

COLLABORATION SPÉCIALE

LE TRAVAIL RELATIONNEL DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES : UNE DIMENSION SOUS-ESTIMÉE DU SOIN EN CENTRE D'HÉBERGEMENT



BAPTISTE BROSSARD, Ph. D.
Chercheur postdoctoral, Université de
Montréal et Centre de recherche et de
partage des savoirs InterActions
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal



GENEVIÈVE REED
Chargée de projets en mobilisation des
connaissances, Centre de recherche et
de partage des savoirs InterActions
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal



ANNIE SAPIN LEDUC, Ph. D.
Adjointe au directeur - recherche sociale,
direction de la recherche
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Dans le cadre d'une recherche sociologique menée au Québec et en France sur les relations entre préposés aux bénéficiaires et résidents atteints de troubles cognitifs en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), nous avons observé que, malgré le rôle crucial du travail relationnel des préposés dans le mouvement d'humanisation des services, ce travail est peu reconnu. Non seulement du point de vue des préposés eux-mêmes qui le considèrent comme une forme de « bon sens », qui s'apprend « sur le tas », mais également du point de vue des gestionnaires interrogés. Face à ce constat, cette recherche nous a permis de formaliser les types d'interactions auxquelles participent les préposés lorsqu'ils communiquent avec les résidents : travail émotionnel, déduction non verbale, gestion des habitudes, mobilisation du passé des résidents et création de rites d'interaction. Formaliser ces types d'interactions autorise à concevoir le travail relationnel non pas comme une forme de bon sens, mais comme un ensemble de techniques qui requièrent des compétences.

LE RÔLE HISTORIQUE DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

Que font les préposés aux bénéficiaires ? Il y a d'un côté les tâches physiques — laver les patients, les aider à se lever, leur donner à manger, etc. — qui sont clairement formulées et au sujet desquelles les préposés reçoivent désormais une formation conséquente. D'un autre côté, l'aspect relationnel, qui laisse place à davantage d'interprétation. Que ce soit dans la description des compétences à acquérir lors de la formation ou dans les affichages de poste, des valeurs plutôt abstraites sont mobilisées. Ainsi, le descriptif mis en ligne sur le site *Avenir en santé*, géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), explique-t-il que « le préposé aux bénéficiaires veille à donner aux bénéficiaires les soins appropriés et à respecter leur intégrité et leur dignité, afin de contribuer à leur bien-être », tandis que le site *Métiers Québec* parle d'« assurer une présence humaine », de « donner le soutien moral ». Que signifie « respecter l'intégrité et la dignité » d'une personne ? Sourire aux patients et leur dire bonjour ? Certainement, mais cela ne suffit pas. Répondre à leurs requêtes ? Impossible de satisfaire tout le monde, surtout en cette période de coupes budgétaires, et donc,

Notons qu'en plus de ne pas suffire à décrire le travail des préposés, ces « grandes valeurs » empêchent la reconnaissance de ce travail...

d'accélération des rythmes de travail. S'assurer qu'ils ne manquent de rien et se sentent « respectés » ? Peut-être, mais encore faudrait-il savoir comment faire, notamment lorsque les patients en question souffrent de troubles cognitifs qui les empêchent de communiquer selon les formes usuelles. Par conséquent, il ne suffit pas d'être en accord avec des valeurs, d'être « moral », pour produire un travail relationnel.

Un ensemble de recherches conduites au Québec et en France (voir encadré) montre que ce travail relationnel ne va pas de soi : au quotidien, les préposés se livrent à de nombreuses opérations visant à entrer en interaction avec les résidents, y compris ceux qui souffrent de troubles cognitifs à un stade avancé. Les techniques relationnelles qu'ils utilisent ne sont même pas reconnues comme des compétences. En effet, ils décrivent cette partie de leur travail comme une forme de bon sens : « aimer faire de l'humain », « être fait pour ça », « avoir du respect », « c'est pas très compliqué », « ça ne s'apprend pas ».

MÉTHODOLOGIE

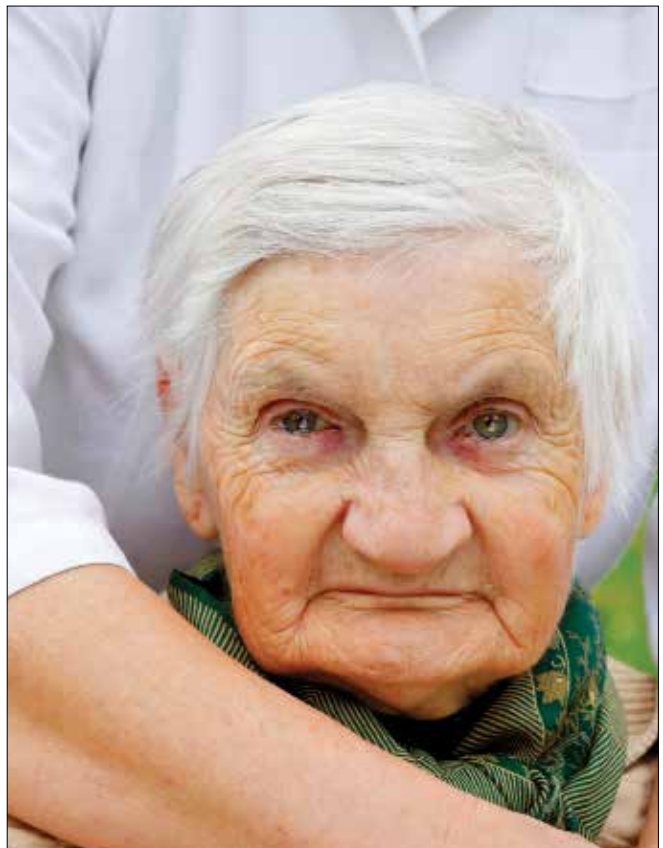
La présente étude s'inscrit dans une recherche plus large visant à analyser les réseaux d'interaction (avec les aidants familiaux et professionnels) qui se déploient autour des personnes diagnostiquées de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée, au Québec et en France. Les données que nous utilisons dans le cadre de cet article se constituent de six mois d'observation à mi-temps de la vie collective dans un centre d'hébergement français (2014), de deux fois dix jours d'observation auprès de chefs d'unité de vie dans deux centres d'hébergement montréalais ainsi que des entretiens menés avec quinze préposés aux bénéficiaires et dix gestionnaires ayant participé à la mise en place des normes Agrément Canada dans ces établissements (2014-2015). Les versants français et québécois de ces recherches ont respectivement été financés et soutenus par la Fondation Plan Alzheimer et le Partenariat de recherche ARIMA (CRSH, 2012-2019).

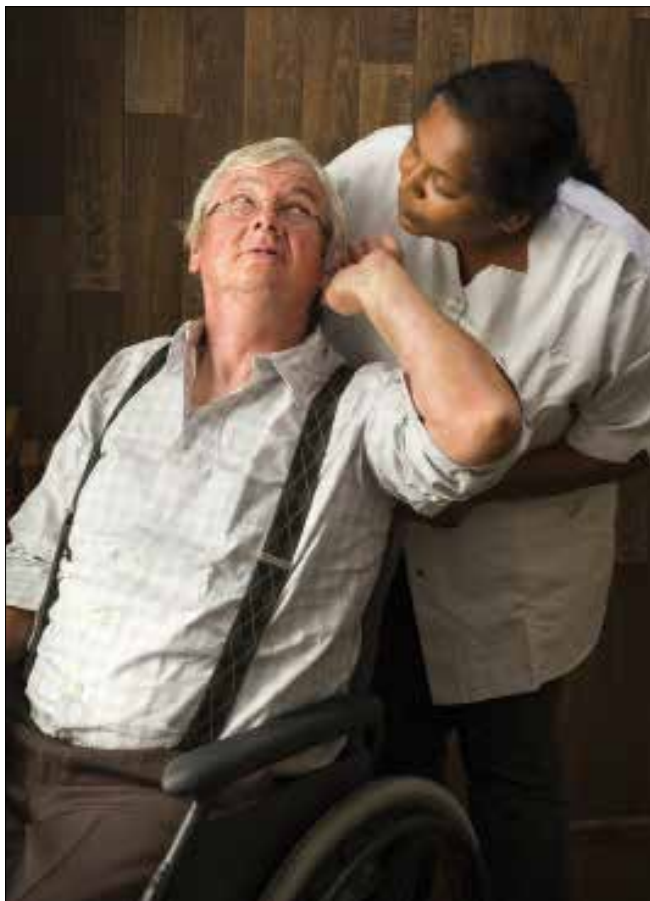
Percevoir le travail relationnel des préposés comme une qualité presque innée pose problème. En effet, ce travail a un rôle historique : il permet de réaliser les idéaux d'humanisation des services et de l'approche milieu de vie, à travers tous les « petits » gestes ordinaires qui construisent en définitive ce qu'on appelle la qualité des soins. D'où la nécessité, si l'on veut s'approcher de ces idéaux, de concevoir le travail relationnel comme un ensemble de compétences — donc, qui peuvent s'apprendre et dont on peut faire évoluer l'apprentissage — et dans le cadre d'une organisation. Ce ne sont pas que les qualités personnelles des préposés qui interviennent, mais l'ensemble des dispositifs organisationnels qui orientent leur travail.

Par conséquent, décrire les techniques relationnelles qu'emploient plus ou moins spontanément les préposés, lorsqu'ils entrent en interaction avec les patients souffrant de troubles cognitifs, devrait permettre de s'interroger sur les compétences sous-jacentes à ce travail et les façons de les développer. C'est ce que nous proposons de faire.

CINQ TECHNIQUES DE DÉFÉRENCE

Lorsque les divers acteurs impliqués dans les soins produits en CHSLD estiment que les résidents doivent être traités avec « décence », « respect », « dignité » et « humanité », ils entendent par là que les résidents devraient faire l'expérience d'interactions qui leur font ressentir qu'ils occupent un certain statut social. Qu'ils ne sont pas des objets entreposés dans un hospice, mais des êtres humains dignes de certains gestes de *déférence*. La déférence : ce terme a été conceptualisé par le





sociologue Erving Goffman, afin de désigner l'ensemble des comportements par lesquels on manifeste à notre interlocuteur son statut social. Ce sont des manières de s'adresser à quelqu'un — appeler un médecin « docteur », vouvoyer ou tutoyer —, de se comporter avec lui, des choses à faire et à ne pas faire. Dans toutes les sociétés, des normes de déférence régissent les contacts entre les groupes sociaux. Et si dans tous les milieux professionnels une maîtrise minimale de ces règles semble nécessaire, certaines professions en font leur spécialité, l'objet de leur travail. C'est le cas, par exemple, des diplomates qui doivent maîtriser les convenances mondaines de chaque culture afin de négocier des accords, ou encore des préposés qui sont tenus d'être des spécialistes (non reconnus pour cela) de la déférence à l'égard des résidents. Ces aspects n'ont rien d'anecdotique. Dans le premier cas, un manquement aux normes de déférence peut créer un incident diplomatique; dans le second cas, mener à une accusation de mauvais traitement.

En général, la personne à laquelle s'adresse un comportement déférent a la possibilité d'exprimer, plus ou moins explicitement, ses attentes et mécontentements. Or, les résidents qui souffrent de troubles cognitifs importants n'ont pas cette possibilité, du moins pas toujours selon les règles usuelles de communication. Il s'agit donc d'une situation singulière, que les préposés doivent gérer tout en maintenant un rythme soutenu de tâches physiques (leviers, repas, douches, etc.). Cinq activités peuvent être distinguées. Leur description aidera à comprendre le quotidien relationnel des préposés.

Déduction non verbale

La déduction non verbale est bien introduite par Tarik, un préposé rencontré au cours de la recherche : « Avec personne âgée non démente, si elle a faim elle demande, si elle a soif elle demande, si elle veut quelque chose elle demande. Mais avec Alzheimer on doit deviner, on doit y aller par déduction, on donne à boire, à manger, et au bout d'un moment on trouve ce qu'il y a ». Afin de déduire les attentes des résidents, trois sources d'indice apparaissent essentielles : le regard (expression triste ou joyeuse, la direction des yeux), les expressions du visage (sourire, froncement de sourcils) et les « petits sons » (gémissements, mots). La reconnaissance de ces signes semble s'accroître à mesure que le préposé est familier avec le résident.

Travail émotionnel

Le travail émotionnel est un concept développé par la sociologue Arlie Hochschild afin de désigner ce travail que l'on fait sur soi-même pour donner l'impression que l'on éprouve les émotions appropriées à une situation donnée, pour éprouver effectivement ces émotions et pour entraîner le même type d'émotions chez ses interlocuteurs. Ce travail a été évoqué dans la majorité des entretiens : les préposés expliquent qu'ils doivent faire en sorte d'arriver de bonne humeur au travail, et de le rester au cours de leur quart. Essentiellement avec les résidents qui ne communiquent plus par la parole, un état d'esprit « positif » contribue à susciter leur coopération. Lydia l'explique : « Les émotions, ils les ressentent. Tu arrives le matin, t'es de mauvaise humeur, tu vas avoir du mal à les approcher. Ils ne savent pas pourquoi, mais ils le sentent ». Puisque les préposés sont au contact permanent de personnes âgées malades qui ont souvent de fortes chances de mourir prochainement, ils doivent également contrôler leurs émotions, notamment lorsqu'ils rentrent chez eux. Cette problématique semble varier selon l'ancienneté dans la profession, les plus anciens ne signalant pas ce type de problème tandis que les nouveaux en parlent abondamment (et sont rassurés par les plus anciens).

Mise en place des rituels quotidiens

La mise en place des rituels quotidiens occupe une partie importante du temps des préposés, puisque leur travail concerne essentiellement des situations qui se répètent tous les jours : les repas, le lever et le coucher, la douche. Ils apprennent au fur et à mesure les multiples habitudes de chacun. Nathalie en donne un aperçu : « Placer une table à tel angle, tel angle, pas à droite pas à gauche, mettre le téléphone là, le verre à gauche, la paille vers la droite, c'est plein de petits trucs comme ça. La couverture à l'épaule, ou au cou... [...]. Ils ont chacun leurs manies. Si on ne les sait pas, le résident il perd patience. » Bien que les préposés qualifient généralement ces gestes de « petits trucs » ou de « petites affaires », leur réalisation contribue beaucoup à la satisfaction des résidents (une partie des mécontentements de ces derniers concerne le non-respect de leurs habitudes) et également, à la possibilité des préposés de soutenir leur rythme de travail — ce dernier s'étant accru ces dernières années à la suite

des réductions d'effectifs. « Quand t'as 5 minutes [par patient] faut connaître. Si tu connais pas, ça te prend 30 minutes », résume Joël.

Mobilisation du passé des résidents

La mobilisation du passé des résidents présuppose d'avoir au préalable recueilli des renseignements sur ce passé, de la famille, d'autres professionnels ou du patient lui-même lorsqu'il peut encore s'exprimer. Ces renseignements s'avèrent utiles par la suite, en premier lieu parce qu'ils fournissent des sujets de conversation avec les résidents qui ne parlent pas, autorisant une interaction plus individualisée que celles portant sur la pluie et le beau temps. La connaissance et la mobilisation de certains éléments du passé des patients suscitent également des interprétations potentielles face aux conduites qui n'ont pas de sens au premier abord. Dans un établissement observé, une résidente frappait à la porte de tous les autres patients de son service chaque jour. Les professionnels comprenaient cette conduite comme une réminiscence de son passé : elle était factrice, et s'imaginait probablement faire une tournée pour distribuer des lettres. La dernière « fonction » de la mobilisation du passé est qu'elle offre des prises pour « faire diversion », un élément très important du travail des préposés. En évoquant un souvenir, tel un ancien métier, un préposé peut changer les idées d'un résident lorsqu'il est temps de manger ou prendre une douche, et ainsi faciliter le déroulement de ses tâches. Les préposés tendent donc à (ré)introduire dans l'interaction présente des éléments

du passé, cherchant à « reconstituer », hypothétiquement, ce que voudrait un patient s'il n'était pas malade.

Création de rites d'interaction

Le dernier type d'activité consiste en la création de rites d'interaction avec les résidents. Lorsqu'on « connaît » quelqu'un, notre connaissance mutuelle peut se manifester par certains rituels propres à cette relation — sous la forme de blagues personnelles. Ces rites construisent la relation, l'individualisent au sens où ils la rendent différente de toutes les autres. Si ce type d'activité est commun à toutes les relations sociales, les préposés la pratiquent de façon singulière puisque

Ils ne sont pas des objets entreposés dans un hospice, mais des êtres humains dignes de certains gestes de déférence.

Achetez ce que vous voulez!

Gagnez une carte VISA prépayée de

1500 \$



PROFITEZ

de vos avantages groupe pour votre assurance auto et habitation dès maintenant

 **ESSOR**
ASSURANCES

1 877 883-7767

ESSOR.ca/concours-groupes

Percevoir le travail relationnel des préposés comme une qualité presque innée pose problème.

leurs interlocuteurs peuvent avoir des capacités cognitives très affaiblies. Xavier me parle par exemple d'une patiente à laquelle il fait un salut militaire en guise de bonjour. « Ça la fait rire! Elle m'aime bien! », commente-t-il. Paul évoque quant à lui ses plaisanteries concernant le patronyme d'une résidente. « Madame Thanh Thai (nom d'emprunt), écoute elle s'appelle madame Thanh Thai mais moi je l'appelle jamais comme ça. Bon, quand sa famille arrive, je l'appelle madame Thanh Thai, mais sinon je l'appelle M^{me} Ping Ping. Je sais pas, ça m'est venu comme ça. Quand je la vois, c'est "Bonjour M^{me} Ping Ping comment ça va?"... puis elle est toute contente. » Tout comme les interactions au cours desquelles les préposés mobilisent le passé des résidents, celles-ci servent à faire diversion et à construire des conversations avec des patients qui peuvent difficilement communiquer.

FORMALISER LES COMPÉTENCES SANS STANDARDISER LES PRATIQUES

Alors que les préposés suivent désormais une formation dont la durée varie de 7 à 10 mois, avec quelques cours traitant de la psychologie de l'adulte et de la relation d'aide, nous observons qu'ils développent davantage « sur le tas » des savoir-faire spécifiques, qui mobilisent souvent sans le savoir les outils de plusieurs disciplines, des soins infirmiers à la sociologie en passant par la psychologie. Selon les « styles » de chacun, ils sont plus ou moins des spécialistes du travail émotionnel, de la déduction non verbale, de la gestion de rituels quotidiens, de la mobilisation du passé des résidents et de la création de rites d'interaction. Ils développent chacun une manière de réaliser ces techniques. Ainsi, au lieu de poser la question de la motivation variable des préposés à faire leur travail (que l'on retrouve dans d'autres professions, y compris les politiciens, les médecins, etc.) ou d'accroître l'encadrement de leurs pratiques (sous prétexte que les plaintes pour maltraitance sont en hausse, ce qu'on observe également dans d'autres professions), on pourrait s'interroger sur les bénéfices sociaux que constitueraient la mutualisation et la reconnaissance de tels savoir-faire.

Ce serait d'autant plus judicieux que ces pratiques produisent, en définitive, l'humanisation des services. Derrière toutes les « grandes valeurs » évoquées plus haut — humanité, respect, dignité, décence, etc. —, il y a cet ensemble d'activités, souvent non formalisées, qui tendent à les réaliser

en pratique. Notons qu'en plus de ne pas suffire à décrire le travail des préposés, ces « grandes valeurs » empêchent la reconnaissance de ce travail : en se concevant eux-mêmes comme effectuant un travail « naturel », « humain », empreint de « bon sens », les préposés se disqualifient et justifient eux-mêmes leur position de dominés dans la hiérarchie hospitalière. Les « petits trucs » qu'ils trouvent au fur et à mesure de leur quotidien sont fondamentaux, mais pas aussi reconnus que les pratiques spécifiquement médicales (perfusions, prise de tension, etc.). Pourtant, n'est-ce pas ce type précis d'activités, ordinaires en apparence, qui peuvent transformer nos hôpitaux et centres d'hébergement en « milieux de vie » ?

De la même manière, tandis que les procédures d'évaluation de la qualité des soins (Agrément Canada, visites du ministère de la Santé et des Services sociaux, évaluations des divers ordres professionnels) se multiplient et proposent de plus en plus de critères qui standardisent les interactions avec les patients, ne serait-il pas aussi pertinent, si l'on veut construire des « milieux de vie », d'y valoriser l'*individualisation* des relations sociales, soit le développement pour chaque préposé d'un style relationnel bien à lui? Parce qu'un milieu de vie, une famille ou une petite communauté de tout genre se caractérisent précisément par le fait que les relations sociales entre chacun de ses membres y sont différentes les unes des autres.

Il faut donc non seulement interroger le rôle des préposés dans le mouvement d'humanisation des services de santé, notamment les façons de décrire leur contribution à la mise en place de milieux de vie, mais aussi réfléchir à la façon d'évaluer ce rôle. Le travail relationnel ne saurait être limité à un ensemble de bonnes pratiques pouvant être uniformisé, du moins pas si l'on veut construire de véritables milieux de vie. Reste par conséquent à trouver un équilibre, ou une complémentarité, entre la formalisation des compétences relationnelles des préposés, l'évaluation des pratiques associées et la personnalisation des relations sociales au sein des institutions de soins. Le réseau et ses gestionnaires pourraient par exemple valoriser la formalisation des compétences relationnelles des préposés aux bénéficiaires en favorisant une amélioration de la formation de base et l'accès à la formation continue, tout en évaluant l'utilisation de ces compétences de façon individualisée, personnelle, propre à chacun, dans le quotidien des établissements.

Références bibliographiques

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Avenir en santé*. En ligne. <<http://avenirensante.gouv.qc.ca/carrieres/prepose-aux-beneficiaires>>. Consulté le 13 janvier 2016.

MÉTIERIS QUÉBEC (2016). *Préposés aux bénéficiaires*. En ligne. <http://www.metiers-quebec.org/sante/prep_beneficiaires.htm>. Consulté le 21 avril 2016.

GOFFMAN, Erving (1974). *Les Rites d'interaction*, Paris: Les Éditions de Minuit.

HOCHSCHILD, Arlie R. (2003). « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler* (9):19–49.