travail des PAB est beaucoup plus complexe qu'elle n'y paraît. Elle comporte un grand nombre d'arbitrages entre les multiples préoccupations que portent les soignants : être en relation avec le résident, le considérer comme une personne, assurer sa sécurité, maintenir son autonomie, et aussi préserver une certaine harmonie dans l'ensemble de l'unité de soins, préparer le matériel, protéger sa propre santé. Les PAB doivent composer avec une gestion serrée du temps, des résultats concrets à livrer, des choix à faire en s'accommodant des ressources disponibles et arbitrer souvent seuls les possibilités et contraintes pour répondre aux besoins des résidents. Selon les compromis possibles, les problèmes de santé physique et psychologique constituent une menace réelle. La surcharge de travail et l'absence de valorisation sont fortement décriées. De plus, ces travailleurs sont confrontés tous les jours à la décrépitude humaine, à la mort et à de vives émotions. Le recours à des normes et des ratios basés seulement sur des résultats comptabilisables contribue à vider de sens leur travail ouvrant ainsi la voie aux problèmes de santé mentale (Dejours, 2000).

Cette recherche met en lumière que les dimensions relationnelle et technique constituent deux pôles du soin qui cohabitent dans un rapport de forces, continuellement en tension. On pourrait

prendre pour acquis que la dimension relationnelle du soin va de soi, mais notre recherche montre qu'il n'en est rien. Cette dimension apparaît très vulnérable face aux exigences de productivité des services et nécessite de véritables efforts pour se jumeler aux aspects techniques du soin. La tension entre les deux pôles est illustrée à la figure 3, qui révèle ce rapport entre des gestes et leurs significations, de même que des visions du soin ou de la dyade soignant-soigné, qui sont sous-tendus à la fois par la philosophie de l'humanité et les impératifs de la productivité. Le positionnement subjectif du soignant que propose l'ARS apparaît comme une clé pour accentuer la dimension relationnelle du soin, mais il peut se heurter à la logique de services comptabilisés.

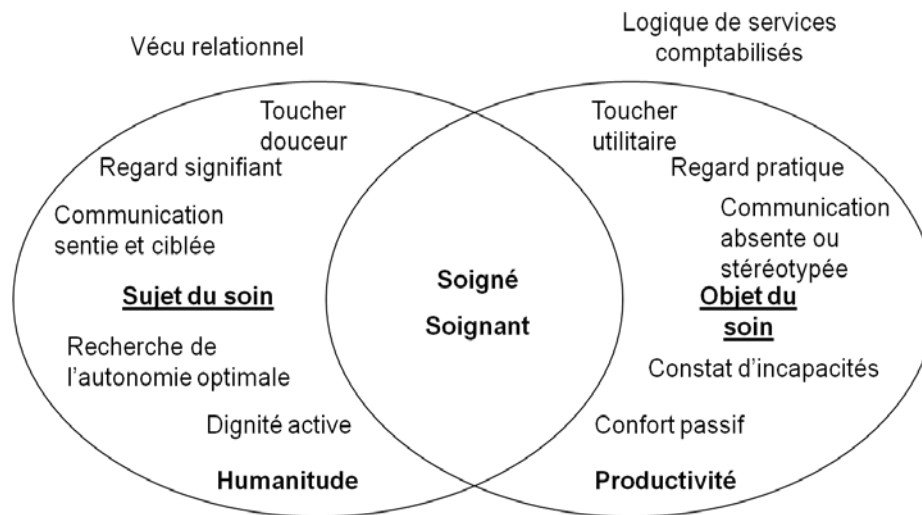


Figure 3 : Valeurs et conduites en jeu pour le positionnement subjectif vers la dimension relationnelle du soin

La formation développée par l'ASSTSAS rejoint à plusieurs égards le double objectif d'amélioration de la santé des soignants et de la qualité de vie des résidents, à travers une meilleure relation soignant-résident. Or, le maintien et le développement d'une telle relation amènent à considérer un autre aspect de ce travail. En effet, les soignants apprennent à connaître et se lient à des personnes qui se retrouvent en CHSLD pour éventuellement y terminer leur vie. Les soins deviennent, à un certain moment, des soins de fin de vie, selon ce que nous avons pu discerner dans nos observations et discussions. Ce contact régulier avec la mort appelle un soutien particulier pour les travailleurs, en prenant en compte ce qu'impliquent l'accompagnement d'un mourant et la peur que cette partie du travail peut générer. De plus, s'il y a cette relation qui s'est tissée avec le résident, il devrait y avoir, pour le soignant, un deuil à la suite de la mort d'un résident, à moins que les travailleurs ne développent une stratégie de banalisation de la mort pour se protéger psychologiquement. Est-ce souhaitable que l'accompagnement du mourant soit banalisé? Les travailleurs désirant vivre cet accompagnement en mode relationnel, peuvent se retrouver déchirés entre ce qu'ils veulent et ce qu'ils peuvent faire. Le soutien du collectif, et plus largement de l'établissement, leur est nécessaire.

Par ailleurs, l'objet de la formation, lié à la notion de dignité humaine ancrée dans la culture, réclame une réflexion plus profonde sur les choix de société et les choix institutionnels possibles pour faire vivre la dimension relationnelle, au même titre que la dimension technique forcément présente dans le soin. En voulant rehausser la dignité humaine du résident et du soignant, la formation à l'ARS vise à outiller les soignants non seulement par des savoirs, savoirs faire et des savoirs agir, mais aussi par d'importants savoirs être et savoirs devenir. Comment maintenir le soin dans une qualité relationnelle optimale pour la dignité humaine de la dyade soignant-soigné? Voilà un défi dans tous les milieux de soins, autant pour tenir compte de la vulnérabilité du personnel (pénurie, roulement, épuisement) que de la qualité des soins. C'est d'ailleurs dans ce sens que s'est formé un groupe de réflexion pancanadien qui a produit un rapport intitulé *À notre portée - Une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain* (CQVTSSQ, 2007). Les résultats de la présente recherche invitent tous les partenaires du domaine à considérer la prise en compte de la dimension relationnelle du soin dans les développements futurs visant la préservation de la santé des ressources humaines et l'amélioration de la qualité des services.

8.1.3 Importance du contexte d'implantation

Les données recueillies renforcent l'importance, comme pour toute implantation de nouvelle pratique en milieu de travail, de l'aspect systémique du processus et précisent les facteurs qui l'influencent (Aylward et coll., 2003; Stolee et coll., 2005). L'ARS apparaît pouvoir se déployer dans un environnement en autant qu'il y existe une volonté affirmée de promouvoir la dimension relationnelle du soin. Ainsi, le positionnement subjectif des soignants vers la dimension relationnelle du soin, tel qu'il a été construit en cours de formation, doit être soutenu par différentes ressources de l'organisation. Pour pérenniser l'approche, plusieurs difficultés doivent être surmontées: certaines en lien avec l'organisation des soins et du travail, d'autres avec les activités de formation elles-mêmes. Enfin, il ressort un certain manque de cohérence entre, d'une part, les divers projets menés simultanément par les établissements et organismes et, d'autre part, le changement de culture souhaité.

Le modèle des facteurs d'influence de l'implantation de l'ARS présenté précédemment (figure 1, section 5.3.6) sera un outil utile pour comprendre les facteurs favorisant un équilibre relationnel/technique à long terme. Il montre que la mise en œuvre de l'approche dans les situations de travail se construit en équilibre entre idéal et réalité, dans un cadre politique et à travers des enjeux institutionnels et professionnels. Le tableau 32 précise les facteurs, en particulier ceux liés à l'organisation du travail et sur lesquels un milieu qui désire implanter l'ARS (ou tout autre ASAP) peut avoir prise.

Selon la capacité et la volonté d'un établissement à répondre aux besoins des résidents, la gestion de la tension relationnelle/technique dépendrait au moins de trois composantes interreliées : le rapport vie en communauté/besoins individuels, le temps relationnel /temps de la tâche et le ratio soignants/résidents.

Tableau 32 : Principaux facteurs d'influence de l'implantation de l'ARS

Micro	Méso	Macro
<u>Soignant</u> Maîtrise des outils ARS Attitude d'humanité Recherche de compromis <u>Résident/famille</u> Attentes réalistes en milieu de vie communautaire Collaboration	<u>Collectif</u> Valorisation des acteurs ARS Marge de manœuvre Regroupement de clientèles Sur de petites unités Outils de connaissance du résident Collaboration et arbitrage collectif Travail en équipe avec famille Plan et coordination des formations Libération de formateurs pour le suivi Gestion des postes et des horaires Stabilité et libération du personnel Ratio Pab/Inf Ratio Pab/résidents Rotation adéquate	•Définition de l'orientation milieu de vie communautaire incluant l'ARS comme visée institutionnelle •Développements possibles selon les ressources disponibles •Du projet aux opérations en continu •Effort soutenu pour équilibrer la tension relationnelle/ technique

D'abord, les CHSLD sont, en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux (art. 80), des milieux de vie. Il nous apparaît important d'ajouter « communautaire » afin de mettre l'accent sur le fait que leur mission consiste à rencontrer des besoins de personnes vivant en communauté. Cette distinction ouvre la voie à l'identification réaliste de besoins individuels nécessairement confrontés à des contingences de groupe (heure des traitements, des visites, des repas, disponibilité des ressources, etc.). Concernant le temps alloué aux soins, les normes de production doivent prendre en compte la dimension relationnelle, et inclure le temps pour rassurer le résident, lui offrir des choix ou stimuler ses capacités de façon optimale. Certains aspects de l'ARS sont observables, voire mesurables, (nous avons d'ailleurs développé une grille permettant d'objectiver sa mise en œuvre au cours du soin) mais d'autres, relatifs au vécu subjectif, de compassion par exemple, le sont moins. Et le métier de soignant ne peut pas être réduit à des gestes techniques. Il a une constituante d'art du soin et comporte une lourde charge affective pour arbitrer les aspects relationnel et technique. Les analyses ergonomiques du travail que nous avons menées montrent bien cette partie invisible du travail qui consiste à gérer plusieurs préoccupations parfois contradictoires et avec des ressources jugées parfois inadéquates (effectifs, équipements, espace). Ainsi, le ratio soignant/résidents prescrit uniformément apparaît souvent inadapté à la grande diversité des situations de soins. Notre recherche suggère de

prendre en compte pour établir la tâche prescrite : le temps relationnel, l'état fonctionnel du résident et l'ampleur de l'assistance à donner (faire avec ou faire pour lui), son état momentané, ses besoins dans son microcosme (unité, étage, unité prothétique, attentes des proches), le degré d'autonomie recherchée. La tâche prescrite devrait aussi prévoir du temps pour la recherche des meilleurs compromis en équipe. L'arbitrage des conflits de critères ne peut reposer uniquement sur les soignants individuellement. Les espaces de discussion sont précieux pour réaliser ces arbitrages collectivement (Cloutier et coll., 2006). La gestion participative a fait ses preuves lorsqu'il est question de soutenir collectivement l'identification et l'application de compromis (Shaller, 2007; Yeatts et Cready, 2007) et apparaît utile pour ne pas perdre de vue la dimension relationnelle au profit de la productivité.

8.1.4 Le rôle de la formation

La formation à l'ARS semble un outil majeur pour arriver à développer une culture de compassion et de dignité. Telle que développée par l'ASSTSAS, avec une composante expérientielle forte, elle semble un lieu privilégié pour expliciter et transformer les valeurs, croyances et conceptions des soignants et déplacer le positionnement subjectif vers la dimension relationnelle du soin. Ce constat converge avec la littérature selon laquelle les modalités d'apprentissage expérientielles seraient davantage susceptibles de favoriser des apprentissages durables en milieu de travail (Biegel, Editor, Braun, Cheang et Shigeta, 2004; Braun et coll., 2005). Cependant, la logistique de son organisation est jugée plutôt lourde par les milieux, d'autant que la plupart sont en situation de pénurie de personnel. La libération et le remplacement des employés sont des obstacles importants pour organiser les formations. Il semble tout de même intéressant aux yeux des participants que tous les acteurs d'un établissement soient sensibilisés à l'ARS même si tous n'ont pas les mêmes rapports avec la clientèle. Dans une perspective de changement de culture systémique, tous les acteurs auraient avantage à être sensibilisés.

Quant aux formateurs, il ressort de notre étude que ceux-ci ont un urgent besoin de valorisation, de reconnaissance et de soutien. Le rôle de formateur est exigeant, d'autant que l'activité de formation peut se transformer en un exutoire pour des soignants qui n'ont pas d'autres lieux pour exprimer leurs difficultés, déceptions et frustrations. La défection et l'épuisement guettent les formateurs qui ne sont pas outillés pour faire face à ce type de situation.

8.1.5 Au-delà du projet de formation, une approche à pérenniser

Dans un environnement systémique favorable à l'ARS, les moyens pour faire vivre l'approche vont au-delà de la formation de base. C'est toute une culture centrée sur la personne qui doit s'installer dans une culture centrée sur la tâche. Un tel changement ne peut reposer que sur la volonté de quelques personnes dévouées à la cause. Il semble donc utile d'aborder l'ARS en mode « projet », pour ce qui est de la formation initiale, mais nécessaire de concevoir une façon de passer au mode « opérations courantes » pour que l'approche fasse partie de la culture du milieu et se maintienne dans le temps. Il faut, entre autres, favoriser une bonne connaissance du résident et de ses besoins, la discussion en équipe sur les possibilités d'y répondre, le recours aux formateurs dans des cas difficiles ainsi qu'un certain renouvellement des apprentissages. La dimension relationnelle du soin a besoin d'une organisation du travail ajustable, laissant une

marge de manœuvre aux travailleurs et une place à la créativité. L'approche a aussi besoin de ressources pour se déployer: des travailleurs, du temps, de l'argent, de la souplesse organisationnelle, un environnement bâti et des équipements adéquats.

8.2 Apports théoriques et méthodologiques

- L'approche de recherche mixte qui a été privilégiée dans le cadre de ce projet a permis de produire, de notre point de vue, des constats riches et pertinents. Cette mixité portait à la fois sur les méthodes (questionnaires postformation, enquête auprès des chargés de projet, observations, entretiens, groupes de discussion focalisée, analyse ergonomique du travail, objectivation par observation, etc.) et sur les cadres théoriques soutenant l'analyse.
- Cette stratégie de recherche mixte met aussi en évidence l'intérêt de recueillir le point de vue des acteurs concernés (soignants formés, formateurs, chargés de projet, chefs d'unités, cadres) plutôt que de se limiter à des observations ou au point de vue des directions d'établissement.
- Le volet de l'exploration des impacts sur les résidents a permis de développer un outil d'observation des comportements positifs. Cet outil est novateur vis-à-vis d'une perspective uniquement centrée sur la recherche d'impact en termes de réduction des comportements négatifs de résidents.

8.3 Limites de la recherche

- À l'exception des répondants au questionnaire postformation, la grande majorité des établissements et des soignants ayant participé à cette recherche ont souhaité le faire en raison de leur adhésion à l'ARS. Cela constitue un biais de conviction dont nous devons tenir compte dans l'interprétation des résultats. Quelques participants ont rapporté certains propos de détracteurs de l'approche, mais nous n'avons pas pu recueillir le point de vue de beaucoup d'acteurs ayant, par exemple, refusé d'implanter l'ARS ou l'ayant abandonnée en cours de route.
- À l'exception du volet d'exploration de l'impact de l'ARS sur les résidents (où les comportements positifs et négatifs des résidents ont été observés et objectivés), les autres volets de l'étude n'ont pas permis de recueillir le point de vue des résidents et de leur famille. Ces derniers sont pourtant au cœur des ASAP.
- Certaines contraintes institutionnelles ou éthiques ont limité notre capacité à effectuer le recrutement d'établissements (par exemple pour l'analyse de l'implantation en temps réel, pour laquelle le devis initial prévoyait deux études de cas) et de certains résidents (par exemple les résidents inaptes n'étant pas représentés par un représentant légal).

8.4 Perspectives de recherches futures

- Maintenir une stratégie de recherche mixte pour la poursuite de l'exploration de la dimension relationnelle des soins.
- Prendre des moyens pour documenter également le point de vue des résidents et de leurs proches.
- Réaliser d'autres études de cas d'implantation en temps réel en vue de comparer les résultats obtenus.

- Recruter davantage d'établissements et des participants qui n'adhèrent pas à l'ARS ou qui l'ont abandonnée en cours d'implantation afin de mieux comprendre les motifs d'une telle prise de position.
- Poursuivre le développement et la validation de la grille d'objectivation des comportements positifs des résidents (exploration des impacts de l'ARS sur les résidents).
- Surveiller en continu les effets attendus de l'ARS sur la dyade soignant-résident en intégrant autant les éléments à réduire (comportement d'agitation, agressivité) que les aspects positifs qui émergent de l'utilisation de l'approche (comportements positifs des résidents, satisfaction au travail de soignants).
- Poursuivre le développement et la validation de l'outil d'évaluation de la mise en œuvre de l'ARS.
- Élaborer des instruments permettant de qualifier le niveau d'implantation de l'ARS (déploiement dans l'établissement, degré de mise en œuvre dans les soins) avant de procéder à l'évaluation des effets, en particulier sur les résidents.
- Valoriser des démarches d'évaluation des impacts des formations qui comportent un volet qualitatif important de manière à pouvoir saisir pleinement le point de vue des acteurs concernés de même que les éléments de contexte fondamentaux.
- Approfondir les liens entre l'organisation des soins et du travail et la dimension relationnelle du soin par des études de cas contrastés.

9. RECOMMANDATIONS

Le respect de la dimension relationnelle du soin renvoie à une approche systémique interpellant divers paliers décisionnels et institutionnels et nécessitant des efforts continus pour équilibrer la tension entre les dimensions relationnelle et technique. À cet égard, nos recommandations sont les suivantes :

9.1 Destinées aux décideurs du système de santé

- Établir un espace de discussion permettant de convoquer tous les partenaires des SLD pour collaborer aux efforts nécessaires à la prise en compte de la dimension relationnelle du soin dans la prise de décision: MSSS, organismes de tous ordres, agences, employeurs, syndicats, établissements, groupes professionnels, comités de bénéficiaires, etc.
- Poursuivre l'objectif politique de créer des milieux de vie en visant le développement du caractère de vie communautaire des CHSLD.

9.2 Destinées aux établissements de soins de santé

9.2.1 Liées au contexte organisationnel

- Créer une culture institutionnelle reconnaissant l'existence de la tension relationnelle/technique inhérente à l'activité de soin et valorisant la recherche d'un meilleur équilibre à cet égard.
- Concevoir l'établissement comme une organisation apprenante en matière relationnelle. En ce sens, la formation à l'ARS devrait non pas constituer une activité unique mais s'intégrer dans un ensemble de moyens visant à mieux soutenir les besoins de la dyade soignant-résident.

- Intégrer une préoccupation relationnelle dans la mission de l'ensemble des structures de l'organisation.
- Prévoir le budget, les ressources et les aménagements nécessaires pour soutenir en continu les efforts vers des soins relationnels.
- Porter une attention particulière aux facteurs favorisant l'implantation d'une approche relationnelle du soin : stabilité du personnel, possibilités de libération, remplacement des personnes en formation sur les heures de travail, formateurs potentiels, libération de personnel pour le suivi, etc. En ce sens, anticiper les impacts des changements à l'organisation du travail (par exemple une réduction du ratio infirmières/infirmières auxiliaires/PAB) sur la dimension relationnelle du soin.
- Envisager des moyens concrets de valoriser davantage le rôle des soignants de première ligne, PAB en tête.
- Définir des indicateurs permettant de mieux évaluer les effets recherchés de l'ARS, à court, moyen et long terme en utilisant les données disponibles dans l'établissement en lien avec les soignants (taux de roulement, absences, accidents, incidents, etc) ou avec la relation de service (plaintes, messages d'appréciation, etc).

9.2.2 Liées à la démarche d'implantation de l'ARS

- Planifier l'implantation de l'ARS d'abord en mode projet, mais en visant ensuite, pour assurer la pérennité de l'approche, un programme qui en permette l'intégration aux opérations quotidiennes (objectifs, ressources, moyens, rôles et responsabilités, évaluation).
- Arrimer le projet d'implantation de l'ARS aux autres projets menés simultanément dans l'établissement afin d'assurer une cohérence plus forte entre ceux-ci.
- Consolider d'abord un noyau assez important de personnes ressources sur lequel s'appuyer plutôt que de faire porter la responsabilité du projet entièrement sur le chargé de projet. Cela pourrait prendre la forme d'une « escouade relationnelle » comportant des cadres, le chargé de projet, les formateurs ainsi que des chefs d'unités engagés dans l'atteinte d'objectifs liés à l'ARS.
- Former tout le personnel à l'ARS, mais en adaptant les formations au rôle joué par rapport aux résidents (distinguer les formations visant à outiller les soignants pour réaliser des soins relationnels vs les formations visant à sensibiliser d'autres catégories de personnel à l'ARS).
- Impliquer les familles et les proches des résidents dans l'implantation de l'ARS.
- Valoriser le compagnonnage comme mode privilégié de suivi postformation et de renforcement des apprentissages.
- Se donner le moyen de faire le suivi et l'évaluation des effets des changements organisationnels (ex. : formation, changements dans les ratios ou dans l'organisation du travail). Les outils conçus dans le cadre de l'exploration de l'impact de l'ARS sur les comportements (positifs et négatifs) des résidents peuvent constituer des apports pour les milieux à cet égard.

9.2.3 Liées au soutien des formateurs

- Envisager des moyens concrets de reconnaissance du travail des formateurs (libération, congés) et un temps spécifique d'implication. Il pourrait être envisagé de fermer l'horizon

d'implication pour les personnes volontaires, en leur confiant des mandats à durée déterminée (trois ans par exemple).

- Planifier une relève de formateurs en continu. Les anciens formateurs pourraient devenir des compagnons pour la supervision des nouveaux formés ou le soutien dans des cas difficiles.

9.2.4 Liées à l'organisation des soins au quotidien

- Faire preuve d'une grande prudence dans l'application de ratio soignants/résidents et PAB/infirmières, en tenant compte des critères formulés précédemment.
- Privilégier le travail en équipe interdisciplinaire, en incluant les PAB lors des rencontres.
- Ouvrir des espaces de discussion pour 1) permettre l'expression des difficultés rencontrées notamment à la suite de changements dans l'organisation des soins et du travail, et 2) pour réaliser l'arbitrage collectif des conflits entre différents critères, différentes préoccupations.
- Faire évoluer les outils de travail, notamment ceux qui permettent une connaissance à jour des résidents, en lien avec l'ARS : plan de services individualisé, histoire de vie, etc.

9.3 Destinées à l'ASSTSAS

9.3.1 Relatives à son rôle

- Faire la promotion de l'ARS comme un processus d'enculturation d'un milieu nécessitant un investissement sérieux et des efforts continus d'entretien de la culture relationnelle. En ce sens, nous suggérons à l'ASSTSAS de ne plus présenter l'ARS dans son offre de service comme une « formation » mais comme un accompagnement à l'implantation d'une approche (incluant un volet de formation), faisant partie du volet « conseil et d'assistance technique » de son mandat.
- En collaboration avec les partenaires du monde de la santé, anticiper les besoins de formation des soignants en CHSLD afin d'enrichir son offre de formation et de répondre aux besoins des milieux engagés dans un tel changement « relationnel » : approches avec démences et troubles mentaux, soins de fin de vie et approches au mourant et à leurs proches, communications prenant en compte les dimensions relationnelles avec les familles, etc.).

9.3.2 Relatives à la formation à l'ARS

- Maintenir et continuer de valoriser auprès des établissements l'approche d'apprentissage expérientiel qui constitue une force de la formation, en particulier le compagnonnage.
- Ajouter des éléments de contenu (fondements et techniques) relatifs aux déficiences cognitives et à la démence. L'alourdissement des clientèles avec déficiences cognitives représente en effet un défi grandissant pour les soins en CHSLD.
- Permettre aux participants d'exprimer leurs doutes ou leurs questionnements relatifs à la pertinence et au réalisme de l'ARS en vue de provoquer, au sein du groupe, des remises en question des valeurs, croyances ou habitudes des personnes à former pouvant constituer des obstacles à l'apprentissage. (L'expression de ces doutes pourraient aussi se faire préalablement à l'activité de formation en tant que telle, surtout lorsqu'elle est donnée par des formateurs internes).

- Inclure d'autres types de soins que les soins d'hygiène dans les exemples et dans le matériel d'accompagnement, en particulier les soins d'alimentation.
- Développer des outils (formation courte, dépliant, etc.) permettant de soutenir les établissements pour la formation à l'ARS des autres catégories de personnel non soignant (personnel administratif, professionnels, techniciens à l'entretien) de même que les familles et les bénévoles.

9.3.3 Relatives à l'accompagnement des établissements

- Sensibiliser les milieux demandeurs afin qu'ils prennent conscience de l'investissement (temps, argent, mesures de suivi) requis pour opérer un processus d'enculturation relationnelle qui ne cesse pas avec la fin de la formation, mais qui se poursuit à moyen et long terme.
- Soutenir les milieux dans leur adaptation de la formation à l'ARS afin qu'elle réponde à leurs besoins tout en respectant ses principes fondamentaux, en particulier son approche expérientielle.

9.3.4 Relatives au soutien des formateurs

- Soutenir les formateurs à l'ARS qui peuvent se retrouver isolés dans leur milieu. La création d'une communauté de pratique (en présentiel, en ligne ou en mode hybride combinant des échanges en personne et des interactions virtuelles) constitue une avenue à explorer.
- Mieux outiller les formateurs pour qu'ils puissent faire face aux doutes et questionnements de leurs pairs quant à la pertinence et à l'applicabilité de l'ARS.

10. CONCLUSION

Cette recherche visait à réaliser un bilan de l'implantation d'une approche de soins qui a été déployée depuis plusieurs années dans le milieu des soins de longue durée au Québec, l'approche relationnelle de soins. Rappelons qu'elle est proposée par l'ASSTSAS aux établissements de soins de longue durée comme un moyen d'améliorer la relation de soins en outillant les soignants, plus particulièrement les préposées aux bénéficiaires et en agissant globalement sur les conditions de réalisation des soins. Plus spécifiquement, les objectifs de cette recherche étaient de faire le point sur l'implantation de l'approche, de décrire comment celle-ci avait été implantée dans les milieux de soins et d'explorer son impact sur les soignants et sur les résidents. Le bilan d'implantation de l'ARS renforce l'importance de poursuivre les efforts de protection de la main d'œuvre et d'amélioration de la qualité des soins pour faire face à l'alourdissement de la clientèle dans les CHSLD. Les approches de soins dites « axées sur la personne », auxquelles l'ARS s'apparente, soutiennent une conception humaniste des soins, pouvant amener un impact positif, à la fois pour les résidents (réduction des comportements perturbateurs, stimulation de comportements positifs, développement de l'autonomie, respect de la dignité et des préférences) et pour les soignants (amélioration de la santé au travail par une valorisation du rôle de soignant, une réduction des risques liés aux comportements perturbateurs, une amélioration de la satisfaction au travail et du sentiment de compétence). Elles nécessitent cependant, au-delà du développement des compétences individuelles des soignants, un effort organisationnel

d'adaptation du contexte des soins ainsi que des conditions d'apprentissage et de travail favorables. Ce défi est d'ailleurs pris en considération dans la manière dont l'ASSTSAS préconise l'implantation de l'approche, en invitant les établissements à en faire un projet d'établissement. Toutefois, les changements organisationnels en cours (et sans doute à venir) dans les établissements du réseau peuvent avoir un impact qui va dans le sens contraire d'une valorisation de la dimension relationnelle des soins.

Le dispositif de recherche en partenariat avec l'organisme instigateur de la formation, l'ASSTSAS, et la création d'un comité conseil-relais réunissant des acteurs du milieu des soins de longue durée ont permis de produire des constats qui collent aux préoccupations des acteurs concernés et de les valider au fur et à mesure de la recherche.

Il ressort de l'analyse des questionnaires postformation que les soignants formés adhèrent généralement à l'ARS, la jugent utile dans leur travail et manifestent l'intention de l'intégrer. Cependant, certains éléments liés à leurs croyances, à leur collectif de travail et à leur situation de travail constituent, de leur point de vue, des obstacles à cet égard. L'enquête indique quant à elle que le déploiement de l'ARS est fortement tributaire du contexte organisationnel et des ressources disponibles. Le suivi postformation semble crucial pour la pérennité de l'approche dans l'établissement. L'analyse du discours des participants aux groupes de discussion focalisée confirme l'importance du contexte organisationnel et du suivi. Elle met aussi en évidence l'importance de mieux soutenir les formateurs. Le suivi d'un projet d'implantation de l'ARS en temps réel illustre les difficultés rencontrées par les acteurs internes et les stratégies qu'ils mettent en œuvre pour réaliser le projet.

L'analyse ergonomique du travail et l'observation de la dyade soignant/résident montrent que les soignants arrivent à mettre l'approche en œuvre en adaptant le soin aux caractéristiques du résident, notamment lors des soins d'hygiène. L'analyse ergonomique du travail révèle également que les soignants transposent dans les soins d'alimentation ce qu'ils ont appris en formation à propos des soins d'hygiène. Ils doivent néanmoins conjuguer différentes préoccupations qui les obligent à réaliser des arbitrages individuels difficiles comme, par exemple, s'occuper d'un résident en particulier tout en assurant le maintien de l'harmonie dans l'unité. L'estimation, de manière exploratoire, du degré de mise en œuvre de l'approche à l'aide d'une grille d'objectivation de l'ARS comportant 23 items a permis d'associer ce score à des effets sur les résidents en prenant en compte non seulement les comportements d'agitation (grille CMAI de Cohen-Mansfield [1989]) mais aussi les comportements positifs des résidents. Bien que les résultats ne soient pas significatifs dans l'ensemble, cette double perspective est prometteuse pour l'évaluation d'impact des ASAP. Malgré ses limites, la recherche indique qu'il y a un consensus certain sur l'impact positif de l'ARS et sur les moyens à privilégier pour la faire vivre. Les recommandations formulées sont destinées à différents acteurs allant des unités de soins jusqu'aux décideurs, en passant par les instigateurs du projet ARS. La dimension relationnelle des soins apparaît comme un objet qui mérite d'être valorisé et cette approche, de par sa nature et de par la façon dont elle est implantée, semble un outil de choix pour contribuer à la fois à la qualité des soins aux résidents et à la santé au travail des soignants. À cet égard, l'implantation de l'approche favorise la valorisation du travail des soignants, particulièrement des PAB. Il n'en demeure pas moins que plusieurs ressources sont nécessaires pour que la dimension relationnelle du soin imprègne la culture d'un milieu : les outils de travail, l'organisation des soins, des équipes doivent soutenir la mobilisation que manifestent les soignants qui ont suivi la formation et qui la considèrent en continuité avec leurs propres valeurs. La recherche soulève aussi certaines questions qui pourront trouver réponses dans des travaux subséquents, notamment celle

des liens entre les modalités d'organisation des soins et du travail (horaires, ratios, rencontres d'équipes, outils de connaissance des résidents) et la dimension relationnelle des soins pour mieux comprendre comment améliorer la santé au travail des soignants.

BIBLIOGRAPHIE

- Arnetz, J. E. et Hasson, H. (2007). Evaluation of an educational “toolbox” for improving nursing staff competence and psychosocial work environment in elderly care: results of a prospective, non-randomized controlled intervention. *International journal of nursing studies*, 44(5), 723–35. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.01.012
- ASSTSAS. (2007). *Approche relationnelle de soins. Cahier du participant*. Montréal: Association sectorielle paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS).
- Aström, S., Karlsson, S., Sandvide, A., Bucht, G., Eisemann, M., Norberg, A. et Saveman, B.-I. (2004). Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(4), 410–6. doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00301.x
- Audy, S. (2008). *Mécanisme encadrant l'examen éthique et le suivi continu des projets multicentriques* (p. 43 p.). Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Aylward, S., Stolee, P., Keat, N. et Johncox, V. (2003). Effectiveness of continuing education in long-term care: a literature review. *The Gerontologist*, 43(2), 259–71.
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M. et Brun, J.-P. (2007). Conditions et processus menant à des changements à la suite d'interventions en santé et en sécurité du travail : l'exemple d'activités de formation. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé.*, 9(1).
- Baril-Gingras, Geneviève, Bellemare, M. et Brun, J.-P. (2004). Intervention externe en santé et en sécurité du travail : un modèle pour comprendre la production de transformations à partir de l'analyse d'interventions d'associations sectorielles paritaires. Montréal: Études et recherches / Rapport R-367. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Baril-Gingras, Geneviève, Bellemare, M. et Brun, J.-P. (2006). Interventions externes en santé et en sécurité du travail. *Relations industrielles*, 61(1), 9. doi:10.7202/013719ar
- Beck, C. K., Vogelpohl, T. S., Rasin, J. H., Uriri, J. T., O'Sullivan, P., Walls, R., Phillips, R. et coll. (2002a). Effects of behavioral interventions on disruptive behavior and affect in demented nursing home residents. *Nursing research*, 51(4), 219–28.
- Beck, C. K., Vogelpohl, T. S., Rasin, J. H., Uriri, J. T., O'Sullivan, P., Walls, R., Phillips, R. et coll. (2002b). Effects of behavioral interventions on disruptive behavior and affect in demented nursing home residents. *Nursing research*, 51(4), 219–28.
- Beck, C., Ortigara, a, Mercer, S. et Shue, V. (1999). Enabling and empowering certified nursing assistants for quality dementia care. *International journal of geriatric psychiatry*, 14(3), 197–211; discussion 211–2.

- Bellemare, M., Marier, M. et Allard, D. (2001). Le journal de bord: un outil pour l'intervention et la recherche en ergonomie. *Congrès conjoint de la Société d'ergonomie de langue française et de l'Association canadienne d'ergonomie*. Montréal.
- Berger, P. et Luckmann, T. (1986). *La construction sociale de la réalité* (p. 285). Paris: Meridiens Klincksieck.
- Biegel, D. E., Editor, D., Braun, K. L., Cheang, M. et Shigeta, D. (2004). Practice Concepts Preliminary Study of an Active-Learning Model. *The Gerontologist*, 45(1), 118–124.
- Bigaouette, M. (2008). Tous ne sont pas égaux en matière de santé. *Objectif prévention*, 31(3), 17–19.
- Boumans, N., Berkhout, A. et Landeweerd, A. (2005). Effects of resident-oriented care on quality of care, wellbeing and satisfaction with care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 19(3), 240–50. doi:10.1111/j.1471-6712.2005.00351.x
- Bourassa, B., Serre, F. et Ross, D. (1999). *Apprendre de son expérience* (p. 181). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bourgeois, M. S., Dijkstra, K., Burgio, L. D. et Allen, R. S. (2004). Communication skills training for nursing aides of residents with dementia: The impact of measuring performance. *Clinical Gerontologist*, 27(1-2), 119–138.
- Braun, K. L., Cheang, M. et Shigeta, D. (2005). Increasing Knowledge, Skills, and Empathy Among Direct Care Workers in Elder Care: A Preliminary Study of an Active-Learning Model. *The Gerontologist*, 45(1), 118–124.
- Brodaty, H. et Draper, B. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia : strain and satisfaction with work. *Nursing*, 44(6), 583–590.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531.
- Buelow, J. R., Winburn, K. et Hutcherson, J. (1998). Job Satisfaction of Home Care Assistants Related to Managerial Practices. *Home Health Care Services Quarterly*, 17(4), 59–71.
- Burgio, L. D., Stevens, A., Burgio, K. L., Roth, D. L., Paul, P. et Gerstle, J. (2002). Teaching and Maintaining Behavior Management Skills in the Nursing Home. *The Gerontologist*, 42(4), 487–496.
- Caroly, S. et Weil-Fassina, A. (2004). Évolutions des régulations de situations critiques au cours de la vie professionnelle dans les relations de service. *Le Travail humain*, 67(4), 305–332.
- Cerf M., F. P. (2005). « Une typologie des situations de services ». *Cerf, Falzon (s/d) Situations de services : travailler dans l'interaction* (Collection.). Paris : PUF.
- Cloutier, E., David, H., Ledoux, É., Bourdouxhe, M., Teiger, C., Gagnon, I. et Ouellet, F. (2006). *Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS*

et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile. Études et recherches / Résumé RR-453 (p. 44). Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

- Cohen-Mansfield, J. (2004). for Inappropriate Behaviors in Dementia: A Review , Summary, and Critique. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, II(2)*, 288–308.
- Cohen-Mansfield, J. et Bester, A. (2006). Flexibility as a Management Principle in Dementia Care : The Adards Example. *The Gerontologist, 46(4)*, 540–544.
- Cohen-Mansfield, J., Creedon, M. a, Malone, T., Parpura-Gill, A., Dakheel-Ali, M. et Heasly, C. (2006). Dressing of cognitively impaired nursing home residents: description and analysis. *The Gerontologist, 46(1)*, 89–96.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. et Rosenthal, A. . (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology : Medical Sciences, 44(3)*, M77–M84.
- Cohen-mansfield, J. et Mintzer, J. E. (2005). Time for Change: The Role of Nonpharmacological Interventions in Treating Behavior Problems in Nursing Home Residents With Dementia. *Nursing, 19(1)*, 37–40.
- Cohen-mansfield, J. et Parpura-Gill, A. (2007). Bathing : A framework for intervention focusing on psychosocial , architectural and human factors considerations. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 45*, 121–135. doi:10.1016/j.archger.2006.09.001
- Cohen-Mansfield, J. et Werner, P. (1999). Longitudinal predictors of non-aggressive agitated behaviours in the elderly. *International journal of geriatric psychiatry, 14*, 831–844.
- CQHCA. (2001). Chapter 2: Improving the 21st-Century Health Care system. In I. of Medicine (Ed.), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (p. 364).
- CQVTSSQ. (2007). *À notre portée. Une stratégie d'action visant un système canadien de soins de milieu de travail sain.* (p. 57 p.). Ottawa: Conseil d'agrément des services de santé.
- Dejours, C. (2000). *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail.* Paris: Bayard Editions.
- Denzin, N. K. et Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Thid Edition.* (Sage Publi., p. 784 p.). Thousand Oaks, CA.
- Desgagné, S., Bednarz, N., Lebus, P., Poirier, L. et Couture, C. (2001). L'approche collaborative de recherche en éducation: un rapport nouveau à établir entre recherche et formation. *Revue des sciences de l'éducation, 27(1)*, 33–64.
- Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R. et Dubuc, N. (1995). Reliability of the Functional Autonomy Measurement System (SMAF) revised for epidemiologic study. *Age and Ageing, 24*, 402–406.

- Drach-Zahavy, A. (2009). Patient-centred care and nurses' health: the role of nurses' caring orientation. *Journal of advanced nursing*, 65(7), 1463–74. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05016.x
- Edvardsson, J. D., Sandman, P.-O. et Rasmussen, B. H. (2003). Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 601–609.
- Emilsson, U. M. (2006). Supervision as pedagogy and support in the Swedish eldercare-a developmental project. *Journal of gerontological social work*, 47(3-4), 83. doi:10.1300/J083v47n03
- Engestrom, Y. (2001). Expansive Learning at Work: toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of Education and Work*, 14(1), 133–156.
- Estryn-Behar, M., Chaumon, É., Garcia, F., Milanini-magny, G., Bitot, T., Ravache, A.-É. et Deslandes, H. (2011). Isolement , parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie. *@ctivités*, 8(1), 77–103.
- Evers, W., Tomic, W. et Brouwers, a. (2001). Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues in mental health nursing*, 22(4), 439–54.
- Finkel, S. I., Lyons, J. S. et Anderson, R. L. (1992). Reliability and validity of the Cohen-Mansfield agitation inventory in institutionalized elderly. *International journal of geriatric psychiatry*, 7(7), 487–490.
- Glouberman, S., Richards, J., El Bestawi, M., Seidman-Carlson, R. et Teperman, L. (2007). Reconnecting to care: a nursing initiative at the Baycrest Geriatric Health System. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*, 20(2), 39–49.
- Gonon, O., Delgoulet, C. et Marquié, J.-C. (2004). Âge, contraintes de travail et changements de postes: le cas des infirmières. *Le travail humain*, 67(2), 115–133. doi:10.3917/th.672.0115
- Green, L. . et Kreuter, M. . (1991). *Health Promotion Planning - an Educational and Environmental Approach* (2nd éditio.). Mayfield: Mountain View.
- Hansebo, G. et Kihlgren, M. (2001). Carers' reflections about their video-recorded interactions with patients suffering from severe dementia. *Journal of clinical nursing*, 10(6), 737–47.
- Harley, B., Allen, B. C. et Sargent, L. D. (2007). High Performance Work Systems and Employee Experience of Work in the Service Sector: The Case of Aged Care. *British Journal of Industrial Relations*, (September), 607–633.
- Hébert, R., Guilbaut, J., Desrosiers, J. et Dubuc, N. (2001). The functional Autonomy Measurement System; (SMAF): a clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. *Journal of Canadian Geriatric Society*, 4, 141–147.

- Heron, J. et Reason, P. (2001). The Practice of Co-operative Inquiry: Research "with" rather than "on" People. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of Action Research: Participative Inquiry of Practice* (pp. 179–188). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Hoeffler, B., Talerico, K. A., Rasin, J., Mitchell, C. M., Stewart, B. J., McKenzie, D., Barrick, A. L. et coll. (2006). Assisting cognitively impaired nursing home residents with bathing: effects of two bathing interventions on caregiving. *The Gerontologist*, 46(4), 524–32.
- Irvine, A. B., Bourgeois, M., Billow, M. et Seeley, J. R. (2008). Internet Training for Nurse Aides to Prevent Resident Aggression. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(8), 519–526.
- ITAC. (2001). Nurse Assistant. Ohio.
- Kaskie, B. (2004). A strategic response to the challenges presented by older patients with Alzheimer's disease and other types of dementia. *Journal of healthcare management / American College of Healthcare Executives*, 49(1), 32–45; discussion 45–6.
- Kemeny, B., Boettcher, I., DeShon, R. et Stevens, A. (2006). Using experiential techniques for staff development: liking, learning and doing. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(8), 9–14.
- Kitwood, T. (2008). Towards a Theory of Dementia Care: The Interpersonal Process. *Ageing and Society*, 13(01), 51.
- Kong, E. ., Evans, L. et Guevara, J. . (2009). Nonpharmacological intervention for agitation in dementia : a systematic review and meta-analysis. *Aging & mental health*, 13(4), 512–520.
- Koss, E., Weiner, M., Ernesto, C., Cohen-Mansfield, J., Ferris, S., Grundman, M., Schafer, K. et coll. (1997). Assessing patterns of agitation in Alzheimer's disease patients with Cohen-Mansfield Agitation Inventory. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. *Alzheimer Disease Association Disorders*, 11(suppl 2), S45–50.
- Krippendorff, K. (2003). Unitizing. *Content Analysis: An introduction to its methodology (2nd Ed.)* (SAGE Editi., pp. 97–110). Thousand Oaks, CA.
- Lamonde, F., Beaufort, P. et Richard, J.-G. (2002). La pratique d'intervention en santé, en sécurité et en ergonomie dans les projets de conception. Étude d'un cas de conception d'une usine. R-318. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail.
- Lamonde, F., Richard, J.-G., Langlois, L., Dallaire, J. et Vinet, A. (2009). La prise en compte des situations de travail dans les projets de conception. Étude de la pratique des concepteurs et des opérations impliqués dans un projet conjoint entre un donneur d'ouvrage et une firme de génie conseils. [Taking into account work situ. Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

- Landreville, P., Bédard, A., Verreault, R. et Desrosiers, J. (2006). Nonpharmacological interventions for aggressive behaviors in older adults living in long-term care facilities : a review. *International Psychogeriatrics*, 18(1), 47–73.
- Lave, J. et Wenger, E. (1991). *Situated Learning Legitimate Peripheral Participation*. (C. U. PRESS, Ed.). Cambridge, United Kingdom.
- Lyne, K. J., Moxon, S., Sinclair, I., Young, P., Kirk, C. et Ellison, S. (2006). Analysis of a care planning intervention for reducing depression in older people in residential care. *Aging & mental health*, 10(4), 394–403. doi:10.1080/13607860600638347
- Matthews, E., Farrell, G. et Blackmore, M. (1996). Effects of an environmental manipulation emphasizing client-centred care on agitation and sleep in dementia sufferers in a nursing home. *Journal of advanced nursing*, 24(3), 439–47.
- McCallion, P., Toseland, R. W., Lacey, D. et Banks, S. (1999, October). Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. *The Gerontologist*.
- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *Journal of clinical nursing*, 13(3a), 31–8. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x
- Mezirow, J. (2000). Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress. *Learning to think like an adult : Core concepts of transformation theory*. (pp. 3–33).
- Mickus, M., Wagenaar, D., Averill, M., Colenda, C., Gardiner, J. et Luo, Z. (2002). Developing effective bathing strategies for reducing problematic behavior for residents with dementia: the PRIDE approach. *J. Ment. Health Aging*, 8, 37–43.
- Miller, R., Snowdon, J. et Vaughan, R. (1995). The use of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in the assessment of behavioral disorders in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(5), 546–549.
- MSSS. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles* (p. 33). Québec, Canada.
- Opie, J., Rosewarne, R. et O'Connor, D. W. (1999). The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 33(6), 789–99.
- Pérusse, M. (2005). *Le coffre à outils de la prévention des accidents en milieu de travail* (3ème édit.). Napierville: Groupe communication Sansectra.
- Petit, J., Dugué, B. et Daniellou, F. (2011). L'intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations : enjeux théoriques et méthodologiques. *Le travail humain*, 74, 391–409.
- Polit, D. et Owen, S. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content Validity? Appraisal and Recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30, 459–467.

- Poulin, P. (2005). Approche relationnelle de soins : la rencontre des humanités. *Objectif prévention*, 28(1), 3–5.
- Poulin, P., Bleau, J. et Gineste, Y. (2004). La formation à l'approche relationnelle de soins, la rencontre des humanités. *Vie et vieillissement*, 3(2), 32–40.
- Schön, D. A. (1996). À la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. In J.-M. Barbier (Ed.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp. 201–222). Paris: Presses universitaires de France.
- Schoot, T., Proot, I., Legius, M., Meulen, R. et Whitte, L. (2006). Client-Centered Home Care Balancing Between Competing Responsibilities. *Clinical Nursing Research*, 15(4), 231–254.
- Schoot, T., Proot, I., Legius, M., Ter Meulen, R. et De Witte, L. (2006). Client-centered home care: balancing between competing responsibilities. *Clin Nurs Res*, 15(4), 231–237.
- Shaller, D. (2007). *Patient-Centered Care : What Does It Take ?* (p. 32 p.). Stillwater, MN.
- Shanti, C., Johnson, J., Meyers, A. M., Jones, G. R., Fitzgerald, C., Lazowski, D.-A., Stolee, P. et coll. (2005a). Evaluation of the restorative care education and training program for nursing homes. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 24(2), 115–26.
- Shanti, C., Johnson, J., Meyers, A. M., Jones, G. R., Fitzgerald, C., Lazowski, D.-A., Stolee, P. et coll. (2005b). Evaluation of the restorative care education and training program for nursing homes. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 24(2), 115–26.
- Shields, M. et Wilkins, K. (2006). *Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses*. *Statistics* (p. 189 p.). Ottawa: Statistics Canada and Canadian Institute for Health Information.
- Skovdahl, K., Kihlgren, A. et Kihlgren, M. (2003). Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia-narrative from two caregivers groupes. *Aging and Mental Health*, 7(4), 277–286.
- Sloane, P. D., Hoeffler, B., Mitchell, M., Mckenzie, D., Barrick, L., Rader, J., Barbara, J. et coll. (2004). Effect of Person-Centered Showering and the Towel Bath on Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1795–1804.
- Soulières, M. et Ouelette, G. (2012). *Des enjeux et des parcours difficiles pour les personnes concernées* (p. 44). Montréal, Québec.
- St-Vincent, M., Vézina, N., Imbeau, D., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux, É. et Lapierre, J. (2011). *L'intervention en ergonomie* (p. 360 p.). Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

- Stolee, P., Esbaugh, J., Aylward, S., Cathers, T., Harvey, D. P., Hillier, L. M., Keat, N. et coll. (2005). Factors associated with the effectiveness of continuing education in long-term care. *The Gerontologist*, 45(3), 399–409.
- Theureau, J. (2004). *Le cours d'action: méthode élémentaire* (2^e édit., p. 281). Toulouse: Octarès Éditions.
- Theureau, Jacques. (2006). *Cours d'action: méthode développée* (p. 396). Toulouse: Octarès Éditions.
- Toseland, R. W., Diehl, M., Freeman, K., Manzanares, T., Nappela, M. et McCallion, P. (1997). The impact of validation group therapy on nursing home residents with dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 16, 31–50.
- Vanier, J. (1999). *Toute personne est une histoire sacrée*. Paris: Plon.
- Vézina, A. et Pelletier, D. (2009). Le maintien du pouvoir chez la personne âgée hébergée souffrant de déficits cognitifs. *Service social*, 55(1), 97. doi:10.7202/029491ar
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, A., Delisle, A., St-Vincent, M. et coll. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)* (p. 986 p.). Montréal.
- Viau-Guay, A., Bellemare, M., Feillou, I., Trudel, L., Desrosiers, J. et Robitaille, M.-J. (2013). Person-centered care training in long-term care settings: usefulness and facility of transfer into practice. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 32(1), 57–72. doi:10.1017/S0714980812000426
- Viau-Guay, A. et Feillou, I. (2011). L'approche relationnelle de soins : une discussion sur le transfert des apprentissages. *Investir et s'investir en prévention, c'est judicieux! Colloque annuel de l'Association sectorielle paritaire - secteur Affaires sociales (ASSTSAS)*. Boucherville, Québec.
- Voyer, P., Verreault, R., Azizah, G. M., Desrosiers, J., Champoux, N. et Bédard, A. (2005). Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC geriatrics*, 5, 13. doi:10.1186/1471-2318-5-13
- Weitzel, T., Robinson, S. B., Henderson, L. et Anderson, K. (2005). Helping hands: CNAs in elder care. *Nursing management*, 36(4), 41–4, 46.
- Winzelberg, G. S., Williams, C. S., Preisser, J. S., Zimmerman, S. et Sloane, P. D. (2005). Factors associated with nursing assistant quality-of-life ratings for residents with dementia in long-term care facilities. *The Gerontologist*, 45 Spec No(1), 106–14.
- Yan, E., Kwok, T., Tang, C. et Ho, F. (2007). Factors Associated with Life Satisfaction of Personal Care Workers Delivering Dementia Care in Day Care Centers. *Social Work in Health Care*, 46(1), 37–41.

- Yeatts, D. E. et Cready, C. M. (2007). Consequences of empowered CNA teams in nursing home settings: a longitudinal assessment. *The Gerontologist*, 47(3), 323–39.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: design and methods* (p. 181). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Zeller, A., Hahn, S., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. et Halfens, R. J. G. (2009). Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: a systematic literature review. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 30(3), 174–87. doi:10.1016/j.gerinurse.2008.09.002

ANNEXE 1

INVENTAIRE DES COMPORTEMENTS DU RÉSIDENT		
ÉTABLISSEMENT / INSTALLATION / UNITÉ : _____ CODE DU RÉSIDENT : _____ CODE DU SOIGNANT : _____ DATE : _____ HEURE DE DÉBUT : _____ HEURE DE FIN : _____ SCORES : COMPORTEMENTS NÉGATIFS : _____ COMPORTEMENTS POSITIFS : _____	Impression de l'observateur sur la qualité subjective de l'approche du soignant pendant l'ensemble de l'épisode de soins	
	À l'écoute, tendre, présent, affectueux, patient, ...	Impassible, froid, brusque, impatient, ...
	La plupart du temps présent Assez souvent présent Plus ou moins présent Rarement / jamais présent	La plupart du temps présent Assez souvent présent Plus ou moins présent Rarement / jamais présent
	Impression de l'observateur sur la réponse du résident pendant l'ensemble de l'épisode de soins	
	Détendu, joyeux, calme, indifférent, ...	Anxieux, agité, apathique, replié sur soi, agressif, ...
	La plupart du temps présent Assez souvent présent Plus ou moins présent Rarement / jamais présent	La plupart du temps présent Assez souvent présent Plus ou moins présent Rarement / jamais présent
ÉCHELLE DE COTATION : 0 = n'a pas été observé 1 = a été observé une fois 2 = a été observé deux ou trois fois 3 = a été observé quatre ou cinq fois 4 = a été observé six ou sept fois 5 = a été observé huit fois ou plus 6 = a été observé constamment		

Repères de situation	Comportements négatifs et positifs	Cotation	Soignant	Commentaires
	2. Habillage ou déshabillage inapproprié			
	3. Cracher			
	4. Sacrer ou agresser verbalement			
	5. Demandes constantes d'attention			
	6. Répétitions de phrases ou de questions			
	7. Frapper			
	8. Donner des coups de pied			
	9. Empoigner			
	10. Pousser			
	11. Émettre des bruits étranges			
	12. Crier / hurler			
	13. Égratigner			
	14. Essayer de se rendre ailleurs			
	15. Turbulence générale			
	16. Se plaindre			
	17. Négativisme			
	22. Maniérisme répétitif			
	Indicateurs verbaux			
	1. Participe à la conversation (répond quand pertinent)			
	2. Initie la conversation			
	3. Demande à participer activement à ses soins			
	4. Remercie			
	Indicateurs non verbaux			
	5. Ouvre les yeux			
	6. Ne s'oppose pas			
	7. Se relâche musculairement			
	8. Démontre de l'affection (ex : caresse le bras, brosse les cheveux, fait la bise, etc.)			
	9. Établit un contact visuel			
	10. Sourit			
	11. Participe à ses soins en fonction de ses capacités.			
	12. Serre la main			