

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

XAVIÉRA BEAUMIER

*L'EMPOWERMENT* DES PERSONNES ÂGÉES HÉBERGÉES EN CHSLD :  
POINTS DE VUE DES TRAVAILLEUSES SOCIALES SUR LES LEVIERS  
ET LES OBSTACLES DE SON APPLICATION

JUIN 2020

## Sommaire

Le vieillissement de la population au Québec s'accroît depuis plusieurs années. Le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie augmente, et il est nécessaire que des soins et services institutionnels de qualité leur soit donnés, qui respectent leurs choix et décisions. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons voulu identifier les facteurs qui contribuent ou restreignent l'*empowerment* des personnes âgées en CHSLD. Avec cette recherche qualitative, nous avons eu l'opportunité de rencontrer huit travailleuses sociales (n=8) afin de mettre de l'avant leurs points de vue concernant les obstacles et les facilitateurs de la mise en action de l'*empowerment* chez les personnes âgées résidentes en CHSLD. Considérant les valeurs du travail social et la présence de ces professionnelles dans ces établissements, nous étions intéressés à mettre en lumière leur opinion. Cette recherche vise donc à contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques et sociales en lien avec ce sujet.

C'est avec la théorie de l'*empowerment* au quotidien que nous avons tenté de mieux comprendre les aspects négatifs et positifs ainsi que les stratégies quant à la mise en action de l'*empowerment* des aînés en CHSLD. Avec la littérature en lien avec les CHSLD, nous avons soulevé les éléments suivant comme étant susceptibles d'influencer la mise en application de l'*empowerment* des résidents en CHSLD : l'état de physique et cognitifs des résidents, le respect de l'Approche milieu de vie, le soutien des proches aidants ainsi que l'organisation du travail et des services. Les résultats que nous avons obtenus démontrent l'impact de chacun de ces éléments. Les huit répondantes à la recherche sont unanimes. Les conditions organisationnelles forment le facteur ayant la plus grande répercussion sur la mise en application de l'*empowerment*. Les travailleuses sociales, formées à l'idéal de l'*empowerment*, n'ont ni le mandat organisationnel ni la capacité effective de mettre en œuvre ce principe auprès des aînés. Ils tendent alors à déléguer cette tâche aux autres membres de l'équipe de soin.

## Table des matières

Sommaire .....	ii
Liste des tableaux et figure .....	vi
Liste des acronymes .....	vii
Remerciements .....	viii
Introduction .....	1
Chapitre 1 Problématique.....	6
Le vieillissement de la population au Québec : Accroissement du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans .....	7
Évolution des CHSLD au Québec dans le continuum de services .....	10
La place des travailleuses sociales dans l'organisation hiérarchisée des CHSLD .....	13
L'approche « milieu de vie » en CHSLD : une porte d'entrée pour l'empowerment des aînés par les travailleuses sociales ?.....	15
La situation complexe des CHSLD : représentations négatives, nouvelle gestion publique et organisation du travail déficiente .....	19
Les travailleuses sociales en CHSLD face au défi de l' <i>empowerment</i> des aînés ...	23
Chapitre 2 Cadre d'analyse .....	25
Autonomie et perte d'autonomie .....	26
L'empowerment, un concept privilégié mais flou .....	28
L' <i>empowerment</i> des aînés .....	31
<i>Empowerment</i> et défense de droits.....	34
Question et objectifs de recherche.....	36
Cadre théorique .....	36
L'état physique et cognitif des résidents .....	38
L'organisation du travail .....	39
L'aide informelle des proches aidants.....	39
Question et objectifs de recherche.....	40
Chapitre 3 Méthodologie.....	42
Un devis de recherche qualitative et une approche semi-inductive.....	43
Échantillonnage et procédure de recrutement.....	44

Méthode de collecte de données et analyse des données.....	46
Considérations éthiques et limites de l'étude .....	47
Chapitre 4 Résultats .....	50
Travail prescrit et travail réel des TS en CHSLD.....	52
Présentation des participantes .....	52
Le travail des TS tel qu'il est prescrit par l'employeur.....	53
Points de vue des TS sur le travail réel effectué en CHSLD.....	56
Avantages perçus et contraintes du travail selon les TS en CHSLD.....	61
Les conditions d'application de l' <i>empowerment</i> des résidents par les TS .....	64
Définition de l' <i>empowerment</i> selon les TS et place du concept dans leurs tâches.....	64
Point de vue des TS sur l'AMV .....	69
Facilitateurs à la mise en application de l' <i>empowerment</i> .....	71
Une santé cognitive.....	71
La présence active d'un entourage familial .....	71
Un travail d'équipe efficace.....	72
Les obstacles à la mise en application de l' <i>empowerment</i> .....	73
Un état de santé détérioré .....	74
La perception négative des personnes âgées en CHSLD.....	75
Une présence familiale faible .....	76
Un manque de connaissance du concept d' <i>empowerment</i> .....	77
Les dilemmes éthiques .....	78
Les obstacles organisationnels.....	79
Stratégies proposées par les TS pour la mise en œuvre de l' <i>empowerment</i> .....	82
Les stratégies organisationnelles.....	82
Sensibiliser l'équipe de travail .....	84
Augmenter les opportunités .....	85
Changer les habitudes.....	86
La délégation des tâches.....	87
Chapitre 5 Discussion .....	91
Un lien fort entre le travail social et la notion d' <i>empowerment</i> .....	92

L'empowerment comme un pilier identitaire des TS .....	92
Un idéal fragilisé en CHSLD : Une critique de la capacité d'application de l'AMV .....	94
Une perception désenchantée de l'activité de TS en CHSLD.....	95
Un idéal difficile à mettre en application .....	97
Un manque d'ancrage de l'empowerment aux tâches prescrites.....	99
Des facteurs organisationnels contraignants qui empêchent l'application de l'AMV .....	102
Une gestion déficiente empêchant la mise en œuvre de l'empowerment des résidents .....	104
L'impact de la nouvelle gestion publique .....	106
Stratégies de mise en application de l'empowerment : prendre sur soi ou déléguer.....	108
Conclusion .....	113
Références .....	116
Annexe B Certification éthique de l'UQO.....	128
Annexe C Certification éthique du CISSS de l'Outaouais.....	130
Annexe D Formulaire de consentement.....	133
Annexe E Grille d'entrevue .....	137

## Liste des tableaux et figure

### Tableau

1 Les paradigmes de l' <i>empowerment</i> des personnes âgées dans la littérature en gérontologie .....	33
2 Données des participantes.....	53

### Figure

1 Liens entre les facilitateurs et les obstacles à l'actualisation de la notion de l' <i>empowerment</i> .....	38
--	----

## Liste des acronymes

AMV	Approche milieu de vie
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CISSSO	Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais
NGP	Nouvelle gestion publique
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
OEMC	Outil d'évaluation multi-clientèle
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OQLF	Office québécois de la langue française
OMS	Organisation mondiale de la santé
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PAB	Préposées aux bénéficiaires
RPCU	Regroupement provincial des comités des usagers
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
TS	Travailleuses sociales

## **Remerciements**

Je tiens à remercier infiniment les 8 répondantes de notre recherche. Dans un contexte professionnel où le temps est une ressource précieuse, je suis grandement reconnaissante du temps que vous m'avez accordé. Merci de vous être livrer sur un sujet qui pouvait être sensible pour certaines d'entre vous.

Grâce à l'encadrement de mon directeur de mémoire, j'ai été une étudiante privilégiée tout au long de ma maîtrise. Je tiens donc à remercier monsieur François Aubry professeur à l'Université du Québec en Outaouais. Durant ces 3 ans, j'ai eu l'opportunité de bénéficier de votre expertise et de votre rigueur professionnelle. De plus, je ne peux passer sous silence votre grande disponibilité ainsi que l'intérêt que vous avez porté à mon cheminement.

Mylaine et Anne-Sophie, les moments que nous avons partagés resterons les plus beaux souvenirs de ce parcours. Simon et Doudoune, merci pour tout, à tous les jours.



## **Introduction**

Le vieillissement de la population actuellement vécu au Québec provoque de nombreux défis individuels et collectifs. On assiste en effet à une hausse du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus et, parallèlement, à une complexification de la situation médicale et sociale pour certaines d'entre elles, et principalement les plus âgées (Légaré, 2009) : Les personnes âgées de 85 ans et plus n'ont jamais été aussi nombreuses au Québec (Légaré, 2009). Si environ 85 % des personnes de 65 ans et plus vivent à domicile et 10 % habitent dans des ressources collectives (résidences privées, HLM, etc.), environ 3 % à 4 % fréquentent des milieux d'hébergement institutionnels de longue durée.

Les professionnels, employés et gestionnaires des milieux d'hébergement, et plus particulièrement les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), sont directement impactés par le vieillissement de la population. D'une part, le nombre de demandes d'accès en CHSLD demeure très important (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec [MSSS], 2020), occasionnant des délais significatifs pour l'entrée en institution. D'autre part, le profil clinique de personnes acceptées en CHSLD tend à s'aggraver. Le MSSS (2020) mentionne que les personnes habituellement acceptés présentent un profil ISO-SAMF<sup>1</sup> de 10 à 14. Les personnes les plus autonomes sont davantage poussées à demeurer à domicile ou en résidences privées. Bref, les CHSLD

---

<sup>1</sup> ISO-SMAF Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle. Les profils se situent entre 1 et 14.

accueillent des personnes en forte perte d'autonomie sur le plan physique et cognitif qui nécessitent un soutien constant et quotidien par les membres du personnel.

Malgré ces transformations, les CHSLD demeurent des institutions dont le mandat est d'assurer le maintien de l'autonomie et une qualité de vie suffisante pour les personnes hébergées. Les normes de service tendent vers l'idée que ce milieu d'hébergement doit demeurer un « milieu de vie » (MSSS, 2003). Les aînés hébergés doivent demeurer des personnes à part entière, pour lesquelles il est important de réfléchir aux conditions favorisant la prise en compte de leurs besoins et de leurs choix. Un concept particulièrement important en travail social est celui d'« *empowerment* », c'est-à-dire le processus de prise de pouvoir, de capacités d'action et d'émancipation de certains individus ou groupes (Bacqué & Biewener, 2013). Cet idéal, certes vertueux, se confronte aux réalités organisationnelles et structurelles vécues dans ces milieux. L'imposition d'une *Nouvelle gestion publique* basée sur une gestion stricte des coûts et une reddition de compte récurrente des pratiques (Bourque & Grenier, 2018) provoque une dualité : Il est demandé au personnel et aux gestionnaires de proximité d'accroître la qualité de vie des personnes qui résident en CHSLD, sans nécessairement accroître les moyens (matériels et humains) pour y parvenir. L'ensemble des intervenants en CHSLD doivent subir cette dualité. C'est le cas des préposés aux bénéficiaires qui doivent tenter de lier l'atteinte des objectifs prescrits à la qualité des pratiques (Aubry, 2014). C'est aussi le cas des gestionnaires, qui doivent développer des programmes de qualité qui, pour certains, échoueront, tant le calendrier de planification peut leur paraître intenable (Etheridge et al.,

2014). Mais qu'en est-il des professionnels hors de l'équipe de soins ? Autour des résidents gravitent plusieurs types de professionnels, ergothérapeutes, physiothérapeutes, travailleuses sociales, qui, toutes, détiennent des fonctions spécifiques au sein de ces établissements. Mais, à notre connaissance, aucune recherche scientifique menée en Québec ne s'est intéressée à ce groupe de travailleurs d'un point de vue organisationnel et social.

Nous nous intéressons dans le cadre de ce mémoire aux travailleuses sociales en CHSLD. Nous souhaitons obtenir leur point de vue sur la question de l'*empowerment* des résidents en CHSLD, et plus particulièrement sur les leviers et les obstacles à son application dans ces milieux. Plusieurs raisons nous poussent à ce choix. Tout d'abord, on peut noter le manque d'études portant sur les CHSLD en général, et sur les travailleuses sociales dans ces milieux en particulier. Si la pratique du travail social fait l'objet de nombreux articles, presque aucun d'entre eux ne porte sur l'activité des travailleuses sociales en CHSLD. D'autre part, les travailleuses sociales sont formées dans le cadre de leur cursus universitaire à l'*empowerment*. Cette notion s'avère central dans la relation d'aide (Cloutier, 2018). Mais quelle place détient cet idéal dans leur activité quotidienne en CHSLD ? Si l'*empowerment* fait clairement référence au « milieu de vie » à développer en CHSLD, on peut s'interroger sur l'importance donnée formellement par ces organisations pour la mise en œuvre de cet idéal, et les conditions (notamment professionnelles et organisationnelles) de sa mise en application par les travailleuses sociales. A quel point les conditions organisationnelles actuelles permettent ou empêchent

les travailleuses sociales de mettre en œuvre des pratiques visant l'*empowerment* des aînés ? Nous souhaitons, au final, identifier des pistes et stratégies pour faciliter l'*empowerment* des résidents dans ces organisations, à partir des constats que nous dégagerons de cette recherche.

Ce mémoire est divisé en six parties. Dans la première est présenté le contexte général de la recherche, soit un portrait global du vieillissement de la population au Québec, des CHSLD et de la place des travailleuses sociales dans ces organisations. Dans une seconde partie, nous développerons la revue de littérature dans laquelle sont déclinées les définitions de l'*empowerment* et d'autres concepts clefs, tels que l'autonomie et l'autodétermination. Dans une troisième partie, nous mettons en lumière le cadre théorique et conceptuel utilisé. On y aborde la pertinence de notre étude pour le travail social ainsi que la question et les objectifs de recherche. La méthodologie de la recherche sera présentée dans la quatrième partie. Cette section fait état de la perspective de recherche utilisée, de l'échantillonnage et du recrutement, des outils et de la collecte de donnée, du processus d'analyse des données, des considérations éthiques ainsi que des limites de l'étude. Nous présenterons nos résultats dans une cinquième partie, et la discussion sera présentée dans la sixième et dernière partie.

## **Chapitre 1**

### **Problématique**

Ce chapitre présente le contexte global de l'étude, et plus particulièrement le processus de vieillissement de la population au Québec, ainsi que le fonctionnement et les missions des CHSLD au sein du continuum de services. Nous ferons un lien entre l'approche Milieu de vie, qui est une mission spécifique en CHSLD, avec l'enjeu plus global de l'*empowerment* des résidents. Nous présenterons le mandat des travailleuses sociales en CHSLD, mais aussi les difficultés relatives à l'organisation du travail en CHSLD, en lien avec la promulgation de la Nouvelle gestion publique, et ses conséquences sur la capacité des employés à mettre en œuvre des pratiques relatives à l'*empowerment*.

### **Le vieillissement de la population au Québec : Accroissement du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans**

Le vieillissement de la population est un enjeu d'envergure dans plusieurs pays industrialisés (Côté, Savard, & Scarfone, 2017). Le Canada n'en fait guère exception, tout comme la province du Québec. Effectivement, celle-ci sera considérée comme étant l'une des sociétés occidentales les plus âgées d'ici les vingt prochaines années (Institut national de santé publique du Québec, 2016). Plusieurs raisons peuvent expliquer le vieillissement d'une population. Selon Légaré (2009, p. 61) : « Le vieillissement démographique est un phénomène social multidimensionnel, qui a à sa base de nombreux déterminants et qui entraîne des conséquences multiples dans divers domaines ». Inévitablement, la baisse de la

fécondité et l'allongement de la vie des personnes occasionnent des impacts considérables. Après avoir connu un baby-boom important dans les années 1945, le Québec fait maintenant face à une baisse importante de la fécondité. De plus, l'espérance de vie des individus ne cesse d'augmenter. En 2016, au Québec, l'espérance de vie à la naissance a atteint 80,8 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes. D'ailleurs, le nombre d'aînés âgés de 100 ans et plus augmente avec les années (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2017). Ainsi, il y a de plus en plus au Québec de décès causés par des facteurs associés au vieillissement (Légaré, 2009).

Par convention statistique, pour qu'une personne soit considérée comme étant « aînée » il faut qu'elle ait atteint l'âge de 65 ans selon Turcotte et Grant (2007). En 2012 au Canada, on répertoriait plus de cinq millions d'individus âgés de plus de 65 ans, ce qui représente 14,9 % de la population canadienne (Statistique Canada, 2015). Plus particulièrement au Québec, on compte plus de 1,3 millions d'individus âgés de 65 ans et plus, sur une population de plus de huit millions. D'autre part, la proportion des personnes âgées continuera de croître d'ici les prochaines années (Gouvernement du Québec, 2018). Au Canada comme au Québec, les femmes forment la majorité dans la portion des 65 ans et plus (Statistique Canada, 2017). Cela peut s'expliquer par leur espérance de vie plus élevée que celle des hommes (Gouvernement du Québec, 2018). Ainsi, on retrouve presque deux femmes pour un homme dans la proportion d'âge de 85 ans et plus, et cinq femmes pour un homme chez les centenaires (Statistique Canada, 2017).



De fait, les conséquences du vieillissement démographique se font sentir à différents niveaux. Légaré (2009) mentionne que ces conséquences sont d'ordre culturel, éthique, sociétale, économique, familiale, politique, et de santé. Au niveau financier, les coûts de santé associés au vieillissement démographique ne cessent d'augmenter. Ce sont les soins et les services que requièrent les personnes âgées de 65 ans et plus en institution, et notamment en CHSLD, qui sont les plus dispendieux pour l'État (ISQ, 2017). Compte tenu du vieillissement croissant de la société québécoise et des répercussions associées à ces divers niveaux, il faut s'attarder à la situation des personnes les plus âgées, qui souffrent pour une partie d'entre elles d'une perte progressive d'autonomie fonctionnelle (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2015).

En 2016, au Canada, les individus faisant partie du groupe d'âge des 85 ans et plus représentaient 2,2 % de la population totale (Statistique Canada, 2017). Au Québec et toujours en 2016, on répertoriait 2,4 % de la population comme étant des aînés âgés d'au moins 85 ans (Gouvernement du Québec, 2018). De plus, « le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus au Canada a crû de 19,4 % au cours de la période de 2011 à 2016 » (Statistique Canada, 2017, paragr. 2). On comprend donc que cette population connaît une croissance rapide. Les personnes âgées de plus de 85 ans forment globalement une population qui nécessite des services sociaux et de soins de santé importants (Statistique Canada, 2017).

Certains aînés sont susceptibles de faire face à des obstacles qui diminuent leur qualité de vie. Il peut être question de la détérioration de l'état de santé physique ou mentale par la maladie, de la perte d'autonomie fonctionnelle, du manque de soutien dans les différentes tâches quotidiennes, de la mobilité de plus en plus réduite, etc. Pour certains, ces conséquences sur leur santé les amènent à devoir se diriger vers des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). D'ailleurs, plus la perte d'autonomie s'accroît, plus un individu est susceptible d'intégrer ce type d'hébergement offrant des soins et services divers. À cet effet, quoique les CHSLD accueillent des résidents de tout âge, ce sont les aînés âgés de 85 ans et plus qui représentent le plus haut taux d'occupation dans les CHSLD (Statistique Canada, 2015). Au Canada, le tiers des individus de 85 ans et plus vit dans un hébergement offrant divers types de soins (Statistique Canada, 2017), tandis qu'au Québec, sur environ 34 000 individus répertoriés en CHSLD, plus de 15 000 d'entre eux sont âgés de 85 ans et plus (Gouvernement du Québec, 2018).

### **Évolution des CHSLD au Québec dans le continuum de services**

Les CHSLD ont connu une évolution spécifique historique qui débute dans les années 60. Avant cette période, la prise en charge des personnes malades était gérée par les familles et l'Église, compte tenu des valeurs de charités promulguées par la religion catholique (MSSS, 2003). Les personnes n'ayant aucun entourage pour prendre soin d'eux étaient dirigées vers les hospices (Couturier, Etheridge, & Boudjémaa, 2014). Par la suite, les années 1960 sont marquées par l'avènement de l'État Providence. Au détriment de

l'Église, l'État se voit octroyer progressivement la responsabilité de prendre en charge les services de santé et de services sociaux (MSSS, 2003). À cette époque, la croissance économique importante permet la modernisation des hospices et la construction de foyers pour aînés (Couturier et al., 2014). D'ailleurs, le gouvernement met en place l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation. C'est dans les années 80 que la politique du maintien à domicile se voit implanter au Québec (MSSS, 2003). Le gouvernement souhaite prioriser alors les services à domicile pour répondre aux besoins des individus en matière de santé et de services sociaux (MSSS, 2003), en avançant un double argument, soit le choix des personnes de vivre à domicile malgré la perte d'autonomie, et les limitations budgétaires. L'État investit financièrement dans les organismes communautaires pertinents et sollicite la participation volontaire des familles à offrir du soutien à leurs proches dans le besoin (MSSS, 2003). Selon Couturier et al. (2014, p. 78) : « Cela peut être expliqué par une crise économique majeure qui ralentit cette institutionnalisation massive [...] ». D'ailleurs, les critères d'admissibilités des centres d'hébergements sont fermement resserrés (Couturier et al., 2014; MSSS, 2003). Suite à des difficultés budgétaires et avec l'augmentation du nombre de personnes âgées que l'État qualifie de « catastrophique » (MSSS, 2003) le gouvernement se désengage de plus en plus dans son offre de services institutionnels. Selon le MSSS (2003, p. 9) : « dès lors, la famille et la communauté sont présentées comme premières responsables du bien-être des personnes âgées fragilisées, le rôle de l'État étant d'encourager les solidarités de proximité et de les soutenir au besoin ». Par ailleurs, c'est au début des années 2000 que les résidences privées font leur apparition pour pallier le retrait du gouvernement (MSSS,

2003) et pour permettre le développement d'une offre de service privée, que peuvent s'octroyer presque uniquement les personnes les plus nanties financièrement. Ainsi, selon Couturier et al. (2014, p. 79), « les modèles de résidences se multiplient suivant des configurations très variées, souvent avec la création de formes des partenariats entre le secteur public et le secteur privé ».

Un changement idéologique notable dans l'histoire des centres d'hébergement est sans contredit le passage paradigmatique et conceptuel du « milieu de soin » vers le « milieu de vie ». Selon le Gouvernement du Québec (MSSS, 2003, p. 5) :

Afin de contrer les effets pervers de l'institutionnalisation, il devient impératif de combattre la dépersonnalisation souvent associée à des horaires rigides et à l'environnement physique non stimulant du milieu institutionnel traditionnel en promouvant la création d'un environnement favorable à répondre le mieux possible aux besoins des résidents.

Ainsi, le MSSS tente de développer les CHSLD comme des milieux dans lesquels les besoins et les choix des personnes âgées hébergées sont mis au premier plan en plus d'offrir un environnement et des services ressemblant davantage à ceux que l'on retrouve à domicile plutôt que ceux que l'on retrouve en institution. A cet égard, les normes de qualité en CHSLD tendent à augmenter en termes de nombres et en termes d'objectifs. Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément sont deux instances, parmi d'autres, très actives dans l'évaluation des « milieux de vie », de même que les visites ministérielles impromptues du MSSS. Enfin, plus récemment en 2012, la politique *Vieillir et vivre ensemble* voit le jour (Gouvernement du Québec, 2012), et est présentée comme la première politique

gouvernementale en matière de vieillissement. Elle comporte trois orientations principales; «participer dans sa communauté, vivre en santé dans sa communauté et créer des environnements sains, sécuritaires et accueillants dans sa communauté » (Gouvernement du Québec, 2012). Avec cette politique, le gouvernement veut mettre au premier plan l'importance du domicile et de la communauté comme lieu de vie privilégié des aînés (Gouvernement du Québec, 2012). On constate que l'État mise sur le vieillissement en bonne santé comme facteur de réduction des coûts en santé et, parallèlement, comme facteur de réduction de l'institutionnalisation des aînés en CHSLD. Si 86 % des aînés de 65 ans et plus vivent à domicile, entre 3 et 4 % des aînés en très forte perte d'autonomie vivent actuellement en CHSLD au Québec. Si le maintien à domicile tend à devenir un idéal, les CHSLD demeurent néanmoins des milieux qui continuent d'accueillir les personnes en forte perte d'autonomie, lorsque le soutien familial à domicile n'est plus possible.

### **La place des travailleuses sociales dans l'organisation hiérarchisée des CHSLD**

Les CHSLD sont des environnements hiérarchisés, dans lesquelles on retrouve une équipe de soin : les médecins, les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires ainsi que différents professionnels, tels que les travailleuses sociales, les physiothérapeutes, les nutritionnistes et les ergothérapeutes. Malgré leur faible position hiérarchique dans les CHSLD, les PAB sont des actrices primordiales puisqu'elles gravitent autour des résidents dans toutes les sphères de leur vie quotidienne. Cependant, ces dernières ne détiennent pas d'expertise médicale, possèdent une faible marge d'autonomie et

reçoivent que très peu de reconnaissance (Aubry, 2014). Pourtant, la responsabilité de la mise en œuvre de l'AMV repose en grande partie sur elles.

Les travailleuses sociales en CHSLD sont des personnes importantes *a priori* pour ce qui est de l'autonomie, du pouvoir d'agir et du respect des besoins des résidents. De plus, elles doivent représenter la voix des aînés concernant leur pouvoir d'agir et leur autonomie. La présence des travailleuses sociales auprès des résidents est considérable. En effet, elles sont présentes tout au long du processus d'hébergement de l'individu, de l'admission jusqu'à la fin du séjour (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2016). Ensuite, elles interviennent à plusieurs niveaux et avec divers acteurs entourant la personne âgée. Elles prennent part aux réunions multidisciplinaires, participent à l'élaboration du plan d'intervention en plus d'être des intermédiaires essentielles entre les proches, l'aîné et les membres du personnel (OIIQ, 2016). De plus, elles accompagnent et soutiennent les résidents quotidiennement durant toute la durée de leur hébergement. Elles travaillent aussi avec le résident et les proches aidants à favoriser et maintenir l'autonomie et le pouvoir d'agir de l'aîné. Spécifiquement à leur profession, les travailleuses sociales réalisent les évaluations du fonctionnement social (OIIQ, 2016). Selon Boily et Bourque (2011, p. 9) :

L'évaluation du fonctionnement social réalisée par les travailleurs sociaux porte sur l'analyse des caractéristiques de la personne en interaction avec celles de son environnement immédiat et sociétal ainsi que les problèmes sociaux auxquels elle est confrontée, afin de comprendre sa situation de manière globale. L'évaluation tient compte des principes de respect des droits de la personne, de l'autonomie et de l'autodétermination.

Suite à la tenue de cette évaluation, les travailleuses sociales procèdent à une analyse rigoureuse et à la formulation de recommandations et d'hypothèses cliniques. Idéalement, ces informations sont par la suite présentées au résident et ses proches pour s'assurer que le professionnel ait une compréhension globale véridique de la situation (Boily & Bourque, 2011). Également, c'est aux TS que revient la responsabilité de la passation des outils mesurant le niveau d'autonomie et d'autonomie fonctionnelle des résidents tels que l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) (OIIQ, 2016) et le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Ces outils permettent d'orienter les interventions et les soins en lien avec les besoins et les capacités des résidents.

### **L'approche « milieu de vie » en CHSLD : une porte d'entrée pour l'empowerment des aînés par les travailleuses sociales ?**

Ce bref portrait historique et organisationnelle permet de constater que les changements apportés par le gouvernement ont des impacts directs et indirects sur les personnes âgées ainsi que sur l'offre de services qui leur est proposée. Certains de ces changements ont eu des conséquences sur le fonctionnement des CHSLD. Puisque ceux-ci sont des établissements hébergeant des personnes principalement aînées, présentant des pertes d'autonomie sévère, ils offrent un milieu de vie substitut pour les aînés de même qu'une gamme de services variée répondant à leurs besoins médicaux et sociaux. Selon l'article 83 de la loi sur les services de santé et les services sociaux :

La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

Tel que mentionné plus tôt, depuis les orientations ministérielles de 2003, le gouvernement veut implanter l'Approche milieu de vie (AMV) dans les CHSLD. Le gouvernement du Québec définit ce concept comme suit (Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie, 2006) :

Un milieu où le résident se sent « chez lui » et est valorisé comme membre de la collectivité. Pour réaliser un tel milieu de vie, nous devons continuellement être à l'écoute des résidents et de leur famille, les respecter et adopter une approche personnalisée dans l'ensemble de nos actions et de nos décisions quotidiennes. Nous améliorons ainsi la qualité de vie et la satisfaction de tous. (Proulx & Levesque, 2010, p. 4)

Avec cette approche, les CHSLD doivent, en principe, fonctionner davantage comme un milieu de vie substitut plutôt qu'un milieu institutionnel. Plusieurs principes guident l'AMV. Pour commencer, les besoins et les attentes des résidents doivent être au centre des préoccupations de l'organisation et des interventions (MSSS, 2003). Également, le milieu doit être propice au maintien et au développement des capacités physiques et cognitives des individus y résidant tout en étant un lieu sécuritaire respectant l'intimité et l'identité de chacun (MSSS, 2003). De même, les soins et les interventions offerts par les membres du personnel doivent être de qualité (MSSS, 2003). Enfin, l'AMV



favorise les interactions et l'implication des familles auprès de l'ainé hébergé dans les diverses décisions (MSSS, 2003), en plus d'encourager l'actualisation de l'*empowerment* chez les résidents.

Le concept d'AMV permet, idéalement, d'offrir aux résidents des CHSLD un environnement respectant leurs besoins, la prise en considération de leurs choix ainsi que le développement et le maintien de leurs capacités physiques et cognitives et plus encore (MSSS, 2003). En proposant ce type d'approche, les résidents se voient offrir un espace favorisant leur pouvoir d'agir (INESSS, 2018). Rijnaard et al (2016) soulèvent plusieurs bienfaits au niveau individuel de ce genre d'approche : un sentiment de reconnaissance, le respect des valeurs et des habitudes de vie, de l'autonomie et du contrôle ainsi qu'une capacité d'adaptation plus grande. À l'inverse, un CHSLD ayant de la difficulté à respecter la mise en place des concepts de l'AMV maintient un environnement de style « institution » où les résidents ont peu d'opportunités de développer et de maintenir leurs compétences (INESSS, 2018).

Avec le vieillissement de la population et la hausse du nombre de personnes âgées, les travailleuses sociales seront de plus en plus interpellées à travailler avec les individus âgés (Pelletier & Beaulieu, 2015). Considérant les réalités auxquelles font face les aînées, les approches misant sur l'*empowerment*, l'autonomie et la défense des droits sont à favoriser (Pelletier & Beaulieu, 2015). Le professionnel du travail social est un acteur clé favorisant et employant ces approches. En effet, Bédard et Beaulieu (2015, p. 36) relatent que « le travail

social prône le respect de l'autonomie de la personne et les interventions qui accroissent son pouvoir individuel, de par son implication dans les démarches la concernant et la reconnaissance de ses efforts et de son expérience de vie ». De par les valeurs prônées par leur profession, les travailleuses sociales sont des alliées au respect et à l'application de l'AMV.

Parallèlement, dans l'optique d'implanter l'AMV et de proposer des interventions en ce sens, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a mis en place, en 2008, la formation *Agir auprès de la personne âgée* (AGIR) (MSSS, 2008). Cette formation vise à augmenter et à transmettre des compétences à l'ensemble des intervenants des CHSLD, mais plus particulièrement aux préposés aux bénéficiaires (PAB), afin de mieux intervenir selon les besoins de la personne âgée résidente en CHSLD (Couturier, Aubry, & Gilbert, 2013). Plus spécifiquement, la formation AGIR permet aux préposés de mieux comprendre les problématiques physiques et cognitives auxquelles font face les résidents en plus d'apprendre des techniques favorisant le maintien de l'autonomie de l'ainé. En ce sens, cette formation permet aux PAB de contribuer à l'implantation d'un milieu de vie dans un environnement institutionnel.

Ainsi, avec la mise en place de l'AMV et de la formation AGIR, le gouvernement incite à une transformation des CHSLD passant d'un milieu institutionnel vers un milieu de vie. D'ailleurs, le Cadre ministériel de 2018 nommé : *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée* fait mention de l'importance d'orienter les CHSLD vers les choix et les besoins des résidents, étant donné

les particularités de chaque individu et de leurs problématiques. Pour cela, la collaboration des différents acteurs entourant la personne aînée est favorisée (MSSS, 2018). Dans l'optique d'offrir des interventions de qualité répondant aux besoins des résidents ainsi que de proposer une approche holistique, il faut revoir l'organisation des soins et l'organisation de travail, renforcer les compétences des membres du personnel, en plus d'offrir de la formation continue aux employés (MSSS, 2018).

### **La situation complexe des CHSLD : représentations négatives, nouvelle gestion publique et organisation du travail déficiente**

Les CHSLD font face à différents enjeux qui peuvent être soulevés que ce soit au niveau individuel, organisationnel ou social. On peut penser à la représentation négative des CHSLD dans les médias, le manque de financement, l'organisation du travail et la domination de la sphère médicale ainsi que la difficulté à mettre en application de la notion d'*empowerment* auprès des personnes âgées hébergées. À leur façon, ces enjeux ont des impacts sur les résidents, sur leur entourage ainsi que sur les membres du personnel des établissements. Malgré le fait que le gouvernement tente de modifier l'image du CHSLD vers une représentation plus domiciliaire, l'image de cet établissement demeure largement asilaire (Couturier et al., 2014). La représentation des CHSLD dans les différents types de médias est, la plupart du temps, négative. Celle-ci laisse sous-entendre une peur, un malaise, voir même un échec pour l'individu qui doit s'y rendre, de même que pour les proches aidants (Soulières & Ouellette, 2012). Les articles reliés aux centres d'hébergement de soins de longue durée font état de scandales de diverses natures : maltraitance, négligence, etc.

(Charpentier, Guberman, & Soulières, 2010). Ainsi, les aînés et leurs entourages peuvent ressentir un inconfort à l'idée de s'intégrer ou intégrer un proche dans ces milieux (Soulières & Ouellette, 2012). À cause de l'image négative de ces établissements, il peut être stressant pour une personne âgée de se tourner vers un milieu d'hébergement alors que le proche, quant à lui, peut se sentir coupable de délaisser l'aîné pour ce nouveau milieu et ce, même si les intervenants ont évalué la nécessité d'une telle institutionnalisation (Soulières & Ouellette, 2012).

Les places en CHSLD demeurent limitées en termes de quantité. En ce sens, si le nombre de lits offerts augmente, ce n'est pas à la hauteur des besoins, c'est-à-dire du nombre de personnes dont l'ISO-SMAF est coté de 10 à 14. D'autre part, puisque les critères d'admissibilité ont été resserrés et que la période d'attente s'avère importante avant d'avoir accès à des services, certaines personnes n'ont d'autre choix que de se tourner vers les CHSLD privés ou les résidences de type privé pour répondre à leurs besoins (Lavoie, Guberman, & Marier, 2014; Soulières & Ouellette, 2012). Toutefois, il existe des enjeux financiers et d'inégalités sociales dans le secteur privé. Les coûts mensuels se situent autour de 2100 dollars pour les résidences privées et varient selon le niveau de services demandés (Gouvernement du Québec, 2018). Considérant qu'en 2008 le revenu annuel moyen des aînés âgés de 75 ans et plus était de 27 600 dollars (Gouvernement du Québec, 2018), ce type de résidence n'est guère accessible à tous. Ce constat est identique pour le personnel : L'accroissement des problématiques de santé des personnes acceptées en CHSLD nécessite un accroissement significatif du personnel, qui pourtant n'a pas eu lieu durant les dernières

années. Le manque d'employés augmente tout comme la charge de travail du personnel en place, ce qui rend difficile la réponse aux besoins et aux demandes des aînés dans des délais adéquats (Soulières & Ouellette, 2012).

D'autre part, les CHSLD présente aussi certaines caractéristiques négatives quant à l'organisation du travail dans ces milieux. Les CHSLD font face à des défis en lien avec l'organisation du travail, ainsi qu'au fonctionnement de l'établissement. Vézina et Pelletier (2009, p. 101) relatent que les résidents et même les proches aidants « se heurtent à la machine institutionnelle, à ses horaires parfois très rigides, ses restrictions, ses normes et ses politiques internes, explicites ou implicites ». Cette organisation du travail a comme effet de ralentir la capacité des établissements à implanter un environnement centré sur les besoins de la personne (Direction des travaux parlementaires, 2016) tel que proposé dans l'AMV. Effectivement, les membres du personnel sont confrontés à une rigidité dans les délais d'exécution des tâches, à une charge de travail importante et à des résidents subissant une lourde perte d'autonomie (Ndjepel, 2014; Soulières & Ouellette, 2012). Il s'avère donc difficile de proposer des soins et des interventions personnalisées aux personnes hébergées tel que promulgué par l'AMV.

Enfin, il ne faut pas sous-estimer l'impact de la Nouvelle gestion publique (NGP) dans le développement actuel des CHSLD, et notamment dans l'organisation du travail qui y est implantée. Le système de santé a connu plusieurs réformes depuis sa création en 1970 (Bourque, 2017). La nouvelle gestion publique « met l'accent sur l'efficience, le

contrôle des coûts et la flexibilité organisationnelle, tout en centralisant le pouvoir de l'État » (Pauzé, 2016, p. 23). L'efficacité renvoie à la capacité de rendement et l'efficacité des employés. Avec la NGP, l'ensemble des employés et professionnels en CHSLD, et notamment les travailleuses sociales, sont confrontés à une évaluation de la performance quantitative qui affecte nécessairement la qualité des services qu'elles octroient (Bellot, Bresson, & Jetté, 2013). Ceci peut expliquer la charge de travail élevée des TS et les nombreuses tâches administratives qu'elles doivent exécuter. La pratique des TS se trouve davantage dans la gestion de crise pour répondre aux demandes de la direction que dans l'intervention quotidienne agrémentée de leurs expertises (Ravon, 2009). La « compréhension du processus » (Bentayeb & Goyette, 2013) se voit donc balayer du revers de la main. Misant sur une évaluation de la performance, les instances gouvernementales font abstractions des réalités et des facteurs sociaux vécus par les populations cibles face auxquelles œuvrent les TS (Bentayeb & Goyette, 2013). Les déterminants sociaux de la santé sont donc moins pris en considération dans un contexte où la quantité des interventions prime sur la qualité de celles-ci. Dans un environnement où la santé physique et le curatif est prédominant, le social doit se démarquer pour prendre sa place. Cependant, le discours tenu par la santé publique favorise la promotion et la prévention dans les interventions sociales (Bourque, 2017). Bourque (2017, p. 9) relève : *« les inégalités observées en santé sont directement liées aux inégalités sociales, ce qui légitime les interventions professionnelles qui ciblent les facteurs sociaux »*. La pertinence de la sphère sociale n'est pas sans envergure, mais celle-ci détient une place peu significative en CHSLD, face au volet clinique et médical.

### **Les travailleuses sociales en CHSLD face au défi de l'*empowerment* des aînés**

La perte de l'autonomie fonctionnelle des résidents en CHSLD est certes physique, mais surtout cognitives, considérant les problématiques importantes de démence (Nour, Dallaire, Regenstreif, Hébert, & Moscovitz, 2010). Il s'agit d'individus subissant de plus en plus une détérioration de leur état de santé physique et mentale, ainsi qu'une lourde perte d'autonomie fonctionnelle. Ces personnes peuvent néanmoins – au moins pour certains d'entre eux – conserver des compétences et une capacité variable à exprimer ses besoins et choix qui nécessitent d'être préservées pour maintenir leur qualité de vie. Toutefois, les travailleuses sociales des milieux d'hébergement sont de plus en plus confrontées aux exigences institutionnelles et administratives qui écorchent la qualité de leur travail et donc la qualité des services et interventions offerts aux résidents. L'*empowerment* des aînés détient pourtant une importance cruciale en CHSLD, du fait notamment de la prédominance de l'AMV. Malgré leur forte perte d'autonomie, un nombre important d'individus admis en CHSLD possèdent encore des compétences et des habiletés qui méritent d'être utilisées, ainsi qu'une capacité à identifier leurs besoins, leurs envies et leurs choix. Considérant la perte d'autonomie cognitive et physique de leur proche, l'entourage est porté à agir et prendre des décisions pour ce dernier.

Plusieurs facteurs de risque peuvent influencer la capacité des individus à maintenir et développer leur pouvoir d'agir tels que le faible niveau d'autonomie et leurs conditions de santé physique ou mentale précaire (Charpentier & Soulières, 2007). En effet, les possibilités de mettre en application l'*empowerment* chez les résidents en CHSLD se voient

compromettre par les troubles cognitifs auxquels font face la majorité des individus hébergés. En plus, certains résidents vivent des fragilités sociales en lien avec des conditions économiques précaires et de l'isolement social (Charpentier & Soulières, 2007). Les opportunités d'exercer un pouvoir d'agir sur sa vie peuvent être limitées pour l'ainé étant donnée la prise en charge de décisions et d'actions des membres de l'entourage (Vézina & Pelletier, 2009). Avec l'AMV, l'actualisation de l'*empowerment* devrait se réaliser plus aisément puisque cette approche vise le développement des décisions et des actions des résidents. Néanmoins, la réalité actuelle des CHSLD rend difficile l'implantation de l'AMV qui favorise a priori le maintien et le développement de l'*empowerment* chez les résidents. Effectivement, le manque de temps, la surcharge de travail, la lourdeur des cas, etc., limitent la capacité des employés à offrir des opportunités pour les résidents de mettre en pratique leur pouvoir d'agir (Charpentier & Soulières, 2007). Si cela est avéré pour divers groupes d'employés en CHSLD comme les préposés (Aubry, 2014), qu'en est-il pour les TS pour qui, précisément, l'*empowerment* détient une valeur centrale dans l'imaginaire professionnel ?



## **Chapitre 2**

### **Cadre d'analyse**

Dans cette partie, nous présenterons les définitions d'autonomie, de perte d'autonomie et de dépendance ainsi que celles de l'*empowerment*. Nous trouvons pertinent de faire le lien entre autonomie et *empowerment*, car nous croyons que ces deux concepts sont reliés. En effet, si la personne a des opportunités de mettre à l'avant-plan son *empowerment*, elle favorisera également son autonomie. De plus, considérant qu'une grande proportion de personnes âgées en CHSLD vit avec une perte d'autonomie fonctionnelle, il est important d'expliquer cette réalité. D'autre part, selon les différents auteurs, l'*empowerment* peut être vue comme une notion, un concept ou même une finalité. Nous présentons donc différentes définitions de l'*empowerment* selon différents auteurs, en plus, d'un tableau sur les divers paradigmes de l'*empowerment* chez les personnes âgées.

### **Autonomie et perte d'autonomie**

L'autonomie est une caractéristique importante voir primordiale chez l'être humain y compris pour l'individu âgé. Selon l'Office québécois de la langue française (OQLF, 2008), l'autonomie se définit comme : « la capacité et le droit d'une personne de choisir ses règles de conduite, l'orientation de ses actes et les risques à courir ». Grenier (2011a, p. 28) soulève que : « l'autonomie renvoie à la capacité d'accomplir ce que l'on décide [...] ». Selon Grenier (2011b, p. 39) : « Pour maintenir et préserver son autonomie, la personne âgée nécessite de l'aide, du soutien s'exprimant à travers les différentes

formes de solidarités effectives ». Pour l'aîné en CHSLD, c'est grâce aux membres du personnel et son entourage qu'il trouve le soutien nécessaire, et ce, dans les différents moments de la journée. C'est par l'interaction de diverses variables combinées que l'autonomie peut se faire valoir (Grenier, 2011a). L'autonomie résulte de l'interaction entre plusieurs éléments. En effet, différentes conditions sont nécessaires pour développer son autonomie. On peut penser à la capacité physique de s'habiller ou se nourrir, la capacité à faire des choix et prendre des décisions ou à la capacité à développer son bien-être (Voyer, 1996). Cependant, Voyer (1996) rappelle que les personnes âgées en milieu hospitalier sont celles qui ont un état de santé précaire. Cette réalité influence négativement la perception des employés à l'égard de l'autonomie des personnes âgées. Toujours selon ce même auteur, c'est cette croyance que la perte d'autonomie signifie nécessairement une fatalité à ne plus pouvoir choisir ce qui est bon pour soi qui limite les employés à préserver cette dimension cruciale de l'être humain. En effet, avec cette perception, les employés œuvrant auprès des individus âgés sont moins enclins à mettre à l'avant plan l'autonomie de ces individus.

Dans le même ordre d'idée, à l'inverse de l'autonomie, il y a les notions de dépendance et de perte d'autonomie. Silvestre (2008, p. 38) relate l'état de dépendance comme étant : « indéterminé, conditionné, influencé par » alors que l'autonomie « c'est la capacité d'un élément à se développer, être réactif par rapport à un ensemble ». L'OQLF (2015) définit une personne à charge de cette façon : « personne dont la subsistance est assurée par une autre personne ». En lien avec le niveau d'autonomie des personnes

hébergées en CHSLD, le gouvernement du Québec (MSSS, 2003, p. 6) explique que, « au cours des dernières années, l'autonomie des personnes hébergées a considérablement diminué et 63 % des personnes admises et présentes en CHSLD sont en très grande perte d'autonomie ». Nous ne disposons pas de données plus récentes, mais tout porte à croire que le taux de personnes en forte perte d'autonomie est significativement plus important en 2020 qu'en 2003.

D'autre part, c'est la peur de perdre son autonomie, la crainte d'être complètement dépendant et non de vieillir qui affecte les aînés (Charpentier & Soulières, 2007; Grenier, 2011b). D'ailleurs, c'est par l'enchaînement de pertes et de changements causés par le processus de la vieillesse qu'il est difficile de préserver son autonomie (Grenier, 2011b). On peut alors penser au rétrécissement de l'entourage, la diminution de la mobilité, l'entrée en CHSLD et les déménagements qui peuvent s'en suivre, le changement de routine, etc.

### **L'empowerment, un concept privilégié mais flou**

Dans les pratiques sociales, l'*empowerment* est une approche de prédilection (Cantelli, 2013). Utilisée avec les différentes populations cibles, il s'avère fort utile dans plusieurs circonstances. De plus, l'*empowerment* est utilisé dans différents domaines tels que l'éducation, la santé et le développement (Cantelli, 2013). L'*empowerment*, a vu le jour à Londres, au début des années 1900, avec le mouvement des *settlement houses*

(Ninacs, 2008). Le principe de ces « maisons » était d'offrir une panoplie de services à des personnes issues de secteurs défavorisés (Ninacs, 2008). L'émergence de l'*empowerment* s'est faite par l'entremise des inégalités sociales et la volonté d'individus voulant aider les populations vulnérables (Le Bossé, 1996). Ce sont les intervenants issus du milieu communautaire qui ont pris en charge les problèmes sociaux vécus par les personnes fragilisées (Ninacs, 2008). À la fin des années 1910, le terme s'est propagé aux États-Unis et au Canada.

Les communautés francophones ont tenté de s'appropriier le plus adéquatement possible ce terme anglophone. Ce sont par les notions d'appropriation, d'autonomisation et/ou de pouvoir d'agir qu'ils ont été en mesure de le faire (Le Bossé, 2003). Toutefois, l'absence de terme exact « nuit gravement à l'élaboration d'un cadre de référence commun et systématique » (Le Bossé, 2003 p. 32). On comprend alors que plusieurs interprétations peuvent être faites. D'ailleurs, Ninacs (1995, p. 77) fait mention que : « ce processus est fort complexe, car il comporte des facettes multiples, variées et agencées aux réalités de la collectivité ou de l'individu ainsi que de son environnement ». Ceci rajoute une difficulté pour bien comprendre ce qu'est l'*empowerment*. Néanmoins, qu'entendent les auteurs par ce terme ? Ninacs (1995, p. 70) relate que :

Toute approche axée sur l'*empowerment* est fondée sur la croyance que les personnes, tant individuellement que collectivement, ont ou peuvent acquérir [parce qu'elles en ont le potentiel] les capacités pour effectuer les transformations nécessaires pour assurer l'accès à ces ressources [dont elles ont besoin pour assurer leur bien-être], voire même les contrôler.

Le processus du pouvoir d'agir est un enchaînement de variables qui interagissent ensemble (Ninacs, 2003). Plusieurs éléments doivent donc être pris en considération pour bénéficier au maximum de ce processus. Ninacs (2003) dégage trois types d'*empowerment* : individuel, communautaire et organisationnel. De plus, il fait mention que les personnes ou groupes impliqués dans un processus d'*empowerment* doivent nécessairement prendre part aux décisions qui les concernent (Ninacs, 2003). Pour Le Bossé (1996), c'est par la recherche d'équité entre les groupes démunis et ceux au pouvoir que prend forme l'*empowerment*. Pour lui, la notion d'*empowerment* peut être perçue comme étant : « *un instrument de progrès social destiné à augmenter l'accès aux ressources des laissés-pour-compte* » (p. 130). La notion de changement social est primordiale pour Le Bossé (1996). Également, l'*empowerment* peut se présenter de plusieurs façons et même de manière contradictoire selon le contexte et la situation (Le Bossé, 2003). Ceci est représentatif de certaines stratégies utilisées par les personnes âgées à certains moments, comme celle d'évitement, de contournement et de refus (Balard & Somme, 2011). Soulières (2007, p. 80) mentionne que : « Elles évitent les conflits ouverts ou les demandes directes, préférant modifier leurs propres comportements plutôt que de revendiquer leurs droits ». Également pour Parazelli (2007), l'*empowerment* peut être envisagé comme étant une intervention visant l'amélioration des conditions de vie des personnes en faisant appel au pouvoir que ces individus peuvent développer pour modifier des situations sociales qu'ils jugent inadéquates. Selon Viriot-Durandal et Guthleben, (2002) : « l'*empowerment* s'inscrit ici dans une recherche de redéfinition des rôles, des responsabilités et du pouvoir des individus, de la famille et enfin du groupe social [...] » (p. 243).

Les notions d'autonomie et d'*empowerment* sont souvent interreliées. Malgré certaines similitudes, certaines nuances entre ces deux concepts peuvent être faites. En effet, l'*empowerment* est un processus multiniveau qui permet l'acquisition d'un pouvoir et la capacité à l'utiliser (Lemay, 2007). Cette dernière auteure mentionne : « L'*empowerment* reconnaît les inégalités sociales et promeut le pouvoir des personnes » (p. 166). Tandis que selon Maury (2011, p. 13) « l'autonomie est généralement présentée comme une tentative de se servir de ses propres capacités pour agir, sans être guidé par un autre. L'autonomie se construit dans les interactions avec l'extérieur et un retour sur soi [...] ». Le faible niveau d'autonomie et d'*empowerment* ou son absence augmente le niveau de dépendance chez la personne âgée.

### **L'*empowerment* des aînés**

L'*empowerment* est un concept visant à aider les individus et les groupes vulnérables. Avec les diverses problématiques que vivent les aînés, il va de soi que le domaine de la gérontologie utilise de plus en plus le concept d'*empowerment*. Suite à une recension des écrits, Charpentier et Soulières (2007) soulèvent quatre paradigmes d'appropriation du pouvoir en gérontologie soit : l'*empowerment* structurel, l'*empowerment* technocratique, l'*empowerment* des usagers du réseau de la santé et des services sociaux et l'*empowerment* au quotidien.

Tout d'abord, le type structurel renvoie à la critique des structures sociales (Charpentier & Soulières, 2007). C'est de façon individuelle et/ou collective que ce groupe peut se réapproprier son pouvoir au niveau social et politique (Charpentier & Soulières, 2007), et ce, par la réappropriation de rôles dans la construction sociale à travers l'espace public (Virot-Durandal & Guthleben, 2002). La sphère technocratique quant à elle se réfère à la responsabilité de l'individu à résoudre ses difficultés (Damant, Paquet, & Bélanger, 2001). On mise alors sur l'autonomie de l'individu et de son entourage (Charpentier & Soulières, 2007). Quant à l'*empowerment* des usagers du réseau de la santé et des services sociaux, c'est dans l'optique que la relation entre les professionnels et les personnes aidées soit davantage égalitaire que cela prend forme (Charpentier & Soulières, 2007). En plus, elle vise à la définition des besoins par les individus utilisant les services (Charpentier & Soulières, 2007). Selon cette auteure, c'est dans cette visée que les comités des usagers ont pris place dans les divers établissements. Alors que l'*empowerment* au quotidien, se traduit par la capacité à exprimer ses besoins et ses désirs fréquemment, et ce, à travers diverses situations quotidiennes (Charpentier & Soulières, 2007).



Tableau 1

*Les paradigmes de l'empowerment des personnes âgées dans  
la littérature en gérontologie*

<i>Empowerment</i> structurel	<ul style="list-style-type: none"> <li>– A une vision critique du système social.</li> <li>– Vise la reprise de pouvoir sur le plan politique.</li> <li>– Présente un discours adopté par différents regroupements de personnes retraitées.</li> </ul>
<i>Empowerment</i> technocratique	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vise à augmenter la capacité d'adaptation des individus.</li> <li>– Tente de maintenir l'indépendance des personnes âgées par rapport aux services publics.</li> </ul>
<i>Empowerment</i> des usagers du réseau de la santé et des services sociaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Propose l'autodéfinition des besoins par les usagers, la collaboration dans l'intervention.</li> <li>– A inspiré la création des comités d'usagers et des comités de résidents.</li> </ul>
<i>Empowerment</i> au quotidien	<ul style="list-style-type: none"> <li>– S'inspire des approches interactionniste et constructiviste.</li> <li>– Est centré sur l'individu : contrôle de son environnement personnel, de sa routine quotidienne, etc</li> </ul>

*Source* : Charpentier et Soulières (2007, p. 37).

Ce tableau permet de soulever les divers types d'*empowerment* en gérontologie. Il permet également de comprendre qu'il existe différentes manières pour les aînés de reprendre ou de maintenir leur pouvoir d'agir en milieu d'hébergement. De plus, on constate que la notion d'*empowerment* est multidimensionnelle et qu'elle peut être adaptée de plusieurs façons selon les besoins et les capacités des résidents.

### ***Empowerment et défense de droits***

Selon Bédard et Beaulieu, (2015, p. 36) : « Les pratiques de défense des droits réfèrent aux actions que mettent en œuvre les aînés pour faire respecter leurs droits. Ils peuvent ainsi s'actualiser en se défendant eux-mêmes, tout en étant accompagnés dans leurs démarches ». La notion d'*empowerment* va de pair avec celle de la défense des droits. En effet, Bédard et Beaulieu (2015, p. 41) ajoutent que « l'*empowerment* est une des composantes de la protection visée par la défense des droits des aînés ». Pour favoriser leur sentiment d'*empowerment*, il importe que les aînés aient des opportunités de développer des connaissances et des compétences en lien avec leurs démarches de défense de droits (Levasseur et al., 2012). Dans ce type de processus, les décisions et les actions des individus doivent être entendues, valorisées et soutenues par les environnements concernés pour augmenter le sentiment d'*empowerment* de chacun (Bédard & Beaulieu, 2015). Les personnes âgées doivent donc avoir des occasions de prendre des décisions et de faire des actions concrètes. Autrement, il s'avère ardu de maintenir son engagement dans un processus de défense de droit lorsque les efforts des individus ne sont pas pris en considération (Levasseur et al., 2012).

Dans les CHSLD, il existe les comités des usagers (et son corrolaire, les comités de résidents). Ceux-ci s'assurent que les résidents soient traités dans le respect de leur dignité et de leurs droits et libertés (Regroupement provincial des comités des usagers [RPCU], 2018). La qualité des services et la satisfaction de la clientèle sont primordiales pour les comités (RPCU, 2018). De plus, ces derniers agissent à titre de porte-parole des

résidents face aux instances du milieu (RPCU, 2018). Toutefois, les résidents utilisent peu ce genre de ressources (Soulières, 2007). Cela peut être expliqué par le manque de connaissances face à l'existence des comités dans les établissements (Levasseur et al., 2012; Soulières, 2007), mais aussi un manque d'efficacité de ces comités pour résoudre des problèmes concrets. Également, le système utilisé sous forme de plainte ne convient pas à tous. En effet, il peut y avoir un malaise de la part des résidents à formuler une plainte envers les employés qui sont responsables en partie de répondre à leurs besoins (Soulières, 2007). Sans compter qu'il est difficile pour un individu en perte cognitive d'avoir recours à ce genre de ressource (Bédard & Beaulieu, 2015).

À la lumière de ces informations, il est possible de comprendre que l'*empowerment* peut prendre des formes et des définitions différentes, mais demeure un concept plutôt flou, très dépendant du contexte de son application. C'est par l'entremise de diverses actions concrètes, selon le rythme de la personne ou du groupe que l'*empowerment* peut se concrétiser. Pour les personnes hébergées, l'*empowerment* est une manière d'acquérir une autonomie ou même d'enclencher un processus de défense de droits dans un environnement où il peut s'avérer complexe voir intimidant de le faire. L'*empowerment* ouvre une avenue sur la capacité de pallier certains déficits éprouvés par les aînés dans un contexte qui semble être ardu. Mais quelles opportunités sont offertes aux travailleuses sociales en CHSLD pour développer l'*empowerment* des résidents ?

## Question et objectifs de recherche

Cette section permet de mettre en lumière le cadre théorique utilisé pour orienter cette recherche. Nous reprenons donc la théorie de l'*empowerment* en l'axant autour de divers thématiques qui permettent en empêchent son application : l'état de santé physique et cognitif des résidents; l'organisation du travail; l'aide informelle des proches aidants, ainsi que les normes relatives de l'AMV en CHSLD.

## Cadre théorique

Dans le cadre de notre recherche, nous avons arrêté notre choix sur la théorie de l'*empowerment*. Nous croyons pertinent d'utiliser ce cadre théorique puisqu'il permet de mettre de l'avant le pouvoir d'agir, les forces et les compétences des personnes vulnérables ou non, et ce, de manière individuelle ou collective (Ninacs, 1995). Par cette perspective, les personnes âgées sont perçues comme étant capables de se mettre en action selon leurs compétences et à leur rythme pour améliorer leur qualité et leur condition de vie (Parazelli, 2007).

De manière spécifique, nous nous intéressons à la démarche de l'*empowerment* au quotidien. Précisément, c'est la définition de Morin, Dorvil, Grenier, & L'abbé (2003, p. 17) qui retient notre attention. Ceux-ci mentionnent que :

Le modelage de son environnement, l'exploration des valeurs et la possibilité de faire des sélections quant à des choix aident à construire un sentiment d'efficacité personnelle et de compétence. La prise de pouvoir est

souvent trouvée dans le quotidien. Cela provient du contrôle de notre espace personnel, d'être capable de le modifier et de choisir sa routine quotidienne et avoir un espace personnel qui reflète notre identité et nos intérêts.

C'est par l'entremise d'actions faites au quotidien que nous croyons que les individus hébergés en CHSLD puissent développer une partie de leur pouvoir d'agir et ainsi maintenir ou acquérir une plus grande autonomie. Également, nous croyons que l'environnement dans lequel résident les aînés ainsi que leurs possibilités de faire des choix ont une influence considérable sur l'actualisation de la notion de l'*empowerment* (Charpentier & Soulières, 2007). En ce sens, dans le cadre de cette étude, nous voulons identifier les facilitateurs et les obstacles à la mise en application de la notion d'*empowerment* au quotidien chez les aînés hébergés en CHSLD selon la perspective des travailleuses sociales rencontrées.

Nous avons soulevé les concepts suivants comme étant susceptible d'affecter positivement ou négativement l'actualisation de la notion d'*empowerment* des résidents hébergés : l'état de santé physique et cognitive des individus, l'organisation du travail, et l'aide informelle des proches aidants. Ces derniers seront donc jumelés à la théorie de l'*empowerment* pour enrichir notre analyse des résultats. Nous croyons que les travailleuses sociales des CHSLD sont des personnes significatives entourant ces concepts considérant leur travail. Nous croyons qu'avec leurs expertises professionnelles ainsi que leurs connaissances de la réalité terrain des milieux d'hébergement, celles-ci peuvent contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques sur le sujet.

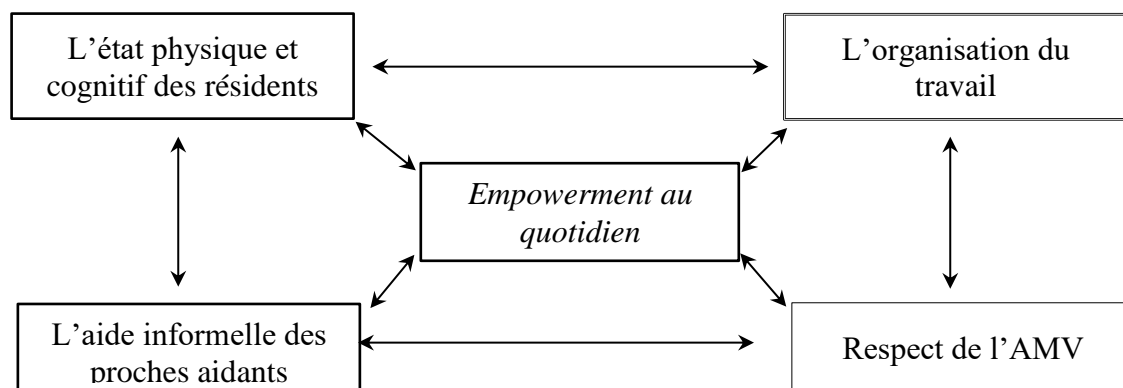


Figure 1. Liens entre les facilitateurs et les obstacles à l'actualisation de la notion de l'*empowerment* au quotidien

### **L'état physique et cognitif des résidents**

Plusieurs individus hébergés en CHSLD présentent un état de santé autant physique que cognitif de plus en plus grave, des maladies dégénératives, et une forte perte d'autonomie fonctionnelle (Lemay, 2007). Considérant cet enjeu, selon l'état de santé de la personne, il peut être plus facile ou plus difficile de mettre à profit ses compétences selon les possibilités offertes par le milieu. Comme la notion d'*empowerment* renvoie aux capacités des personnes, les conditions physique et cognitive d'une personne influencent son potentiel au pouvoir d'agir et la capacité des travailleuses sociales de mettre en application des actions favorisant l'*empowerment*. L'individu se voit limité ou favorisé de par son niveau de santé qui lui permet ou non de se mettre en action (Balard, 2010).

## **L'organisation du travail**

L'organisation du travail est un concept pouvant avoir des effets positifs ou négatifs sur l'*empowerment* des personnes âgées hébergées (INESSS, 2018). Un milieu présentant une organisation du travail défailante, un manque ou un roulement de personnel, une surcharge de travail pour les employés et une routine de travail rigide offrira moins d'opportunités aux résidents de maintenir ou développer leur pouvoir d'agir à l'inverse d'un milieu ayant une organisation de travail en santé (INESSS, 2018). De ce fait, les opportunités et les occasions offertes par le personnel, de maintenir ou développer le pouvoir d'agir des résidents peuvent être conditionnées par l'état de l'organisation du travail. Pour les résidents en CHSLD, le pouvoir d'agir peut se faire par la possibilité de choisir les heures des activités quotidiennes : le lever, le coucher et les repas, le choix des vêtements ou bien de choisir son repas (Charpentier & Soulières, 2007). La possibilité de prendre des décisions dans les activités du quotidien a des impacts positifs sur la satisfaction des résidents face à leur qualité de vie et face à leur sentiment de pouvoir d'agir (INESSS, 2018).

## **L'aide informelle des proches aidants**

L'état de santé précaire des personnes âgées fait en sorte que celles-ci ne peuvent agir et décider en toute indépendance (Grenier, 2011a). Pour le bien-être et le respect des résidents en CHSLD la collaboration des différents membres de l'entourage de l'individu est primordiale. Dans les CHSLD, les membres de l'entourage impliqués dans la vie des

ainés sont sollicités à prendre part aux décisions et aux interventions entourant la personne hébergée (MSSS, 2003). Ils s'avèrent donc être des acteurs clés autant pour les membres du personnel que pour le résident. Face aux employés, ils sont des informateurs importants, car ils observent, analysent et transmettent des informations reliées à la condition physique, mentale ou comportementale du résident (Da Roit & LeBihan, 2009). Face au proche, la personne de soutien est bien souvent responsable de la gestion financière, de faire les commissions en plus d'être garante des situations imprévues et d'urgences (Da Roit & Le Bihan, 2009). De par les actions entreprises au quotidien par les membres de l'entourage de l'ainé, celui-ci bénéficie davantage d'opportunités d'exercer un plus grand pouvoir sur sa vie. Cependant, considérant l'âge avancé des résidents, le réseau de solidarité des individus se voit de plus en plus diminué pour plusieurs raisons : éloignement géographique, décès, etc. (Caradec, 2007). Il est donc chose courante que certains individus âgés soient dans des situations de solitude (Grenier, 2011a).

### **Question et objectifs de recherche**

En lien avec la problématique actuelle et la revue de la littérature, nous nous sommes posés la question suivante : Quels sont, selon les travailleuses sociales travaillant ou ayant travaillé en CHSLD, les facteurs favorables et défavorables à la mise en application de *l'empowerment* au quotidien chez les personnes âgées hébergées dans les CHSLD de l'Outaouais ?



De manière plus spécifique, nous souhaitons :

1. Documenter l'activité des travailleuses sociales auprès des personnes âgées résidentes en CHSLD;
2. Documenter les facilitateurs et les obstacles à la mise en application de l'*empowerment* chez les aînés hébergés en CHSLD selon les perceptions des travailleuses sociales rencontrées;
3. Comprendre l'impact de l'organisation du travail sur l'actualisation de la notion d'*empowerment* des résidents, ainsi que celui de l'apport des proches aidants et des caractéristiques cliniques des résidents.

## **Chapitre 3**

### **Méthodologie**

Dans cette section, nous décrivons tout d'abord le devis de recherche que nous avons adoptée, soit la perspective qualitative. Par la suite, nous présentons le processus d'échantillonnage et de recrutement des travailleuses sociales, puis la méthode de collecte de données et d'analyse de données. En terminant, nous nous attardons sur les considérations éthiques relatives à ce projet, ainsi que les limites de l'étude.

### **Un devis de recherche qualitative et une approche semi-inductive**

Pour mener notre recherche, nous avons choisis d'utiliser un devis qualitatif. Celui-ci permet la compréhension et l'interprétation d'un phénomène à partir des informations transmises par les participants de l'étude (Gauthier, 2009). De plus, la démarche qualitative permet d'explorer un phénomène social tout en réalisant une analyse soutenue des données recueillies (Fortin & Gagnon, 2016). C'est ce que nous voulions faire en donnant la parole à des travailleuses sociales sur leur capacité à mettre en œuvre l'*empowerment* des aînés en CHSLD.

De plus, nous avons opté pour une approche semi-inductive. Ce type de méthode permet de prendre appui sur certains thèmes majeurs préalables pour questionner les acteurs, tout en leur permettant de développer dans le cadre de la discussion des thèmes non prévus. De plus, cette méthode vise à généraliser des observations récurrentes d'un

phénomène (Fortin & Gagnon, 2016), c'est-à-dire des thèmes similaires portés dans le discours d'une majorité de personnes interrogées.

### **Échantillonnage et procédure de recrutement**

Dans le cadre de cette recherche, nous avons donné la parole aux travailleuses sociales et, plus précisément, à celles travaillant ou ayant travaillé dans un CHSLD de la région de l'Outaouais. Notre échantillon fut non probabiliste de type « non raisonné » puisque les participants sont choisis selon des critères spécifiques (Beaud, 2009). En effet les répondantes devaient répondre à deux critères spécifiques, soit 1) Faire partie de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec au moment des entrevues, et 2) travailler ou avoir travaillé dans un CHSLD de la région de l'Outaouais pendant au moins un an. Nous n'avons pas porté d'importance au genre et à l'âge des participants. Nous visions un échantillon de dix individus pour faire partie de notre recherche. Nous avons été en mesure de recruter huit individus. Néanmoins, ce nombre reste valable pour une recherche qualitative de type exploratoire (Fortin & Gagnon, 2016).

C'est en effectuant des appels téléphoniques dans les différents CHSLD de la région de l'Outaouais qu'il a été possible d'avoir les coordonnées téléphoniques et électroniques des personnes répondantes aux critères de la population cible. Un courriel explicatif de l'étude a été acheminé à toutes les personnes respectant les critères de sélection. Les personnes intéressées ont été invitées à entrer en contact par courriel ou par

téléphone avec l'étudiante pour lui faire part de leur intérêt ou pour avoir plus d'informations. Ses coordonnées étaient insérées dans le courriel explicatif. Le formulaire de consentement de l'étude a été également placé en pièce jointe (Annexe D). Ce document explique que le projet se déroule en respectant le consentement libre et éclairé des participantes, ainsi que la confidentialité de leurs propos et identité. Lors de cette première phase de recrutement, six personnes ont accepté de participer à l'étude. Une a refusé considérant qu'elle n'avait pas assez d'expérience en CHSLD, et une autre n'a pas répondu au courriel. Pour augmenter notre échantillon, nous avons demandé aux TS déjà participante de nous référer les coordonnées d'autres TS répondant aux critères de la recherche. Cette méthode de type « boule de neige » a permis de compléter notre recrutement puisque celui-ci s'avérait faible (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, & Turcotte, 2000). Ce sont donc deux TS qui ont été recruté de cette manière. Nous n'avons rencontré les TS qu'une seule fois. Au début de la rencontre, le formulaire de consentement a été présenté. Les individus toujours intéressés à participer ont signé le document de consentement et nous avons procédé à l'entrevue.

Notons par ailleurs que, puisque la recherche s'est déroulée avec des employés du Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais (CISSSO), le projet a été approuvé par leur propre comité d'éthique (Annexe C), ainsi que par le comité éthique de l'UQO (Annexe B).

### **Méthode de collecte de données et analyse des données**

Pour recueillir nos données, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés. Cette méthode offre aux répondantes l'opportunité de partager leurs pensées, leurs sentiments et leurs opinions en lien avec le sujet (Fortin & Gagnon, 2016). Pour bien exécuter les entrevues, le chercheur doit être préalablement préparé avec des thèmes qu'il juge pertinent d'aborder (Fortin & Gagnon, 2016). Pour cela, un guide d'entrevue (Annexe E) a été construit, afin de s'assurer de la pertinence et de la cohérence des questions en lien avec le sujet de la recherche. Les questions de la grille d'entrevues ont été élaborées pour susciter l'expression des répondantes sur la problématique. La grille a été construite à partir des éléments suivants : l'état physique et cognitifs des résidents, le respect de l'AMV, la capacité à mettre en œuvre des pratiques d'*empowerment*, le soutien des proches aidants et l'organisation du travail. Néanmoins, dans l'esprit d'un devis semi-inductif, nous avons laissé la place aux thématiques non prévues soulevées durant les échanges avec les personnes interviewées pour enrichir les données (Mayer et al., 2000). Les entrevues furent individuelles. Elles se sont toutes déroulées dans un lieu choisi par les professionnelles elles-mêmes, afin de les accommoder pour assurer leur bien-être. Dans chacun des espaces utilisés pour faire les entretiens, la confidentialité des répondantes et de leurs propos a été respectée.

Les entrevues ont été enregistrées sur une bande audio. Pour ce faire, le dictaphone du cellulaire personnel de l'étudiante a été utilisé avec le consentement des répondantes. Par la suite, un verbatim intégral de chaque enregistrement a été réalisé. C'est avec le

logiciel NVIVO que l'analyse des résultats a été réalisée. Plusieurs allers-retours entre les données recueillies et les conceptualisations thématiques furent nécessaires. C'est l'analyse thématique que nous avons décidé d'utiliser. Celle-ci permet une réduction des données, c'est-à-dire une thématisation des résultats par catégories générales, et plus spécifiquement par thèmes et sous-thèmes (Paillé & Mucchielli, 2016). Avec ce type d'analyse, il se peut que certains thèmes de l'analyse soient similaires ou même identiques à ceux dans la grille d'entrevue. Fortin et Gagnon (2016, p. 363) font mention que : « les thèmes ne sont pas de simples anecdotes, mais des significations récurrentes qui semblent entrelacées dans l'ensemble des données ». Enfin, l'interprétation de nos résultats, a permis non seulement de décrire le phénomène étudié, mais également de lui attribuer une signification particulière, des explications plausibles et de dégager des conclusions (Fortin & Gagnon, 2016).

### **Considérations éthiques et limites de l'étude**

Le respect des participants, de leur dignité et de leur intégrité a été assuré tout au long du processus (Fortin & Gagnon, 2016). De ce fait, nous sommes restés sensibles au fait que les participantes étaient pleinement conscientes du déroulement de la démarche et ce, tout au long de celle-ci. Un formulaire de consentement leur a été remis, avec les informations nécessaires afin que celui-ci soit obtenu de manière libre et éclairé. Selon Fortin et Gagnon (2016, p. 162), ce document doit contenir : « le but de la recherche, les risques et les avantages potentiels de celle-ci et avoir reçu l'assurance qu'ils peuvent se

retirer de la recherche à tout moment ». Lors de la passation de ce formulaire et de la mise en contexte de la recherche, nous avons expliqué en détail en quoi consistait ce processus. De plus, les individus ont été invités à poser leurs questions et à manifester leurs inquiétudes, tout au long de l'entrevue. Les répondantes étaient libres de quitter à tout moment la recherche, et ce, sans préjudice. Dans le même ordre d'idées, la confidentialité fut primordiale tout au long de la démarche de recherche. C'est pourquoi, les enregistrements audio des entrevues n'ont été accessibles que par l'étudiante et son directeur tout comme les données codifiées. Également, des codes numériques ont été attribués pour chaque répondante et utilisés dans les rapports pour maintenir la confidentialité de chacune.

Afin d'offrir un processus de recherche transparent, il est primordial de nommer les limites de notre étude (Gauthier, 2009). Tout d'abord, il faut soulever l'impact de la désirabilité sociale de certaines travailleuses sociales lors des entrevues. Nous croyons que, puisque le sujet de notre étude touchait spécifiquement leur méthode de travail et à leur activité, il se peut que certaines travailleuses sociales aient tenu des propos positifs en occultant certaines difficultés. L'intention de plaire et d'émettre des réponses socialement acceptables aux questions peuvent avoir affecté les résultats de notre recherche (Savoie-Zajc, 2010).

Également, malgré que nous ayons construit un climat de confiance avec les répondantes, certaines d'entre elle ont nommé plusieurs éléments importants hors



enregistrement. Pour deux d'entre elles, il était plus facile de s'exprimer sur les aspects négatifs de leur travail et les obstacles de l'*empowerment* lorsque l'entrevue était terminée. Ces éléments caractérisaient négativement leur employeur ainsi que l'organisation de leur travail. La peur de représailles par des gestionnaires ou des collègues pourrait aussi avoir teintée leurs réponses.

## **Chapitre 4**

### **Résultats**

Nos résultats sont divisés en trois sections. La première porte sur l'activité de travail et l'organisation du travail des travailleuses sociales en CHSLD. Dans cette section, nous présentons le profil des participantes, les tâches prescrites par l'employeur ainsi que les tâches réelles en regard de leurs expériences en CHSLD. La seconde catégorie présente le point de vue des participantes sur l'*empowerment* et sur l'Approche milieu de vie en CHSLD. Nous exposerons alors les définitions du concept d'*empowerment* par les travailleuses sociales interviewées ainsi que la place accordée à l'*empowerment* dans le cadre de leurs fonctions, selon leur point de vue. De plus, nous présenterons la réalité terrain de la mise en application de l'AMV dans un CHSLD. La troisième partie porte sur les conditions de mise en application de l'*empowerment*. Nous soulèverons les obstacles et les facilitateurs à la mise en action de l'*empowerment* en centre d'hébergement nommés par les participantes ainsi que les stratégies proposées par ces dernières. Par ailleurs, il est important de souligner que pour décrire les participantes de cette recherche nous utilisons le genre féminin malgré la présence d'un homme chez les individus rencontrés. Cette utilisation est le reflet du nombre majoritaire de femmes parmi les participantes à l'étude, et dans le groupe professionnel des travailleuses sociales au Québec.

## **Travail prescrit et travail réel des TS en CHSLD**

### **Présentation des participantes**

Dans le cadre de cette recherche, 8 participantes ont été recrutées; sept femmes et un homme âgés de 25 et 65 ans. Celles-ci répondaient à tous les critères d'admissibilité : être membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec et travailler ou avoir travaillé en CHSLD au moins durant un an. Au moment de la collecte de données, sur les 8 participantes, 6 travaillaient comme travailleuses sociales en CHSLD et deux avaient travaillé précédemment à ce titre également en CHSLD. Le nombre d'années de travail en CHSLD chez les participantes varie entre 1 et 30 ans. Sur les huit participants, la moitié d'entre elles avait un poste à temps complet alors que l'autre moitié avait un poste ou une affectation à temps partiel, entre 1 et 3 jours semaines. 5 des participantes comblaient leurs heures de travail dans le même établissement alors que les 3 autres (2 temps complets et 1 temps partiel) travaillaient dans deux établissements différents. Sur les 8 personnes interviewées, 5 d'entre elles ont nommé leur intérêt et leur désir à travailler avec les personnes âgées et en CHSLD alors que les 3 autres ont pris le poste ou l'affectation par opportunité d'emploi. Au moment de la collecte de données, une des participantes à temps partiel était en processus pour changer d'emploi. Le nombre de places des différents CHSLD dans lesquels les participantes travaillent varie entre 42 et 160 places et situent dans l'Outaouais. De ces CHSLD, 5 ont plus de 100 lits occupant. Chaque répondante a mentionné être la seule travailleuse sociale présente pour faire le travail dans ces installations.

Tableau 2  
*Données des participantes*

Catégories	Nombres de participantes sur 8
Travaillant en CHSLD au moment de l’entrevue	6
Ayant travaillé en CHSLD durant une période d’un an	2
Leur propre choix d’emploi	5
L’opportunité d’emploi	3
Temps complet	4
Temps partiel (entre 1 et 3 jours)	4
Travaillant dans un établissement	5
Travaillant dans 2 établissements	3
Plus de 100 résidents à charge	5
Moins de 10 ans d’expérience en CHSLD	4
Plus de 10 ans d’expérience en CHSLD	4

### **Le travail des TS tel qu’il est prescrit par l’employeur**

Le travail des TS en CHSLD se compose de diverses tâches qu’elles doivent réaliser. Ces tâches peuvent être divisées en 4 grands volets, soit l’hébergement, le lien avec le résident et la famille, la protection du réseau et les tâches administratives. C’est en demandant à une personne travaillant pour le centre de la recherche du CISSS de l’Outaouais que nous avons pu avoir accès à la liste de tâches prescrites aux TS en CHSLD du CISSSO.

Pour le volet hébergement, les tâches sont les suivantes :

- Accueillir un nouveau résident et ses proches le jour de l'admission et les guider vers l'unité de vie, lorsque cela est possible;
- Présenter le résident et ses proches à l'infirmière ASI et aux autres membres de l'équipe;
- Faire une rencontre post-admission (4 -6 semaines) avec le résident et la famille;
- Rencontrer certains proches en individuel lorsque la situation le requiert;
- Débuter la collecte de données psychosociales et repérer les situations les plus urgentes;
- Rédiger une demande d'hébergement (OEMC) pour un changement de milieu de vie;
- Réévaluer annuellement la clientèle hébergée (ISO-SMAF);
- Gérer la liste d'attente pour la clientèle hébergée en transit pour un autre CHSLD;
- Rencontrer le résident et ses proches, avec l'infirmière ASI pour discuter du résident en lien avec l'élaboration du Plan d'intervention interdisciplinaire (PII), deux semaines après l'accueil;

Pour le volet du lien avec le résident et la famille, on peut identifier ces activités :

- Faire un suivi psychosocial d'un usager et sa famille pour l'adaptation dans son nouveau milieu de vie et pour résoudre une situation problématique reliée à l'hébergement (plan d'intervention);
- Aider techniquement le résident et sa famille pour remplir des formulaires gouvernementaux : aide sociale, Règle de rentes du Québec, etc.
- Élaborer un plan d'intervention spécifique en cas de problématique familiale ou comportementale du résident;
- Rencontrer les familles lors de situations litigieuses;

- Participer à différentes rencontres interdisciplinaires;
- Connaître les procédures à suivre en fin de vie et en cas de décès et agir en tant que personne-ressource;
- Être une personne ressource pour les résidents lors des élections.

Troisièmement en ce qui a trait au volet de protection des résidents, nous retrouvons ces directives :

- Rédiger une évaluation psychosociale d'un résident pour procéder à l'homologation d'un mandat en cas d'inaptitude ou à une demande d'ouverture de régime de protection;
- Procéder à une réévaluation psychosociale :
  - a) Aux 3 ans pour usager en régime de protection de tutelle privée ou public;
  - b) Aux 5 ans pour usager en régime de protection de curatelle privée ou public
  - c) Ou besoin pour usager ayant un mandat en cas d'inaptitude homologué;
- Faire un signalement au curateur public du Québec, si besoin.

Quatrièmement, en lien avec le volet administratif, les tâches sont les suivantes :

- Produire les statistiques en lien avec les tâches exécutées;
  - a) Écrire les notes des rencontres quotidiennes avec les usagers;
  - b) Écrire les notes des différentes évaluations produites annuellement.
- Concernant les services financiers :
  - a) Connaître et exécuter les procédures à suivre pour la gestion d'un compte bancaire en fiducie
  - b) Ouverture et fermeture d'un compte bancaire (si famille ou non, transfert, formulaires à remplir...)

- c) Besoins spéciaux
- d) Discussion de cas avec les familles au niveau des finances, demande d'argent pour spécificités (ex : soins, coiffure...)

Cette énumération permet de comprendre la grande étendue des tâches prescrites aux travailleuses sociales. On remarque la forte présence de tâches administratives et la faible présence de tâches visant le soutien et l'accompagnement psychosocial d'un résident. De plus, peu de tâches font référence au soutien à l'*empowerment* des résidents. L'*empowerment* peut tout de même être mis à profit dans certaines tâches. En effet, lors des rencontres individuelles ou les rencontres multidisciplinaire le résident à l'opportunité de prendre parole et prendre des décisions sur sa vie. Également, lorsque le résident doit remplir différents formulaires gouvernementaux et que la TS l'accompagne tout en le laissant mettre à profit ses capacités, il peut être une occasion de développement de son *empowerment*.

### **Points de vue des TS sur le travail réel effectué en CHSLD**

Lors des entrevues réalisées pour notre étude, les TS ont présenté les tâches quotidiennes qu'elles exécutent dans le cadre de leur travail. Malgré les différents milieux de travail, les tâches sont assez identiques pour ces professionnelles, compte tenu de la standardisation des pratiques imposées par le MSSS. Comme le dit une participante :

En fait, le mandat de la travailleuse sociale, peu importe dans quel CHSLD tu vas aller, c'est toute le même, c'est le même cadre. (R7)



En effet, toutes s'entendent pour dire que la majeure partie de leurs tâches portent sur le fait de compléter des mandats d'incapacité et des régimes de protection ainsi que des plans d'intervention. De plus, elles ont toutes mentionné remplir des grilles SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) une fois par année, participer à des rencontres interdisciplinaires, à l'accueil des nouveaux résidents, aux suivis avec les usagers et leurs familles. En lien avec ses tâches, une participante mentionne :

Support administratif, remplir des formulaires, des changements d'adresse, j'en fais aussi de concert avec les finances. Aussi au niveau des curatelles, mandat curatelle publique, curatelle privée, c'est sûr que c'est un gros bout de notre travail. (R4)

Les tâches des 8 participantes sont similaires. Toutefois, la manière d'y répondre varie d'un établissement à un autre, selon le taux d'occupation, selon les besoins des résidents et des familles ainsi que selon le statut temps partiel / temps complet des TS.

Durant la collecte de données, il a été possible de constater que les tâches exécutées par les travailleuses sociales répondent à la demande de leur employeur et qu'elles se situent dans les quatre catégories d'activités. On peut constater que les TS font plusieurs tâches dites « de bureau » : évaluation; rencontre interdisciplinaire; régime de protection et plan d'intervention. Celles-ci ne sont font pas nécessairement auprès ou avec les résidents. Plusieurs arguments sont soulevés par les TS. Selon leurs dires, la raison principale est en lien avec l'état cognitif affecté des résidents. La majorité des individus hébergés souffre d'une perte d'autonomie cognitive au point que la parole, la mémoire et

la compréhension sont limitées. Par conséquent, pour certaines TS, il s'avère inutile de réaliser certaines tâches avec les résidents ou un membre de son entourage, qu'ils s'agissent des suivis hebdomadaires, des plans d'intervention ainsi que de l'évaluation psychosociale. Également, l'envie de faire la tâche seule pour réaliser les tâches plus rapidement étant donné le manque de temps subi par ces professionnelles est une autre raison de ne pas faire la tâche avec les résidents. L'horaire des TS est très chargé tout comme leur « *caseload* ». Elles doivent donc accomplir plusieurs tâches dans un temps limité. Elles reconnaissent alors qu'il est plus rapide de faire un plan d'intervention sans un résident qui est limité dans son autonomie fonctionnelle et dans sa manière de communiquer que de le faire en sa présence. Il va de même lorsqu'il est question de remplir certains formulaires pour les résidents. La TS le fait sans pour autant que le résident soit présent avec elle. À cet effet :

Je préfère remplir les formulaires toute seule, ça va plus vite et je perds moins de temps que si j'attends après le résident. C'est plate à dire, mais du temps j'en manque. R3

La dernière raison soulevée par les participantes est la non-exécution de certaines tâches telle que les évaluations du fonctionnement psychosocial. En effet, par manque de temps, il n'est pas rare que cette tâche ne soit pas faite par les TS qui doivent prioriser autre chose. Considérant que les TS sont évaluées à la performance (production de notes, délais à respecter pour l'élaboration et les suivis des plans d'intervention, un grand « *caseload* ») et qu'elles doivent répondre à différents besoins, il y a des tâches qui se font sans le résident, dans l'optique d'aller plus vite et de « gagner du temps ». Cependant, le

fait de ne pas inclure le résident dans l'élaboration de son plan d'intervention par exemple, est une transgression dans la manière de répondre à la tâche, puisque celui-ci doit *a priori* être présent. En effet, selon l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ, 2018, p. 5) : « [le plan d'intervention] doit être élaboré avec le consentement et la collaboration du client, et ce dernier doit en connaître la teneur ». De plus, le résident manque une occasion de mettre à profit son *empowerment*.

Les TS rencontrées ont nommé leur désappointement face aux exigences de leur employeur et aux demandes ministérielles. Elles se sentent obligées de faire des tâches qu'elles ne choisiraient pas de faire si elles avaient le choix, ou alors de prioriser certaines tâches par rapport à d'autres. Par exemple, certaines d'entre elles, ne feraient pas d'évaluations de l'ISO SMAF si elles n'étaient pas obligées et elles prioriseraient les contacts avec les résidents au détriment de certaines rencontres multidisciplinaires.

Selon 6 participantes, peu de tâches et de temps sont alloués pour des rencontres de suivi quotidien avec les résidents. Globalement, ce n'est que lorsqu'il y a une urgence ou une situation particulière qu'une rencontre avec le résident se réalise. Il y a donc peu d'interactions entre les TS et les résidents, et ce, même si les résidents sont capables de discuter. Toutefois, les 2 autres participantes nommaient avoir le temps de faire plusieurs rencontres de suivi formelles et informelles avec les résidents. Les rencontres informelles permettent d'aller saluer les résidents et de prendre de leurs nouvelles. De leur offrir de la compagnie. Tandis que les rencontres formelles permettent de faire des suivis sur certains

besoins ou certaines problématiques. Par ailleurs, une autre réalité à prendre en considération est que les CHSLD sont des milieux de vie où plusieurs situations inattendues peuvent avoir lieu, et les TS s'attendent à vivre ces imprévues quotidiennement. Sur les huit personnes interviewées chacune d'entre elles soulève n'avoir aucune routine de travail fixe. Comme le rapporte une répondante :

On se fait une *to-do-list* le matin quand on arrive. On prend nos messages, on regarde nos courriels, puis là bien finalement, bien il y a quelqu'un qui nous appelle, qui « retontit » dans notre bureau, puis là on fait plein d'autres choses. (R5)

Ceci étant dit, malgré que les TS se prévoient un horaire pour faire certaines rencontres avec les résidents, il se peut qu'elles n'y parviennent pas considérant les imprévues et les urgences du milieu de vie.

D'autre part, 4 travailleuses sociales interviewées nous expliquent que par moment et pour différentes raisons, elles exécutent des tâches qui ne sont pas reliées aux activités prescrites par l'employeur. Que ce soit pour aider une collègue, pour soutenir un résident, certaines d'entre elles vont réaliser des actions qui vont au-delà des tâches qui leur sont demandés. Une participante soulevait que lors d'une journée difficile pour une PAB, elle a pris le temps d'écouter et d'offrir du soutien à sa collègue. Également, elle reconnaît par moment aller aider les PAB dans leurs fonctions quand ces dernières sont débordées par la charge de travail. Elle se propose pour aider à habiller les résidents le matin et les aider à les nourrir lors des repas. Pour cette TS, il est primordial de s'entraider entre elles, même

si elle manque de temps pour faire ses propres tâches. Une autre participante mentionne que même si sa gestionnaire lui avait interdit et que ce n'était pas dans ces tâches, il lui est arrivé à quelques reprises d'aller faire des commissions pour un résident sans proche aidant. Quant à une autre, elle dit aimé participer aux activités de loisirs avec les résidents, car elle peut côtoyer dans un contexte différent. Cependant, cette présence lui occasionne un retard supplémentaire dans ses autres tâches.

Lors de nos entrevues et avec l'analyse de nos résultats, nous comprenons qu'il y a un décalage entre les tâches prescrites et les tâches réelles. De plus, certaines TS vont choisir de faire des tâches en surplus dans l'optique d'aider des collègues de travail ou de répondre aux besoins des résidents. On constate aussi que les interactions avec les résidents sont rare ce qui vient confronter leur idéal professionnel. Ceci étant dit, les tâches qui requièrent la présence des résidents et par le fait même leur *empowerment* sont primordiales pour plusieurs TS, car elles leur permettent de nourrir leur idéal professionnel.

### **Avantages perçus et contraintes du travail selon les TS en CHSLD**

Nous avons demandé aux TS quels étaient les avantages pour elles de travailler en CHSLD. Pour 6 répondantes, on constate qu'elles affectionnent plusieurs aspects de leur travail : l'autonomie, car elles peuvent gérer elles-mêmes leur emploi du temps, sauf bien sûr si des urgences se présentent. L'horaire flexible, la population cible, soit les personnes âgées elles-mêmes ainsi que le sentiment d'avoir sa place en tant que TS et de faire une

différence dans le quotidien des résidents et de leur famille font partie des avantages soulevés par les TS. Deux participantes nous donnent leurs avis :

En CHSLD, je sentais vraiment que les interventions que je faisais avaient de l'impact. Puis on sentait vraiment qu'on avait notre place comme travailleur social [...] On fait vraiment partie de la vie de la personne âgée dès son départ. (R8)

Je trouve que ça nous ramène aux bonnes valeurs vraiment. Le contexte milieu de vie pour l'intervention c'est le fun aussi, parce que nos professionnels [ergothérapeute, physiothérapeute, médecin et infirmière] sont là. (R2)

Avec ces affirmations, on constate que le travail multidisciplinaire est apprécié tout comme la place que prend la TS au sein de la vie du résident et de sa famille.

Dans le même ordre d'idée, nous étions intéressés de savoir quels étaient les inconvénients de leur travail. Les 8 participantes sont unanimes, la grande majorité des désavantages de leur emploi sont d'ordre organisationnel : manque de temps, alourdissement des tâches dites administratives, manque de ressources humaines et financières en plus d'un quotidien articulé autour des tâches prescrites. Ceux-ci occasionnent des répercussions à plusieurs niveaux : le manque de temps et d'occasions pour créer un lien de confiance entre elles et les résidents, la difficulté à innover et essayer des nouveaux projets, de la frustration et un épuisement. En ce sens, les 8 participantes étaient d'accord pour nommer le manque de considération pour le volet psychosocial, et ce, au détriment du volet santé. Celles-ci reconnaissent qu'elles jouent un rôle auprès du résident et de sa famille dès l'admission, car il s'agit d'une exigence de leur employeur.

Cependant, on constate que leur implication auprès de certains résidents peut s'estomper en cour de route si « aucun » besoin psychosocial n'est nécessaire. En effet, les TS ne peuvent offrir un service de qualité exemplaire à tous les résidents des centres d'hébergement considérant que certains centres comptent plus de 100 résidents et qu'une seule TS y œuvre. Les TS doivent s'occuper des cas les plus urgents et en même temps mettre de côté des problématiques psychosociales moins pressantes. Une participante mentionne spontanément ne voir aucun bénéfice à son travail. Après réflexion, elle nomme que le contact avec les usagers est ce qu'elle apprécie le plus, mais qu'elle n'a plus le temps d'interagir avec les résidents dû à l'augmentation des tâches dites administratives. Même chose pour une participante qui tient des propos similaires :

Le contact, c'est sûr que c'est ça que je préfère, m'asseoir avec eux puis jaser. Mais la réalité est toute autre. (R3)

On comprend que les tâches administratives prennent une grande place dans leur travail, et ce, au détriment des interactions avec les résidents. À cet effet, une autre personne partage :

Il y a beaucoup d'administratif [...] à un point tel que nos résidents on les connaît pas mal moins. On les connaît papier. (R7)

Malgré que toutes les TS rencontrées aient mentionné affectionner particulièrement les interactions avec les résidents, la réalité actuelle dans les CHSLD ne permet pas aux TS de répondre à cet idéal de travail : manque de considération pour le volet psychosociale, nombreuses tâches administratives, priorisation des dossiers urgents.

Par ailleurs, un autre inconvénient est soulevé par deux participantes. Celles-ci mentionnent vivre un malaise quant au manque de confidentialité envers les résidents. Elles disent ne pas avoir d'espace décent permettant la confidentialité pour faire des rencontres interdisciplinaires ou individuelles. Une d'entre elle précise que son bureau n'est pas sur le même étage que les chambres des résidents et qu'il n'y a pas d'ascenseur pour accommoder les personnes ayant des déficits physiques. Elle doit donc faire des rencontres individuelles « ici et là » selon la disponibilité des lieux. Par moment, elle utilise les chambres des résidents même si celles-ci sont des occupations doubles et que l'autre personne est présente. Quant à l'autre participante, elle témoigne que les rencontres multidisciplinaires se font dans un des salons des résidents. Cette pièce est à aire ouverte et donne accès aux pièces adjacentes. En effet, le poste des infirmières et une pièce commune pour les résidents se trouvent à proximité. Il y a donc des résidents, des employés et des membres de la famille qui peuvent entendre les discussions cliniques de l'équipe. Également, une TS soulève son inconfort face aux dossiers des résidents qui peuvent être vus par des membres des autres équipes. Par conséquent, la confidentialité des résidents est brimée et les TS sont incommodés par cette situation.

### **Les conditions d'application de l'*empowerment* des résidents par les TS**

#### **Définition de l'*empowerment* selon les TS et place du concept dans leurs tâches**

Dans les écrits, le terme *empowerment* prend différentes définitions comme nous avons pu le constater dans la revue de littérature. Considérant que l'*empowerment* est une



valeur reconnue comme fondamentale du travail social, nous étions intéressés d'entendre de quelle manière ces professionnelles définissaient ce mot. Pour toutes les participantes lorsqu'il est question de l'*empowerment*, elles parlent de la reprise de pouvoir des résidents, de l'implication de ceux-ci dans les décisions qui les concernent ainsi que sur les opportunités de choix dans les activités de la vie quotidienne (AVQ). Elles mentionnent, par exemple, le fait de choisir ce qu'ils veulent manger, quels vêtements ils veulent porter ou bien à quelle heure ils veulent se lever. Une des participantes définit ce concept par le fait d'écouter la personne, la comprendre et de tenter de répondre à ses besoins aux meilleurs des capacités disponibles du résident dans le milieu. Elle rajoute aussi que pour elle, impliquer un résident peut passer par le simple fait de lui donner de l'information, et ce, même si elle doute que la personne ait bien compris. Malgré que le terme soit galvaudé, on remarque que les participantes de l'étude ont sensiblement la même définition du terme. Au moment de l'entrevue, sur les huit participantes une seule d'entre elles n'était en mesure de définir le terme *empowerment*, car elle ne le connaissait pas. Toutefois, une fois expliqué, elle fut en mesure de faire des liens avec son travail et ses tâches. Dans les tâches prescrites par l'employeur on peut remarquer l'absence proprement dite du concept d'*empowerment*, malgré que celle-ci ait une place importante dans la profession du travail social. On a donc demandé aux TS qu'elles étaient concrètement leurs tâches reliées à l'*empowerment*. Tout d'abord, il y a les travailleuses sociales qui tentent d'offrir des opportunités d'*empowerment* lors de l'élaboration du plan d'intervention. En effet, lorsque le résident est en mesure de prendre la parole lors de la composition du plan, celui-ci sera invité à y participer. Quatre d'entre elles nomment

également que lorsque la condition cognitive et physique de la personne le permet, elles établissent les objectifs du plan d'intervention en lien avec l'*empowerment* et le maintien des capacités résiduelles. Donc, lorsque les TS élaborent un plan d'intervention, elles tentent de mettre les objectifs et des moyens concrets en lien avec l'*empowerment* des résidents. Toutefois, malgré la volonté des professionnelles, certains obstacles les empêchent de mettre à profit ou rendre possible l'*empowerment* des résidents.

Ensuite, les participantes sont unanimes, en CHSLD, l'*empowerment* des résidents se développe par les opportunités de faire des choix dans leur quotidien. Comme le témoigne l'une d'entre elles :

L'*empowerment* [des résidents] va passer beaucoup par le choix. S'ils sont capables [de faire des choix] je pense qu'on touche 50 % de leur *empowerment*. (R6)

C'est grâce aux opportunités qu'ont les résidents de faire des choix que ceux-ci peuvent maintenir leur *empowerment*, et ce, indépendamment de la nature de ces opportunités. Il y a les TS qui prônent la défense des droits des résidents, comme en témoigne cette travailleuse sociale :

T'sais l'*empowerment* par rapport aux droits, ça, ça va être moi. Je suis vraiment le chien de garde pour m'assurer que la personne garde son droit de pouvoir. [...] Quand je suis sur les étages et que je suis témoin de situations de maltraitance, je défends mes résidents. (R7)

Lorsque cette TS est témoin d'une situation brimant les résidents, elle explique qu'elle allait voir directement les membres du personnel impliqués dans la situation pour nommer qu'une telle chose était inacceptable. De plus, si l'évènement se reproduisait, elle informait la gestionnaire et les proches du résident.

En CHSLD les droits des résidents sont nombreux, par exemple : le droit à l'information; le droit de consentir à des soins ou de les refuser; le droit de participer aux décisions ou encore le droit de porter plainte. L'accompagnement de la TS s'avère importante dans ce processus, car il peut être ardu d'enclencher un processus de défense de droits. Dès leur arrivée, les résidents doivent être savoir l'existence de leurs droits en tant qu'usager du CISSS de l'Outaouais. Toutefois, il peut être difficile pour les TS de faire de la défense des droits au quotidien si elles ne vont pas régulièrement sur les unités de vie pour être témoin des situations. Cependant, il est possible que les résidents, les familles ainsi que les membres du personnel fassent appel à elles dans ce genre de cas. À cet effet, les TS seront les personnes ressources pour diriger et accompagner la personne dans son processus, prendre parole pour le résident et assurer un suivi pour que la situation ne se reproduise plus.

La mise en place de l'*empowerment* par les TS est subjective et aucun cadre clair n'est émis par l'employeur dans la description de tâches. On constate alors que cela se traduit de différentes manières pour les participantes. Que ce soit en instaurant ce concept dans les plans d'intervention, d'offrir des opportunités de choix dans les AVQ, de

défendre les droits des résidents ou bien de sensibiliser les membres du personnel. Il est donc possible de comprendre la subtilité de la mise en action de l'*empowerment* au travers des tâches des TS. Cela peut demander un effort supplémentaire de la part de ces professionnels, car la réalité des résidents et du milieu apporte son lot de facteurs contraignant à l'application de ce concept et qui est hors de leur contrôle. De ce fait, les participantes ajustent leurs tâches et leurs interventions en fonction de la possibilité qu'offre la réalité de l'établissement. Par exemple, une TS pourrait choisir de produire l'évaluation du fonctionnement social avec un membre de l'entourage d'un résident si ce dernier n'a plus l'usage de la parole ou s'il présente des conditions neurologiques affectées. Également, une stratégie soulevée par une TS pour produire les évaluations du fonctionnement social de tous les résidents est de faire une évaluation sommaire. Celle-ci se voit plus courte que l'évaluation originale et donc plus rapide à produire.

Pour une intervenante, il va sans dire que pour une mise en application de l'*empowerment* plus optimale, la gestionnaire a un impact considérable. Elle mentionne que, puisque les décisions se prennent de manière « top down » (les décisions sont prises par l'équipe de gestion et celle-ci les transmettent aux employés), si l'équipe de gestion favorise l'*empowerment*, cela aura des répercussions positives sur la promotion de ce concept et dans les interventions des divers membres des équipes.

### Point de vue des TS sur l'AMV

L'environnement dans lequel évoluent les personnes ainsi que les approches utilisées sont déterminantes lorsqu'il est question de la mise en pratique de l'*empowerment*. Sachant que l'Approche milieu de vie s'est imposée dans les CHSLD depuis 2003 et selon les orientations ministérielles du MSSS, nous voulions connaître l'opinion des TS à ce sujet. Pour chaque participante, l'AMV repose sur des concepts forts intéressants. Cependant, la réalité actuelle des CHSLD rend son application difficile. L'AMV offre, au meilleur de ces capacités, un environnement où la personne peut se sentir « chez elle » dans un environnement institutionnel. R4 témoigne :

Il est résident parce qu'il demeure dans un milieu de vie, quand on rentre dans leur chambre, on rentre dans leur maison. C'est à nous à s'adapter à eux, c'est l'approche milieu de vie aussi. (R4)

En utilisant cette approche, les employés des CHSLD tentent de satisfaire les résidents et de répondre à leurs besoins comme s'ils étaient dans leur propre domicile. Ils tentent également de respecter au meilleur de leurs capacités le mode de vie des personnes hébergées. À propos de l'AMV, une des participantes la décrit ainsi :

Le respect, respecter les valeurs des résidents, respecter qui, ils sont, leur personnalité. Respecter leur rythme de vie. Respecter leur goût, le choix vestimentaire, maintenant on n'est plus là-dedans, ou presque plus. (R6)

Cette approche va de pair avec l'*empowerment* tel que défini par les participantes, compte tenu des opportunités de choix quotidiens et du respect des résidents et de leur façon

de vivre. Selon les participantes, malgré la bonne volonté des employés à vouloir faire respecter cette approche pour plusieurs raisons, il s'avère utopique de croire que l'AMV peut être respectée entièrement dans un milieu qui reste institutionnel. Chaque participante interviewée est en accord avec l'affirmation suivante :

On dit toujours, on veut qu'ils soient chez eux, mais en même temps, chez eux, est-ce qu'ils sont obligés d'être contraints à manger à une telle heure. De manger la collation à telle heure. D'aller fumer, il y en a qui ont des horaires de cigarettes, t'sais ils n'auraient pas ça chez eux, tu comprends. (R6)

Encore pour illustrer la réalité terrain de l'AMV, une participante témoigne :

Je trouve qu'on dirait qu'il faut qu'il « fite » dans un cadre, bon ! Tout le monde est habillé à partir de 9 h, tout le monde a pris ses médicaments, tout le monde a déjeuné ! Tout le monde à 7 h le soir, ils sont en pyjama, ils ont pris leurs médicaments, puis ils ont soupé. Fait que dans le petit quotidien, je trouve qu'on oublie de respecter leur rythme de vie d'avant. (R2)

On comprend donc que, pour mener à terme les multiples tâches de la vie quotidienne, l'équipe de soin se doit de maintenir une routine de travail. Également en termes de cohérence institutionnelle, il est de mise d'avoir un horaire à suivre concernant la mise en application des AVQ. Cependant, ces routines peuvent limiter voir empêcher les employés de respecter le mode de vie et les désirs des résidents. Comme le nomme certaines TS, malgré les bonnes volontés de l'AMV, un CHSLD reste un milieu de travail et un milieu dans lequel on prodigue des soins.

### **Facilitateurs à la mise en application de l'*empowerment***

Dans cette partie, nous présenterons les différents facilitateurs à la mise en application de l'*empowerment* soulevés par les répondantes de notre étude. On retrouve : la santé cognitive, la présence active d'un entourage familial ainsi qu'un travail d'équipe efficace.

**Une santé cognitive.** Toute d'abord, les 8 personnes interviewées s'entendent pour nommer la santé cognitive des résidents comme un facilitateur décisif. Cet état facilite et motive les actions entreprises par les TS pour maintenir l'*empowerment* des résidents. En effet, lorsqu'une personne âgée est en mesure de prendre la parole et de prendre position sur les décisions concernant sa propre vie, l'*empowerment* est facilité. Cela peut s'expliquer par le fait que le résident détient les capacités de s'affirmer en lien avec ses besoins, ses attentes, les actions qu'il veut faire, etc. Lorsqu'un résident présente un état cognitif satisfaisant, les TS se voient optimistes et motivées à entreprendre des actions de reprise de pouvoir. Ces résidents se voient davantage inviter lors des rencontres multidisciplinaires qui le concernent et ils bénéficient plus d'opportunités.

**La présence active d'un entourage familial.** Par la suite, de manière unanime, les TS nomment que toutes les personnes gravitant autour du résident et ayant des intentions favorables pour celui-ci facilitent cette démarche. R5 mentionne :

Chaque personne qui intervient auprès d'un résident, pour moi, est un levier qui peut faciliter la prise de pouvoir de la personne en étant à l'écoute puis en faisant de l'advocacy. (R5)

En CHSLD, l'implication des membres de la famille est primordiale pour plusieurs raisons. Tout d'abord, quand le résident ne peut le faire lui-même, ce sont les membres de la famille qui offre un portrait global de ce dernier au personnel du CHSLD. Pour ce faire, la famille nomme les intérêts, les besoins, les préférences de leur parent. Ensuite, les proches aidants sont invités à participer aux différentes rencontres multidisciplinaires concernant l'aidé. Les proches peuvent, donc agir à titre de porte-parole et défendre les intérêts et les besoins du résident. Également, la famille est invitée à travailler les moyens des plans d'interventions avec le résident. Par exemple, un individu qui doit pratiquer la marche accompagnée durant 15 minutes par jour peut le faire avec un membre de sa famille quand le personnel n'a pas le temps de le faire. Également, la famille peut également faire le pont entre l'aidé et les employés du CHSLD. En effet, certains résidents sont plus à l'aise de s'exprimer et s'affirmer auprès de leur entourage face à certaines demandes. La famille peut donc intervenir par la suite avec les membres du personnel. La présence d'un entourage permet pour plusieurs résidents de maintenir leur capacité résiduelle, d'exprimer certains besoins et d'avoir davantage d'opportunité de mettre à profit leur *empowerment*.

**Un travail d'équipe efficace.** Dans le même ordre d'idée, pour 4 participantes, le travail d'équipe est un levier important. Quand tous les membres des différentes équipes



travaillent dans le même sens, qu'il y a une cohérence dans les interventions et dans les réponses aux besoins des résidents, les actions en lien avec l'*empowerment* sont favorisées et facilitées. Pour R4, un travail d'équipe optimal débute par une travailleuse sociale qui connaît bien son rôle et qui favorise le travail d'équipe. Elle mentionne aussi, l'importance d'avoir une considération face à la réalité et aux responsabilités de chacun (PAB, infirmières, technicien en loisir etc). De cette manière, les attentes et les demandes envers les membres des autres équipes, en particulier les PAB, deviennent plus réalistes. Elle souligne :

Quand les PAB sont à -2 [il manque 2 préposées pour le quart de travail], je ne m'attendais pas à ce que la préposée travaille l'*empowerment* du résident. Son caseload vient de doubler.

Également R7 nomme que si chaque acteur gravitant autour du résident pouvait bien saisir la pertinence de l'*empowerment pour les résidents*, il serait plus facile d'y croire et de le mettre en action. Effectivement, dans un milieu où les soins médicaux sont davantage offerts que les soins psychosociaux, les TS ont un rôle à jouer face à la sensibilisation de l'*empowerment* des résidents face aux équipes de soins.

**Les obstacles à la mise en application de l'*empowerment*.** Dans le même ordre d'idée, pour cette section, nous avons demandé aux répondantes quels étaient les obstacles à la mise en application de l'*empowerment*. Elles ont nommé : un état de santé détérioré, la perception négative des personnes âgées en CHSLD, une présence familiale faible, un

manque de connaissance du concept d'*empowerment*, certains dilemmes éthiques ainsi que des obstacles organisationnels.

**Un état de santé détérioré.** Pour toutes les répondantes, l'obstacle le plus important est sans contredit la perte de l'autonomie fonctionnelle. Elles s'entendent pour dire que les résidents en CHSLD ont des problématiques physiques et cognitives de plus en plus lourdes, qu'ils sont davantage fragilisés et qu'ils ont pour la plupart des pathologies complexes. Ceci dit, leur état cognitif est altéré au point où la majorité d'entre eux font de la démence et n'utilise plus la parole. Il est donc difficile, voire impossible pour certaines personnes, de prendre position face aux décisions qui les concernent. Pour les TS et les autres employés des CHSLD, il s'avère ardu de tenter de maintenir l'*empowerment* des personnes qui ont un état cognitif affecté. Selon R3, l'attention et le temps accordés à un résident peuvent dépendre de sa situation cognitive. Elle mentionne être peu motivées à favoriser l'*empowerment* d'une personne quand celle-ci est incapable de s'exprimer par la parole. Ceci dit, cette condition mentale amène un sentiment d'incapacité chez les TS qui se sentent démunies quant aux interventions à privilégier pour maintenir l'*empowerment* des résidents. R1 nomme ne pas savoir quoi faire avec un résident qui ne parle pas, qui ne bouge pas et qui a besoin d'assistance dans toutes les sphères de son quotidien. Elle se sent peu outillée pour faire des interventions permettant de maintenir l'*empowerment* auprès de ces individus.

Je suis dans le néant avec des clients qui ne parle pas pis « qui sont pas là » [qui font de la démence]. J'sais pas du tout quoi faire avec eux. (R1)

À cet effet, il faut mentionner que cette répondante n'avait pas eu la formation sur les individus présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Sur les huit répondantes de notre étude, deux d'entre elles n'ont pas reçu cette formation tandis que deux autres ont pu y assister. Toutefois nous n'avons pas l'information pour les quatre autres répondantes.

**La perception négative des personnes âgées en CHSLD.** La perception des personnes hébergées en CHSLD est un autre obstacle à la mise en application de l'*empowerment* selon les TS répondantes. Une d'entre elle dit :

T'sais quand on pense CHSLD on ne pense pas *empowerment*. (R1)

Cette même répondante soulevait que dès l'arrivée en CHSLD, plusieurs personnes considèrent les résidents comme étant faibles et inaptes. Qu'elles prennent aussi pour acquis qu'ils sont incapables de prendre des décisions et qu'il n'est pas rare que la vulnérabilité et les déficits sont perçus avant les compétences et les capacités des individus. À cet effet, une TS soulève :

Ces gens-là sont étiquetés comme n'ayant pas la capacité d'être acteurs de leur propre vie. (R4)

R7 croit que l'institution, les médias et certains employés véhiculent ce genre de propos. De plus, elle constate que la perception à l'égard des personnes âgées hébergées en CHSLD est souvent réduite à des personnes faibles au bord de la mort. Avec cette

manière de penser, il est peu stimulant d'introduire l'*empowerment* dans les interventions auprès de cette population, et ce, même pour les TS. Considérant les conditions cognitives altérées des résidents et la complexité de leurs problématiques, pour certaines TS interviewées, il est difficile de se motiver et d'offrir des interventions en lien avec l'*empowerment*. Également, étant donné que la maladie peut évoluer rapidement, pour certaines TS rencontrées il est donc peu stimulant de mettre en place certains objectifs quand tu appréhendes peu de résultats sur le moyen ou long terme.

**Une présence familiale faible.** La proximité de la famille et des proches aidants présente bien sur plusieurs bénéfices pour le résident. Mais l'absence de ces personnes clefs peut représenter un défi et peut nuire à l'*empowerment* du résident. Pour la personne qui souffre de perte d'autonomie cognitive, il est difficile de défendre ses droits, d'autant plus si elle ne peut compter sur un porte-parole, ou si ses proches ne sont pas outillés pour le faire. Selon R4, la dynamique familiale malsaine et les conflits familiaux sont aussi des obstacles. Effectivement, dans ce genre de situations, les décisions et actions prises par les membres de la famille ne sont pas toujours bienveillantes à l'égard du résident. Par exemple, on peut parler de brimer certains droits de l'aidé et de violence économique. R4 soulève que par moment, les besoins et les opinions de la famille sont priorisés au détriment de ceux des résidents. Elle nomme aussi qu'il peut être facile d'oublier qu'au départ le premier « client » est le résident et non la famille.

Le fils d'un de mes résidents voulait qu'il change de chambre parce qu'il préférerait le personnel de l'autre unité [...] ça ne marche pas de même. (R4)

Quant à R7 elle nomme que parfois et avec certaines familles, les opportunités d'*empowerment* sont moindres, car il y a une prise en charge constante de l'entourage envers le résident et les décisions à prendre.

On en voit des enfants qui veulent bien faire, mais qui font manger leur parent parce qu'ils n'aiment pas ça les voir se salir pis des enfants qui répondent aux questions à la place de leurs parents. Mais ça ça les aide pas dans leur *empowerment*. (R6)

On comprend que lorsque la famille s'implique peu ou trop, ce manque d'équilibre affecte la mise en application de l'*empowerment* chez les résidents.

**Un manque de connaissance du concept d'*empowerment*.** Durant les entrevues réalisées pour cette étude, 4 participantes étaient hésitantes face à leurs propres connaissances de ce concept. 2 d'entre elles ont nommé avoir dû prendre un temps de réflexion pour se remémorer ce concept. De plus, une des participantes ne fut en mesure de donner une définition de l'*empowerment*. 3 participantes rencontrées soulèvent que le concept d'*empowerment* est peu présent dans les discussions ou dans les interventions de leurs milieux qu'elles en oublient son existence et son importance. Compte tenu de leurs réalités de travail, elles avouent aussi ne pas avoir toujours le réflexe de penser à ce concept. D'autre part, 6 répondantes sur 8 nomment leurs inquiétudes concernant le manque de connaissance des PAB et des infirmières en lien avec l'*empowerment*.

T'sais mettons, est-ce que les infirmières, les PAB, ils savent c'est quoi l'*empowerment* ? Est-ce qu'ils savent de quelle manière qu'ils... T'sais les opportunités [pour les résidents] sont là. (R5)

Les répondantes ont conscience que ce concept est peu ou aucunement connue par l'équipe de soin. Elles conçoivent aussi que l'*empowerment* n'est peut-être pas appris durant leur formation. Cependant, elles soulèvent que si l'équipe de soins ne sait pas ce que c'est, il est plus difficile de reconnaître son importance et d'offrir aux résidents des opportunités de le mettre en action dans leur quotidien.

**Les dilemmes éthiques.** Les TS ont toutes nommées vivent des dilemmes éthiques dans le cadre de leur profession. Dans un système où la sphère médicale prime sur la sphère sociale, il peut s'avérer exigeant de mettre de l'avant l'importance des interventions sociales auprès des résidents. Les 8 répondantes sont d'accord avec le point soulevé par R2 :

On priorise le soin, on priorise le physique surtout. Madame n'a pas de plaie, la plaie diminue, bon *good* ! Merveilleux. Mais c'est ça, on priorise le médical, mais le social aussi a besoin d'être priorisé [...]. (R2)

Pour ces professionnelles de la relation d'aide, il est confrontant de travailler dans un environnement où le social est relégué en deuxième position par la majorité des employés. Il faut rappeler que la plupart des membres du personnel en CHSLD sont issus de la sphère médicale. R4 soulève un exemple de dilemme qu'elle a vécu entre la sécurité versus l'autonomie. Lors de l'entrevue, celle-ci nommait le cas d'une dame qui voulait marcher seule avec sa marchette. Étant donné que les employés avaient peur qu'elle tombe

et qu'elle se blesse, ils l'en empêchaient. Selon la TS, cette dame était en mesure de prendre des décisions éclairées. Par conséquent, elle est intervenue auprès de l'équipe de soin et de la famille pour faire respecter le choix de la dame. Pour les TS, il peut être laborieux de faire valoir l'autonomie et l'*empowerment* des personnes vulnérables auprès de l'équipe de soin quand la sécurité physique est en jeu.

Un autre exemple de dilemme éthique est celui que nous avons soulevé plus haut, soit l'ambivalence de certaines TS à faire respecter les exigences de l'employeur ou faire respecter leurs propres valeurs. 5 participantes témoignent du malaise vécu lorsqu'elles doivent choisir entre le fait de répondre aux tâches prescrites ou le fait d'intervenir selon leurs expertises et pour le bien-être des résidents. Selon leurs propos, celles-ci sont confrontées quotidiennement à ce dilemme : transgresser le mandat émis par leur employeur ou satisfaire les besoins des résidents selon leur expertise professionnelle.

**Les obstacles organisationnels.** Avec les changements des dernières années dans les CISSS et les CIUSSS, il est compréhensible que plusieurs défis émergent actuellement au sein de cet organisme et par conséquent dans les différents CHSLD de la région. Les 8 TS sont unanimes, le temps est une ressource rare pour les employés des CHSLD. Le manque de temps est un obstacle non négligeable à la mise en application du concept d'*empowerment* pour différentes raisons. 6 participantes nomment ne pas avoir le temps d'interagir avec les résidents autrement que pour répondre à leurs tâches dites administratives. En d'autres mots, le temps passé avec un résident permet d'effectuer un

plan d'intervention et une collecte de données par exemple, et ce, si la TS le fait avec le résident. À cet effet,

Puis dans le monde vite où on vit, t'sais on ne prend pas le temps de les [résidents] écouter. (R3)

Mais je trouve que des fois, on *by pass* un peu, c'est plus vite de décider pour eux autres, fait qu'on décide [pour les résidents]. (R2)

On comprend alors que même si les TS sont conscience de l'importance de l'*empowerment*, le manque de temps les amène à faire pour les résidents et non faire avec eux.

D'autre part, comme nous l'avons soulevé plus haut, les PAB sont des actrices importantes dans la mise en action de l'*empowerment* dans les gestes quotidiens. Cependant, étant donné leurs propres tâches et routines de travail, il est difficile d'octroyer du temps pour l'*empowerment*.

Je te dirais pour les préposées, c'est difficile de donner de l'*empowerment* aux résidents parce qu'ils n'ont pas le temps, justement. Donc c'est plus facile de juste demander à la personne de rester là, on va la laver, après ça c'est fini, ça a pris 10 minutes c'est tout. (R1)

Les opportunités d'*empowerment* sont présentent en CHSLD, toutefois le manque de temps empêche les actions en ce sens. Cependant, lorsqu'on veut instaurer une culture



d'*empowerment* auprès des personnes âgées hébergées le temps est une ressource primordiale.

Également, l'intensité de la charge de travail est un autre obstacle organisationnel. Celle-ci peut être expliquée de plusieurs façons : manque et roulement du personnel, cas de plus en plus lourds ainsi qu'un plus grand « *caseload* » pour chaque employé. Le manque d'effectifs a pour résultat que chaque employé a un plus grand « *caseload* » et donc une plus grande charge de travail. Par conséquent, le personnel a moins de temps à accorder à chaque résident. Également, le roulement de personnel affecte la connaissance de chaque dossier. Il est alors plus difficile de bien connaître un résident, de personnaliser les services et de répondre à leurs besoins et demandes.

Ensuite, la routine institutionnelle est également un défi. Malgré qu'elle soit bénéfique pour le bien-être des employés et pour le roulement optimal de l'établissement, certaines routines empêchent de répondre aux besoins spécifiques des résidents en plus d'aller à l'encontre de leurs choix et décisions. On parle des heures de lever, l'heure pour s'habiller, les heures de repas, l'heure des bains etc. En ce sens, les routines empêchent par moment la conformité des principes proposés par l'AMV. Il est donc difficile par moment d'écouter les désirs de la personne et de lui remettre son pouvoir dans un contexte institutionnel. Ces obstacles institutionnels ont des impacts directs sur les employés. Comme le témoigne une répondante :

T'sais les gens qui travaillent en CHSLD, c'est des gens qui ont la passion pour nos personnes âgées, ils ont à cœur le bien-être, je te dirais ces employés-là sont fatigués ou sont irrités par rapport à tout ce négatif-là [institutionnel]. (R6)

Enfin, nous avons souligné plus haut, l'absence de tâches prescrites en lien avec l'*empowerment*, ce qui est en soi une barrière à sa mise en action par les TS. De ce fait, le mandat selon lequel les TS sont engagés ne répond pas clairement à la mise en action de l'*empowerment*. Les différents éléments nommés ci-haut nuisent considérablement au maintien de l'*empowerment* des résidents.

### **Stratégies proposées par les TS pour la mise en œuvre de l'*empowerment***

En lien avec les différents obstacles nommés plus haut, les 8 TS participantes à l'étude ont soulevé diverses stratégies pouvant augmenter et faciliter la mise en place de l'*empowerment* chez les résidents.

#### **Les stratégies organisationnelles**

Pour commencer, il y a les différentes stratégies reliées à l'organisation du travail. 4 TS soulèvent qu'une gestion de proximité est essentiel. Autrement dit, un gestionnaire qui est présent dans le milieu et sur les unités de vie, qui connaît les besoins psychosociaux des résidents ainsi que les besoins des équipes. Un gestionnaire qui est disponible et qui a conscience de la réalité terrain, des employés et des résidents. Une personne en qui elles peuvent avoir confiance et qui saisit bien les enjeux et les rôles de chacun. De plus, elles

croient qu'il serait bénéfique que le ou la gestionnaire ait seulement une ou plusieurs unités d'un établissement à gérer. Une répondante soulève :

Ça serait vraiment que la gestion adhère à ça [*l'empowerment*], puis le propulse dans leurs équipes. (R2)

De cette manière, ce concept serait véhiculé et mise en œuvre quotidiennement dans les CHSLD, et ce, par tous les acteurs impliqués. Un autre moyen serait d'augmenter le temps passé entre les résidents et les acteurs du CHSLD. Pour ce faire, les TS rencontrés ont nommé leur désir de voir une TS à temps complet par CHSLD et non une TS qui s'occupe de deux établissements ni une TS à temps partiel. De plus, elles ont nommé l'importance de trouver un équilibre entre les tâches administratives et les tâches directes avec les résidents. Si les TS ont plus de temps et d'interactions avec les résidents, la qualité des interactions et des services offerts auprès de ceux-ci se verrait bonifié et davantage personnalisé tel que souhaité par l'AMV. De plus, les TS auraient le temps de mettre à profit leurs compétences en lien avec la relation d'aide et ainsi offrir des opportunités d'*empowerment* aux résidents. Concernant les PAB, 5 participantes mentionnent que d'augmenter les ressources humaines serait aidant (par exemple, accroître le nombre de préposés). De cette manière, leur charge de travail serait diminuée et elles auraient l'occasion de passer un temps de qualité avec les résidents. Quant à R6, elle souhaite minimalement que les heures des PAB soient assurées à chaque quart de travail. En effet, le manque d'effectif des PAB a un impact significatif sur l'*empowerment* des résidents selon elle.

À travers ces stratégies organisationnelles soulevées par les TS, l'optique est d'offrir un milieu sain et adéquat autant pour les résidents que pour les membres du personnel.

### **Sensibiliser l'équipe de travail**

Six TS témoignent de l'importance de faire de la sensibilisation et de l'enseignement du concept d'*empowerment* auprès de la gestion et des membres de l'équipe de soin. En effet, elles reconnaissent l'importance des PAB et des infirmières dans la mise en place de l'*empowerment* au quotidien, mais croient qu'il serait pertinent qu'elles apprennent l'importance et la pertinence de ce concept pour le bien-être des résidents. De plus, cela favoriserait la cohérence dans les interventions en lien avec l'*empowerment*.

Je pense qu'il y a une sensibilisation à faire puis à... à semer cette idée-là, au niveau du personnel de la direction pour amener un changement, pour permettre à la personne, d'être le plus autonome possible. (R8)

Comprendre c'est quoi l'*empowerment*, pourquoi on fait ça, quels sont les objectifs derrière. C'est quel but qu'on veut atteindre selon la personne devant nous avec ses forces et ses défis. C'est que la personne sente qu'elle joue, qu'elle a un rôle dans toute sa vie. (R2)

Par ailleurs, 3 TS ont nommé qu'il serait pertinent que le comité des usagers prenne une plus grande place dans le milieu de vie. En effet, que le comité fasse de la sensibilisation auprès des résidents et de leurs familles face à leurs droits et leur pouvoir d'agir dans le quotidien.

Enfin, pour 4 des participantes, il est essentiel qu'elles doivent demeurer elles-mêmes sensibles à l'*empowerment* à travers leurs tâches et interactions avec les résidents et leurs familles. Tenir compte des besoins, des désirs et des capacités de la personne, de les écouter et de les maintenir informé de leurs droits. Elles avouent qu'avec la réalité actuelle des CHSLD, il est facile d'oublier l'*empowerment* et son importance.

### **Augmenter les opportunités**

Une autre stratégie selon les TS participantes est que les membres du personnel offrent davantage d'occasions aussi minimes soient-elles, pourvu que les résidents puissent faire des choix, prendre des décisions, communiquer et recevoir de l'information. Pour augmenter les opportunités d'*empowerment* 3 TS sur 8 ont nommé l'importance d'utiliser différentes manières de communication autre que la parole pour tenter de comprendre et de répondre aux besoins des résidents. Selon elles, il est primordial de prendre le temps d'écouter et d'essayer de comprendre ce que le résident tente d'exprimer.

T'sais on a des dames qui ne sont plus capables verbalement de communiquer, mais qui pourraient nous pointer ou t'sais je pense que c'est d'essayer, puis de dire : « Voulez-vous le vert ? Voulez-vous le bleu ? ». S'il n'y a pas de réponse, bien cou'donc, on choisit puis c'est tout. (R1)

Dans un CHSLD d'une des répondantes, l'équipe a eu l'idée de faire un tableau de photos avec les employés œuvrant auprès des résidents. Ce tableau a comme optique de faciliter la communication et les demandes pour les résidents. Avec les photos, les résidents auront un moyen visuel de demander à voir l'employé qu'il désire. Pour ces 3

TS, les équipes ont besoin d'exemples et d'astuces concrets pour faciliter l'adhésion à l'*empowerment*. De là l'importance d'un travail interdisciplinaire harmonieux et de la sensibilisation de ce concept.

Pour R7, une opportunité est de favoriser les sorties à l'extérieur :

Je trouve que ça créait un éveil au niveau des souvenirs. Je pense que si on remettait les sorties extérieures, on restimulerait toute la partie cognition des souvenirs, la mémoire à long terme, la mémoire intérieure. (R7)

Elle a tout de même conscience que les CHSLD ont peu de budget pour réaliser ce genre d'activités. Enfin, les 8 TS sont unanimes, c'est lors des AVQ que les plus grandes opportunités sont présentes : choisir les vêtements, l'heure du lever/coucher, l'activité récréative, la collation, s'exprimer, recevoir de l'information etc. Toutefois, chacune des TS reconnaissent la lourdeur organisationnelle que subissent les PAB et qui les empêchent d'offrir autant d'opportunités qu'elles le pourraient.

### **Changer les habitudes**

Pour 4 TS rencontrées, un changement de mentalité doit se faire. Elles nomment que par habitude et par manque de temps il arrive qu'elles prennent elles-mêmes pour acquis certains comportements des résidents. Elles oublient qu'ils ont encore des capacités et des besoins propres à eux. Ceci nuit aux opportunités d'*empowerment*, car elles sont moins nombreuses. Elles reconnaissent aussi, l'importance d'inclure davantage les résidents dans leurs tâches quand celles-ci le requièrent. De plus, elles nomment que les

PAB doivent laisser plus d'autonomie aux résidents lors des AVQ. Par ailleurs, les TS sont unanimes : un changement de mentalité collectif doit se faire. En effet, elles relatent que les employés des établissements mêmes, les médias et la société propagent une image des CHSLD, des personnes âgées ainsi que du travail des PAB peu glorieuse. Cela affecte la motivation des employés actuels et futurs et affecte la confiance de plusieurs envers les CHSLD. De plus, selon elles, le métier de PAB doit être davantage estimé et prisé autant par les autres employés des établissements, que par les familles des résidents et de la société en général. Elles sont des actrices primordiales dans le processus d'*empowerment* des personnes âgées vivant en CHSLD. Les participantes soulèvent aussi que les CHSLD sont des milieux qui gagnent à être connu et perçu de manière plus positive par l'ensemble de la population.

Puis t'sais on est dans un cercle vicieux, quels jeunes va vouloir venir travailler en santé avec tout ce qui est véhiculé dans les médias, le niveau de difficulté, les épuisements professionnels, les *burn-out* ? (R5)

### **La délégation des tâches**

Pour plusieurs raisons, la mise en application de l'*empowerment* repose sur différents acteurs gravitant autour des résidents. En effet, 6 participantes sur 8 affirment que c'est un travail d'équipe, que ce soit avec les différents professionnels et ergothérapeutes, physiothérapeutes, l'équipe de soin (infirmières et PAB), l'équipe de gestion (chef de service et gestionnaire) ou bien l'entourage du résident. En lien avec le travail d'équipe, deux TS mentionnent :

L'*empowerment* repose sur le travail d'équipe. (R3)

Je pense que les enfants et les proches ont un rôle important dans la prise de parole pour leurs parents qui ne peuvent pas s'exprimer. Même pour une personne qui peut s'exprimer, mais qui ne le fait pas. (R8)

Comme nous avons mentionné plus haut, les travailleuses sociales passent plus de temps à faire des tâches indirectes que direct avec les résidents. Également, nous avons soulevé que pour les TS recrutées, une manière de mettre en lumière l'*empowerment* des résidents passe par les AVQ. Par conséquent, on peut relever une délégation de la mise en application de l'*empowerment* aux PAB. Effectivement, ce sont ces dernières qui gravitent à tout moment auprès des résidents et qui sont présentes lors des AVQ. Les 8 participantes sont d'un commun accord avec les affirmations suivantes de R2 et R3 :

Les PAB c'est le membre de personnel, le plus important en CHSLD, en milieu de vie, parce que nos gens ont besoin de soins quotidiens. (R2)

[...] Les préposées parce que c'est eux autres qui sont au quotidien, qui sont... T'sais dans le fond, moi les préposées, ce sont mes yeux et mes oreilles. (R3)

À cet effet, ce sont elles qui généralement mettent en pratique les objectifs et les moyens des plans d'intervention créés par l'équipe multidisciplinaire, dont les TS et ce sont elles qui peuvent donner des informations aux travailleuses sociales concernant les résidents. En effet, 2 participantes mentionnent que pour remplir la grille SMAF elles doivent discuter avec l'équipe de soins puisque ce sont les membres de cette équipe qui ont accès à ce genre d'informations. Ce sont aussi les PAB qui permettent ou non aux résidents de faire des choix durant les AVQ. De plus, elles peuvent être témoins lorsque



les usagers vivent des situations qui briment leurs droits. Ayant conscience du rôle des membres de cette équipe, les répondantes ont nommé l'importance pour elles de transmettre les informations aux infirmières et surtout aux PAB pour qu'elles aient conscience de son importance et qu'elles puissent offrir des opportunités d'*empowerment* aux résidents.

C'est pourquoi, la responsabilité de maintenir et voir développer l'*empowerment* revient, par moment et à un certain niveau aux PAB. La délégation de cette tâche se fait de différentes manières selon les répondantes. Une manière de faire est que la TS transmette l'information à l'infirmière chef d'équipe de l'unité pour que celle-ci transmette l'information aux PAB. Une autre participante nomme aller directement sur l'unité pour transmettre l'information aux PAB de vive voix. D'autres TS prennent pour acquis que les PAB lisent les plans d'intervention des résidents et mettent les moyens en pratique. Toutefois, il est important de mentionner que les TS n'ont aucun pouvoir hiérarchique sur les PAB et que ces dernières ont également leur propre réalité de travail. En d'autres mots, les PAB peuvent en tout temps refuser de faire ce que les TS leur demandent.

Par ailleurs, l'actualisation de l'*empowerment* peut aussi être déléguée à la famille de l'usager. Les membres de l'entourage sont les personnes qui connaissent le mieux le résident. La proximité du lien peut faciliter le résident à communiquer ses besoins et ses envies. Malgré les valeurs et les connaissances des TS face à l'*empowerment*, la mise en

action de ce concept ne repose pas uniquement sur elles au contraire, mais bien sur les différents acteurs présents quotidiennement auprès des individus hébergés

Somme toute, selon les répondantes à l'étude, il est possible pour les résidents en CHSLD de mettre en action leur *empowerment*, grâce aux opportunités présentes dans le milieu de vie. Cependant, elles rappellent que les atteintes cognitives et la perte d'autonomie des résidents affectent grandement ce processus, tout comme le manque de temps subi par plusieurs acteurs des CHSLD pour mettre en œuvre des pratiques d'*empowerment*. Les répondantes suggèrent donc de diminuer les attentes par rapport aux résultats obtenus dans les démarches d'*empowerment* auprès des personnes hébergées en CHSLD. Elles ne cachent pas non plus leurs doutes et leurs inquiétudes face à la faisabilité et les possibilités considérant la réalité actuelle du réseau de la santé et des services sociaux. Malgré la complexité et les barrières de la mise en action de l'*empowerment*, les TS témoignent de sa nécessité et de son importance.

## **Chapitre 5**

### **Discussion**

Cette discussion se divise en trois parties. Pour commencer, nous aborderons l'importance de l'*empowerment* en travail social. Par la suite, nous verrons que celui-ci peut être un idéal difficile à mettre en application pour les TS en CHSLD. Enfin, nous analyserons certaines stratégies à l'application de l'*empowerment*.

### **Un lien fort entre le travail social et la notion d'*empowerment***

Grâce à nos entrevues et à l'analyse de nos résultats, nous avons été en mesure de comprendre que les travailleuses sociales répondantes ont à cœur l'*empowerment* des résidents. Toutefois sa mise en application aussi bénéfique soit-elle s'avère ardue puisqu'elle est affectée négativement par plusieurs éléments.

### **L'*empowerment* comme un pilier identitaire des TS**

La formation universitaire au baccalauréat en travail social offre des cours sur les différentes populations cibles avec lesquelles les futures professionnelles seront appelées à travailler. Des cours d'intervention sont aussi présentés pour former les étudiantes à interagir adéquatement avec leur future « clientèle » et leurs problématiques associées. Ceci étant dit, l'idée qu'on se fait du travail de TS est souvent reliée à un métier où les interventions avec les humains et la volonté d'aider les autres sont au cœur du quotidien. En effet, la personne aidée est au centre des préoccupations des travailleuses sociales

(Larivière, 2013). D'ailleurs, ces professionnelles sont encadrées par certains principes prônés par leur profession. Selon le Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux (OTSTCFQ, 2012, p. 7), on retrouve parmi ceux-ci : « la croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer; le respect des droits des personnes, des groupes et des collectivités; le respect du principe d'autonomie de la personne et du principe d'autodétermination et la promotion des principes de justice sociale ». À travers ces principes on constate certaines valeurs de base du travail social soit : la justice sociale, l'autodétermination ainsi que l'*empowerment* individuel et collectif. Malgré la complexité que demande la mise en application de l'*empowerment*, les travailleuses sociales rencontrées ont toutes nommée leur intérêt et leur volonté à le faire. De plus, quatre d'entre elles ont verbalisé la nécessité de sa mise en action auprès de cette population vulnérable.

Les définitions de l'*empowerment* de 6 répondantes sur 8 étaient vagues. Ce n'est pas chose surprenante, ce terme et sa définition demeurent largement abstraits dans la littérature (Le Bossé 2003; Ninacs, 1995). Néanmoins, les répondantes sont unanimes, chacune d'entre elles misent sur l'*empowerment* au quotidien. Elles croient qu'en CHSLD l'*empowerment* se traduit par la capacité à exprimer ses besoins et ses désirs à travers les différentes situations du quotidien (Charpentier & Soulières, 2007). De manière plus précise, elles tentent de transmettre les informations importantes aux résidents, les inclure dans l'élaboration de leur plan de séjour et leur offrir des opportunités de choix et de prise de décisions. Par ces gestes, les répondantes croient en la possibilité pour les résidents

d'avoir un certain contrôle et une meilleure qualité de vie. Cependant, avec leurs réalités actuelles, les TS rencontrées se trouvent devant plusieurs embûches. Comme nous avons pu le constater auparavant, le manque de temps, la lourdeur administrative, la perception négative à l'égard de certains résidents ainsi que le ratio TS-résidents sont des éléments nuisant à la mise en application de l'*empowerment* dans le quotidien.

### **Un idéal fragilisé en CHSLD : Une critique de la capacité d'application de l'AMV**

Comme nous l'avons vu précédemment, l'AMV offre, en théorie, des manières de faire pour favoriser la prise en considération des besoins et des personnalités des résidents. De plus, cette approche mise sur le respect du rythme de la personne et de ses envies. Ndjapel (2014, p. 93) souligne : « l'AMV invite à une nouvelle vision de la santé. Une santé qui ne s'enracine pas seulement dans le soin, mais qui va au-delà de cette dimension ». L'AMV permet de créer un environnement où la sphère sociale est importante et même essentielle. Toutefois, telle que nommé par les répondantes de notre étude, il est inconcevable de respecter intégralement et avec tous les résidents la philosophie de l'AMV tel que souhaité par le MSSS, considérant la réalité institutionnelle actuelle et ses obstacles (Aubry, Couturier, & Gilbert, 2013). Effectivement, le manque de temps, la lourdeur des tâches, des cas de plus en plus lourds ainsi que la priorité de certaines tâches sont parmi les embûches à la réalisation de l'AMV en CHSLD. Les répondantes sont unanimes, cette approche est pertinente et essentielle, mais à la fois difficile à respecter dans son intégralité. En effet, comme le terme *empowerment*, l'AMV

est vague pour plusieurs employés des CHSLD et aucune formation en lien n'est offerte (Ndjapel, 2014). Également, le manque de personnel et le roulement de celui-ci affectent le respect de cette approche (Ndjapel, 2014). Par ailleurs, selon la Direction des travaux parlementaires (2016, p. 5) :

La place qu'occupent les soins de santé compromet par moments l'approche milieu de vie. Un certain manque de souplesse dans l'organisation impose parfois des soins et des services à heures strictes. Cette situation, dictée par l'horaire de travail, constitue une entrave à la création d'un réel milieu de vie pour les résidents.

On comprend donc que la sphère médicale ainsi que les conditions organisationnelles ont un impact considérable sur la mise en application de l'AMV. Il s'avère ardu de mettre en lumière la dimension sociale de la santé dans un environnement où les soins médicaux sont priorités. Cette réalité empêche d'accorder autant de temps que souhaité par les TS rencontrés pour mettre à l'avant plan l'*empowerment* des résidents.

### **Une perception désenchantée de l'activité de TS en CHSLD**

D'entrée de jeu dans le document gouvernemental de 2016 nommé *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD*, on y mentionne que les services en travail social sont des services qui sont ou peuvent être requis à un moment ou à un autre durant le séjour du résident. Ceci dit, ce ne sont pas des services offerts d'emblée ni tout au long des séjours. De plus, ce type de services n'est pas

vu comme étant ni essentiel ni prioritaire par l'institution. Donc, l'établissement offre des services sociaux à ceux qui en ont vraiment besoin. Selon ce principe, on constate le manque de considération face à l'importance des déterminants sociaux de la santé et par le fait même à l'égard de la dimension sociale (Larivière, 2012), donc l'*empowerment* des résidents. Comme nous avons pu le constater auparavant, en CHSLD, les TS sont peu nombreuses, une par établissement ou même une pour deux établissements. Elles ont plusieurs résidents à leurs charges ayant des réalités complexes et des troubles concomitants. Leur employeur leur demande de faire plusieurs tâches administratives qui au final n'est pas assez dirigé vers le bien être des résidents. Deux répondantes verbalisent :

T'sais j'ai fait 3 heures et demie d'intervention puis d'analyse d'un dossier, puis on me dit qu'il n'y a plus les moyens d'un comité spécial pour reprendre le jus que j'ai été cherché. C'est frustrant ! C'est... Ça va au-delà de mes... Ça va à l'encontre de mon rôle. (R4)

On nous demande de faire plus avec moins, mais c'est rarement dans l'intérêt direct du résident. (R5)

La réalité des tâches que doivent accomplir les TS en CHSLD comporte une grande charge administrative qui confronte l'idéal de travail des répondantes. Chacune d'entre elle s'entendent pour dire qu'elles n'ont pas fait leur étude dans l'optique de faire autant de tâches de « bureau ». L'employeur et l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec demandent de faire une évaluation du fonctionnement social des personnes. Cependant, si les informations recueillies ne sont pas mises en lumière et utilisées pour le bien être des résidents, les TS rencontrées questionnent sa pertinence. En



effet, celles-ci doivent démontrer une capacité de rendement pour satisfaire les exigences de leur employeur même si ces exigences confrontent par moment leurs propres valeurs. D'ailleurs certaines TS ont nommé être fatiguées de devoir revendiquer leur pertinence et leur importance auprès des gestionnaires et des membres des différentes équipes. Dans un contexte où l'importance de la sphère sociale est sous-estimée, où les exigences organisationnelles ont priorité et où l'efficacité règne, il peut être décourageant de déployer davantage de temps et d'énergie face à une pratique auxquelles peu de gens accordent de l'importance. De plus, étant la seule TS dans l'établissement, aucun cadre de soutien ou de référence entre collègue de profession se trouve à proximité. Elles peuvent tout de même se solliciter entre TS du CISSSO lors de leurs rencontres de supervisions mensuelles lorsque ces dernières ne sont pas annulées faute de temps.

### **Un idéal difficile à mettre en application**

A travers l'analyse de nos résultats, nous avons pu observer un certain cynisme dans les discours des répondantes. En effet, ce sentiment perçu peut être une réponse aux obligations institutionnelles qui vont à l'encontre des valeurs et du jugement clinique de ses professionnelles (Robert & Bergeron, 2018). Selon Rolo (2017, p. 267), la souffrance éthique se ressent lorsqu'un travailleur « devient la victime de sa propre conduite, de ce qu'il accepte de faire – quand bien même ce serait à regret – au nom de la raison instrumentale ». Autrement dit la souffrance éthique renvoie au malaise qu'un employé peut ressentir lorsqu'il fait des actions, des tâches qu'il trouve moralement ardu de faire,

mais qu'il doit tout de même exécuter dans l'optique de répondre aux exigences de son employeur (Rolo, 2017). Lors de nos entrevues, les TS interviewées ont toutes nommées comme désavantages de leur travail en CHSLD la grande proportion de tâches administratives dans leur quotidien. Le malaise qu'elles vivent est réel. R5 mentionne :

Si j'étais pas obligé d'en faire [des tâches administratives] j'en ferais pas.

Quant à R4, elle verbalise :

J'ai pas toujours l'impression d'faire ma job. J'ai pas étudié en travail social pour faire ça.

Une autre répondante a verbalisée qu'elle connaissait que « ses » résidents « sur papier », car elle avait peu d'occasions de les côtoyer en personne. Cette incapacité à mettre en place son idéal de travail apporte son lot de conséquences sur les professionnelles. Toutes les travailleuses sociales rencontrées ont nommé leur déception face au manque d'interactions entre elles et les résidents, car c'est un aspect de leur travail qu'elles affectionnent particulièrement. Le contact avec les « clients » est la raison principale de leur choix de carrière. Comme le mentionne Puzé (2016, p. 23), « les interventions de réseautage, de médiation et d'*empowerment*, par exemple, ne sont pas compatibles avec les standards de performance quantitatifs établis au préalable; s'ensuit indubitablement un décalage entre le travail prescrit et souhaité ». Cette affirmation reflète bien les propos tenus par les TS lors des entrevues. Elles ont une vision du travail social, des valeurs, des envies en lien avec la façon d'exercer leur métier, cependant

l'environnement de travail et les conditions organisationnelles ne permettent pas d'atteindre ou de respecter cet idéal. Elles doivent donc exécuter régulièrement des tâches qui ne répondent pas à leurs valeurs et qui fait en sorte qu'elles se retrouvent en souffrance éthique. Cette souffrance s'attaque directement à l'estime personnelle et à l'identité professionnelle (Rolo, 2017). Elle crée également un sentiment d'auto-trahison chez ces professionnels (Rolo, 2017). On observe alors une perte de sens du métier exercer chez ces travailleurs. Selon Lemire Auclair (2016, p. 6) :

Il n'est d'ailleurs pas rare d'entendre des travailleuses sociales dire qu'elles ont l'impression « de ne plus faire de travail social ». Cette déclaration, selon moi, n'illustre pas tant l'absence des actes professionnels des travailleuses sociales dans le réseau, que le profond malaise vécu dans le cadre de leur pratique en milieu institutionnel.

Les conséquences de cette souffrance ressentie par les TS à nécessairement un impact négatif sur la manière dont elles travaillent et sur l'*empowerment* des résidents.

### **Un manque d'ancrage de l'*empowerment* aux tâches prescrites**

Dans la section résultats, nous avons présenté les tâches prescrites des répondantes par leur employeur. Nous avons pu observer que les travailleuses sociales devaient répondre à une panoplie de tâches selon 4 sections distinctes. Les tâches d'intervention sont demandées lorsqu'un besoin se présente et peu de tâches sont concrètement en lien avec l'*empowerment* des résidents. Non seulement peu de tâches favorisent l'*empowerment*, mais le contexte institutionnel des CHSLD ne priorise pas le

développement d'un lien de confiance entre les TS et les résidents. Cependant, l'*empowerment* se crée à l'aide de la relation entre l'intervenant et l'aidé (Ninacs, 1995). Selon les définitions fournies par nos répondantes et celles de la littérature, l'*empowerment* passe nécessairement par une interaction entre l'aidé et l'aidant. Selon Lemay (2007, p. 170), «L'*empowerment* renvoie à l'établissement d'un rapport d'interdépendance où chacun [l'aidant et l'aidé] apprend et évolue d'une manière mutuellement bénéfique ». Toutefois, établir une relation d'aide demande du temps et de la disponibilité. En effet, le professionnel doit prendre le temps de rencontrer la personne, l'écouter et l'accompagner face à des objectifs conjointement choisis (Pauzé, 2016). Rappelons que selon les TS rencontrées, l'implication du résident dans la création de son plan de séjour, et donc dans le choix de ses objectifs de séjour, n'est pas toujours favorisée ni possible. Les acteurs concernés par l'actualisation de l'*empowerment* ont besoin de temps et de facteurs favorisant sa mise en application (Lemay, 2007; Ninacs, 1995). Selon les répondantes, la notion de temps est cruciale. Réaliser une évaluation du fonctionnement social complète et rigoureuse avec des individus ayant pour la plupart un état cognitif limité ou ayant peu de proches aidants nécessite du temps, tout comme développer un plan d'intervention selon les besoins de la personne et mettre en application les moyens pour atteindre les objectifs du plan. Que ce soit avec le résident ou ses proches aidants, développer un lien de confiance nécessite plus qu'une rencontre. De plus, il faut prendre en considération plusieurs facteurs singuliers propres à chacun : maladie, besoins spécifiques, compétences, etc. et aller au rythme de la personne (Bédard & Beaulieu, 2015; Lemay, 2007; Ninacs, 1995). Le temps nécessaire pour développer une relation

d'aide ne peut être ni prédit ni calculé préalablement (Pauzé, 2016). Cependant, comme nous l'avons vu dans les résultats, les TS ne peuvent allouer que très peu de temps aux résidents. Ceci nuit clairement au développement d'une relation entre l'aidant et l'aidé et donc à l'*empowerment* des résidents. Considérant l'absence de tâches concrètes en lien avec l'*empowerment* et donc l'absence de consignes claires à cet effet, la mise en action de l'*empowerment* par les TS rencontrés devient alors subjective et personnelle à chacune.

On peut se questionner sur la qualité et la profondeur de la relation d'aide entre les travailleuses sociales et les résidents étant donné que les professionnelles passent peu de temps sur les unités de vie et avec les « usagers ». 6 participantes sur 8 ont nommé avoir très peu d'interaction avec les résidents dus à deux raisons majeures soit le manque de temps et la lourdeur des tâches administratives. De plus, selon les témoignages recueillis, les TS décident d'elles-mêmes d'aller sur les unités de vie pour rencontrer les résidents. Sinon, elles s'y rendent pour accomplir certaines de leurs tâches. Elles reconnaissent unanimement passer peu de temps sur les « étages ». Les demandes de l'institution, les exigences ministérielles ainsi que les tâches de l'employeur confrontent par moment les valeurs et les principes du travail social. Cette réalité complexifie la manière dont les travailleuses sociales exercent leur métier. Considérant qu'aucune tâche en lien avec l'*empowerment* des résidents n'est demandée, il s'avère ardu pour les TS de le mettre en action, car selon leur employeur, rien ne les oblige. Toutefois, ayant conscience des valeurs de leur profession et de leurs valeurs personnelles, l'envie de mettre de l'avant ce

concept est présente. Tel que mentionné dans les résultats, certaines TS peuvent se trouver au cœur d'un dilemme éthique. Lemire Auclair (2016, p. 5) souligne :

[...] alors que les travailleuses sociales souhaitent orienter leur action vers la création et le maintien d'un lien favorisant et soutenant la mobilisation des individus vers un changement significatif pour eux, l'organisation exige plutôt qu'elles gèrent, règlent et résolvent des « dossiers » ou des « cas » dits sociaux.

Malgré le désir des répondantes de créer des liens et de mettre à profit l'*empowerment* des résidents, le contexte actuel de leur environnement de travail nuit à leur volonté.

### **Des facteurs organisationnels contraignants qui empêchent l'application de l'AMV**

Les répondantes ont toutes verbalisé l'envie et la nécessité de passer plus de temps avec les résidents et de travailler l'*empowerment* de ces derniers. Cependant, selon elles, les demandes et les conditions institutionnelles les briment dans cet élan. L'absence d'interventions et de disponibilités professionnelles envers les résidents en CHSLD ont un impact considérable sur ceux-ci. Cette conséquence peut se traduire par un faible soutien, un accompagnement personnalisé limité et un manque de services sociaux (Robert & Bergeron, 2018). C'est exactement ce que nous avons pu observer lors de nos entrevues. Les TS répondantes ne peuvent offrir des services de qualité à tous les résidents des CHSLD. De ce fait, les cas considérés les plus « lourds » et les urgences sociales sont priorisés. Toutefois, avec ce genre de cas, selon les travailleuses sociales

rencontrées, elles disent se sentir davantage dans la gestion de crise que dans l'établissement d'une relation à plus long terme. En intervention sociale, la disponibilité, la notion de temps ainsi que l'adaptation sont des facteurs à privilégier. Cependant, ceux-ci confrontent les « exigences de productivité à court terme » (Bourque, 2009, p. 165). La vision idéalisée de leur travail est difficile à mettre en place avec des conditions organisationnelles misant sur la quantité des tâches et des interventions et non la qualité de ces dernières (Larivière, 2012). Selon Lemire Auclair (2016, p. 6), « on attend moins d'une travailleuse sociale qu'elle fasse preuve de compétence et de rigueur professionnelle, mais plutôt qu'elle soit flexible, polyvalente et en constante adaptation par rapport à son milieu et à ses exigences changeantes ». Suite à cette affirmation, on peut comprendre que les travailleuses sociales doivent répondre en premier lieu aux exigences de son employeur. Elles doivent donc mettre en deuxième plan leurs propres principes et valeurs appris durant sa formation académique et selon leur ordre professionnel. Cet étouffement obligé crée nécessairement une souffrance chez les travailleuses sociales.

Dans le même ordre d'idée, comme nous l'avons vu dans la section Résultats, l'environnement de travail dans lequel œuvrent les travailleuses sociales n'offre pas les conditions organisationnelles idéales pour mettre en application l'*empowerment* des individus hébergés. Ce sont d'ailleurs ces éléments qui ont le plus d'impact négatif sur la mise en action de l'*empowerment* selon les répondantes. Il est principalement question de la présence d'une seule travailleuse sociale par établissement (et certaines d'entre elles doivent en couvrir deux) et de la réalité complexe et des problématiques concomitantes

ainsi qu'une charge de travail importante. De plus les TS sont confrontées à une grande charge de travail administrative qui laisse peu de place à l'accompagnement des résidents. Les conditions organisationnelles ont un réel impact sur le travail effectué par les TS et tous les employés gravitant autour des personnes âgées hébergées en CHSLD.

### **Une gestion déficiente empêchant la mise en œuvre de l'*empowerment* des résidents**

Tel que mentionné par la totalité des répondantes, la manière de gérer l'environnement de travail a des impacts négatifs ou positifs autant sur les employés que sur les résidents. En effet, certaines TS rencontrées ont nommé que leur gestionnaire était peu présente dans le milieu de vie et qu'elle était peu disponible à leur offrir du soutien ponctuel. Les TS interviewées l'expliquait par le fait que les gestionnaires devaient s'occuper de plusieurs établissements à la fois et qu'elles étaient souvent absentes. Également, certaines TS ont mentionné que leurs gestionnaires n'avaient pas conscience de la réalité vécue sur les unités de vie. Elles ont aussi mentionné que leurs gestionnaires n'étaient pas issus du domaine social, mais plutôt médical. À cet effet, Larivière (2013, p. 77) mentionne « c'est toutefois autour des facteurs reliés à la gestion que se cristallise habituellement l'éloignement entre les valeurs personnelles, professionnelles et le mode de fonctionnement de l'environnement de travail ». Une gestion n'ayant pas à cœur ou du moins la connaissance des valeurs sociales aura un impact négatif sur les travailleuses sociales et sur leurs tâches, comparativement à une gestion de proximité. Ce type de gestion implique les employés dans les décisions qui les concernent. L'opinion et le point



de vue des employés sont davantage entendus et pris en considération. C'est pour cette raison que les répondantes croient en ce type de gestion. En effet, certaines répondantes nomment que par moment, elles ne se sentent pas écoutées par leurs gestionnaires et que ces dernières saisissent mal la réalité des TS.

Toutefois, selon R2, sa gestionnaire valorisait l'*empowerment* et les interventions associées. Elle se sentait donc plus à l'aise de mettre à l'oeuvre l'*empowerment* des résidents elle-même en plus de faire de la sensibilisation et de l'éducation de cette valeur auprès de l'équipe de soin. Cette répondante verbalisait que par moment elle prenait le temps d'aller voir les résidents le matin pour leur demander ce qu'ils voulaient porter, sachant que les PAB n'ont pas toujours le temps de le faire. Par la même occasion, elle leur demandait quels sont leurs besoins particuliers de la journée et les prenait en note. Elle tentait donc d'y répondre au courant de la journée. Elle demandait aussi le soutien des PAB pour y arriver. De là est venu l'idée de créer un document pour les besoins et les envies des résidents. Au moment de l'entretien, cette TS travaillait avec sa gestionnaire sur l'élaboration d'un système simple comprenant différentes catégories de besoins des résidents. Le but étant que le matin, la TS ou les PAB puissent demander aux résidents s'ils avaient des envies particulières pour la journée : jouer à un certain jeu; manger quelque chose de spécifique; faire une sieste durant l'après-midi etc. Dans un contexte où la gestionnaire valorise la sphère sociale, il est plus facile de prendre le temps de créer des projets en lien avec l'*empowerment* de résidents.

### **L'impact de la nouvelle gestion publique**

Selon 2 participantes ayant plus de 10 d'expérience en CHSLD, le travail en centre d'hébergement a beaucoup changé au fil des années. Les 2 répondantes mentionnent que par le passé, elles avaient plus de temps avec les résidents pour créer leur lien de confiance et apprendre à les connaître. Elles étaient sur les unités de vie et pouvaient prendre le temps d'interagir avec ces derniers. De cette manière, les TS pouvaient évaluer les situations, trouver des pistes de solution et les mettre elles-mêmes en application. Cependant, la réalité actuelle n'est plus la même comme nous avons pu le comprendre dans la section précédente : imposante liste de tâches, plusieurs tâches administratives, peu de contacts avec les résidents, etc. Ce constat peut s'expliquer par le fait que la nouvelle gestion publique « met l'accent sur l'efficacité, le contrôle des coûts et la flexibilité organisationnelle, tout en centralisant le pouvoir de l'État » (Pauzé, 2016, p. 23). L'efficacité renvoie à la capacité de rendement et l'efficacité des employés. Ce qui peut expliquer la charge de travail élevée des TS et les nombreuses tâches administratives qu'elles doivent exécuter. En effet, le travail des intervenants se voit impacter par cette nouvelle vision de l'État (Larivière, 2012). Les employés sont directement touchés et affectés par certains éléments organisationnels : professionnel qui peut être assigné à deux établissements; l'augmentation du nombre de dossiers à charge; les tâches prescrites de type administratif; le roulement, le manque et l'épuisement du personnel. (Larivière, 2013). On constate aussi un manque de stabilité et de disponibilité des gestionnaires, le faible taux de tâches permettant le développement de son expertise professionnelle, un

manque de reconnaissance ainsi qu'une surcharge quantifiable de travail (Larivière, 2013). Selon Grenier, Bourque et St-Amour (2016, p. 10) :

Alors que la NGP annonçait un allègement important du processus bureaucratique, le travail de bureau et administratif devient paradoxalement un ensemble de tâches supplantant toutes les autres. Autrement dit, l'action devient plus importante que les actions elles-mêmes et leur qualité.

Par ailleurs, le rôle des travailleuses sociales œuvrant dans des programmes reliés au vieillissement s'est transformé pour se diriger davantage vers la gestion de cas (Bourque, 2009). Celle-ci se traduit par une pratique d'évaluation, de planification et de coordination des services nécessaires pour les usagers (Bourque, 2009). Ceci veut dire que la direction s'attend à ce que les TS fassent de la gestion de cas et non des suivis psychosociaux réguliers comme c'était la norme auparavant. Une participante soutient :

Fait que t'sais les régimes de protection, par exemple, c'est quand même urgent parce qu'il y a quelqu'un qui est à risque d'abus. Je trouve ça difficile, de me concentrer un peu plus sur la paperasse, sur les choses urgentes. Alors que si on faisait de la prévention ou de l'intervention plus vite, on ne se rendrait peut-être pas là. (R2)

Une autre relève :

Il y a une crise, on vous demande de venir, puis il n'y a plus de crise, on laisse faire. L'analyse en profondeur, on la fait quand on en a besoin, sinon c'est plus nécessaire. (R4)

Cette nouvelle réalité reflète une organisation fondée sur la productivité et l'efficacité de ses employés, et ce, au détriment des compétences et des acquis professionnels des travailleuses sociales (Bourque, 2009).

### **Stratégies de mise en application de l'*empowerment* : prendre sur soi ou déléguer**

Pour trouver un certain équilibre, nous avons vu à travers le discours de certaines répondantes, que par moment, elles mettent en œuvre des actions qui contredisent les demandes de leur employeur dans l'optique de respecter leur valeur : aller faire des courses pour des résidents; soutenir des collègues dans des situations difficiles; participer à des activités de loisirs avec les résidents etc. Une d'entre elle témoigne que de cette manière elle se sent utile et sent qu'elle fait des actions cohérentes avec ses valeurs. Selon l'Office de la langue française le terme stratégie se définit ainsi : « Ensemble des choix d'objectifs et de moyens qui orientent à moyen et à long terme les activités d'une personne, d'un groupe, d'une entreprise ou d'un organisme ». Dans cette section, nous allons aborder les trois stratégies mises en lumière par les travailleuses sociales pour répondre à l'*empowerment* des résidents : Utiliser son temps personnel, déléguer cette « tâche » d'*empowerment* et l'importance de gérer positivement cet aspect.

Lors de nos entretiens avec les répondantes, 2 d'entre elles ont insisté sur le fait que, pour répondre aux besoins des résidents, ils leur arrivaient de réaliser des actions sur

leur temps personnel, que ce soit durant leurs pauses ou bien en dehors de leurs heures de travail. En effet, R4 mentionne :

Des fois, au lieu de prendre ma pause dîner, j'veais donner d'mon temps à quelques résidents pour qu'ils puissent prendre le temps de manger seuls. C'est pas ma job, mais au moins j'me dis qu'ils vont avoir mis quelques choses en pratique cette journée-là.

Quant à R1 :

J'tallé voir une dame un samedi pour qu'elle puisse faire une plainte, parce que j'ai pas eu le temps dans ma semaine. C'tait important pour elle pis pour moi aussi.

À défaut d'avoir le temps et les conditions de mettre en action l'*empowerment* des résidents durant leur temps de travail, ces 2 TS le font sur leur temps personnel. On comprend donc l'importance de cette valeur auprès des travailleuses sociales. Malgré que cette stratégie permette l'actualisation de l'*empowerment* des résidents, cette manière de faire peut apporter son lot de conséquences pour les professionnelles qui l'utilise. Biron (2006, p. 219) mentionne :

Déjà la plupart des intervenants, sensibles à la souffrance des autres, sont enclin au surtravail devant l'ampleur des besoins autour d'eux; nombreux sont ceux pour qui mettre une limite à leur disponibilité demeure un défi. La pression supplémentaire du contexte productiviste contribue évidemment aux risques d'épuisement de ceux-ci.

Ces 2 TS affirment qu'elles utilisent cette stratégie occasionnellement. Néanmoins, elles soulèvent aussi ne pas pouvoir faire autrement puisque pour elles,

l'*empowerment* des résidents s'avère trop peu valorisé en CHSLD. Également, considérant le contexte organisationnel dans lequel elles œuvrent, les opportunités qu'elles ont pour mettre à profit cette valeur sont minimales.

Chaque travailleuse sociale rencontrée a nommé que les PAB ont une incidence importante quant aux opportunités de choix offert aux résidents. En effet, malgré que celles-ci n'ont pas nécessairement les mêmes connaissances de l'*empowerment* que les TS, ce sont bien les PAB qui gravitent à chaque instant auprès des résidents et donc qui partagent leur quotidien. Cette omniprésence de cette catégorie d'employées autour des résidents explique en partie pourquoi les travailleuses sociales leur délèguent cette tâche. En effet, comme nous l'avons mentionné plus haut, les 8 TS rencontrées ont nommé comme stratégie la délégation de cette tâche aux préposées aux bénéficiaires. Selon les répondantes interviewées, la délégation de l'*empowerment* se fait de plusieurs manières : transmettre l'information à l'infirmière chef d'équipe de l'unité pour que celle-ci véhicule l'information aux PAB; aller directement sur l'unité pour transmettent l'information aux PAB de vive voix et prendre pour acquis que les PAB vont lire les plans d'intervention des résidents et les mettent en pratique. Cependant, plusieurs éléments empêchent cette stratégie de fonctionner. Tout d'abord, les PAB ont déjà leur propre réalité terrain chargée avec une imposante liste de tâches à exécuter (Aubry et al., 2013). On comprend donc que le temps est une ressource rare autant pour les TS que pour les PAB. Ensuite, on constate le manque criant d'employés de cette catégorie (Aubry et al., 2013). En effet, selon les propos des TS rencontrées, il n'est pas rare que les PAB soient en déficit de main d'œuvre

sur chaque quart de travail. Enfin, rappelons que les TS n'ont aucun pouvoir hiérarchique sur les PAB. Celles-ci n'ont donc pas l'obligation de répondre aux demandes des TS. Considérant que les PAB travaillent dans le quotidien des résidents, les opportunités de mettre en pratique l'*empowerment* des résidents sont nombreuses. Cependant, il faut prendre en compte leur propre réalité organisationnelle qui n'est pas mieux que celle des TS.

La délégation de l'*empowerment* peut également se faire auprès des proches aidants. En effet, les répondantes s'attendent à une certaine implication de leur part. Cet engagement prend différentes formes. Les visites quotidiennes est l'implication la plus importante selon les TS interviewées. Malgré que les résidents soient en CHSLD, les visites et les interactions quotidiennes avec leurs familles est cruciale, car elles permettent de briser l'isolement (Direction des travaux parlementaires, 2016). De plus, si les résidents ont besoin de quelque chose, l'aide de la famille est sollicitée. Également, on s'attend que les familles soient présentes dans les rencontres multidisciplinaires de suivis : plan d'interventions ou suivi de la condition de santé du résident. La communication et l'échange d'informations entre les acteurs est primordiale. Les TS rencontrées nomment l'importance de communiquer réciproquement des informations qui pourraient avoir un impact sur la qualité de vie du résident. Dans le même ordre d'idée, lorsqu'un résident est en crise ou est plus agité qu'à la normal, les familles sont interpellées pour prendre soin de ce dernier. Selon les propos des TS, plusieurs résidents se sentent plus rapidement en sécurité en présence de leurs proches. Par ailleurs, les motivations de l'implication de la

famille auprès du proche aidé peuvent être multiples. Une répondante se questionne, est-ce que c'est par amour ? Par nécessité ? Par culpabilité ? Dans tous les cas, selon elle, l'implication part d'une bonne intention. Chacune des participantes s'entendent pour dire qu'en aucun cas, elles mettent de la pression sur les familles pour s'impliquer. Elles apprécient quand les familles s'engagent, mais comprennent lorsqu'elles ne peuvent pas le faire. Le manque de temps et l'éloignement géographique seraient les raisons principales du manque d'implication selon les TS rencontrées. Ces stratégies utilisées par les TS leurs permettent de faire un compromis entre leur idéal et la réalité de leur environnement de travail.

On comprend donc que les éléments élaborés dans cette section sont tous reliés. Les travailleuses sociales œuvrent dans un environnement organisationnel ne permettant pas, ou du moins peu, de travailler selon l'idéal qu'elles s'étaient faites de leur métier. Ceci occasionne pour certaines d'entre elles une souffrance éthique de devoir accomplir des tâches qui ne concordent pas avec leurs valeurs ni avec leur idéal de travail. Pour se protéger, elles mettent en place des stratégies pouvant à un certain degré leur permettent de répondre à ce dit idéal, mais ayant comme conséquence à moyen ou long terme l'épuisement professionnel et la déléation de tâches. La mise en application de l'*empowerment* chez les personnes âgées hébergées en CHSLD est confrontée à cette réalité vécue par les professionnelles.



## **Conclusion**

Avec cette étude qualitative, nous avons voulu identifier les facteurs favorables et défavorables à la mise en application de l'*empowerment* chez les personnes âgées hébergées dans les CHSLD de l'Outaouais, et ce, selon le point de vue des travailleuses sociales y œuvrant. Nos entrevues nous ont permis de mettre en lumière la réalité vécue par ces professionnelles. L'analyse de nos résultats démontre que c'est l'organisation du travail qui a le plus d'influence sur l'*empowerment* au quotidien des résidents. En effet, l'organisation du travail joue un rôle primordial sur le nombre d'employé présent, la charge et les routines de travail, sur les tâches demandées ainsi que sur le temps accordé aux personnes âgées et aux tâches directes avec ces dernières. Ces éléments ont donc une grande incidence sur la capacité des TS de mettre en œuvre des stratégies d'*empowerment*.

Également, nous avons pu constater qu'actuellement dans les CHSLD, nous accordons davantage d'importance à la sphère médicale qu'à la sphère sociale. La présence d'une seule travailleuse sociale par établissement ou même pour deux en est un bon exemple. Cette réalité explique en partie le manque d'opportunités des TS à passer du temps de qualité avec les résidents et à répondre à leurs besoins sociaux. Il s'avère donc ardu pour ces professionnelles d'être dans la prévention des problématiques sociales vécues par les personnes âgées. En effet, elles gèrent davantage des urgences administratives. Nous croyons qu'il serait davantage bénéfique pour les résidents et pour l'actualisation de leur *empowerment* de mettre davantage d'emphase sur la prévention de

la dimension sociale de leur réalité. Il serait donc naturel que les tâches principales des TS priorise l'être humain et non l'aspect administratif de leur métier. De ce fait, on peut poser l'hypothèse que les TS seraient davantage en harmonie avec leur idéal de travail et vivraient moins de souffrance éthique.

Dans le même ordre d'idée, nous avons vu que la perception populaire à l'égard des personnes âgées et des CHSLD est principalement péjorative. Considérant que le vieillissement de la population est un enjeu réel, il serait bénéfique en tant que société de se questionner sur la manière dont on traite nos personnes âgées dans ces établissements. Quelle est la place de l'*empowerment* en CHSLD ? Est-t-elle acceptable ? Qu'est-ce que la société est prête à faire pour améliorer les conditions de vie des personnes âgées en CHSLD ? A l'heure de la révélation de scandales en CHSLD consécutifs à la crise de la COVID-19, il est temps de s'interroger sur les pratiques d'*empowerment* à mettre en œuvre dans ces milieux, et de déterminer la place des TS dans l'élaboration et la mise en œuvre de celles-ci.

## Références

- Aubry, F. (2014). L'individualisation et la responsabilisation des aides-soignantes et des préposés aux bénéficiaires, tendances actuelles en question. Dans F. Aubry & Y. Couturier (Éds), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes entre domination et autonomie* (pp. 1-10). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Aubry, F., Couturier, Y., & Gilbert, F. (2013). L'application de l'approche milieu de vie en établissement d'hébergement de longue durée par les préposés aux bénéficiaires du point de vue des préposés, infirmières auxiliaires et infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 10(1), 52-61.
- Bacqué, M.-H., & Biewener, C. (2013). *L'empowerment, une pratique émancipatrice*. Paris, France: La Découverte.
- Balard, F. (2010). Quels territoires pour les personnes âgées fragiles ? *Gérontologie et société*, 33/132(1), 177-186.
- Balard, F., & Somme, D. (2011). Le refus d'aide et de soin des personnes âgées en situation complexe. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1), 85-100.
- Beaud, J-P. (2009). L'échantillonnage. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données* (pp. 251-286). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Bédard, M.-È., & Beaulieu, M. (2015). La défense des droits des aînés au Québec : protection et *empowerment*. *Le sociographe*, 50(2), 33-42.
- Bellot, C., Bresson, M., & Jetté, C. (2013). *Le travail social et la nouvelle gestion publique*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Bentayeb, N., & Goyette, M. (2013). Évaluer l'action sociale dans le cadre des exigences de la Loi sur l'administration publique. Dans C. Bellot, M. Bresson, & C. Jetté (Éds), *Le travail social et la nouvelle gestion publique* (pp. 59-74). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Biron, L. (2006). La souffrance des intervenants : perte d'idéal collectif et confusion sur le plan des valeurs. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 36(1), 209-224.

- Boily, M., & Bourque, S. (2011). *Cadre de référence : l'évaluation du fonctionnement social*. Repéré à <https://beta.otstcfq.org/sites/default/files/cadre-referance-evaluation-fonctionnement-social.pdf>
- Bourque, D. (2009). La création des CSSS et certains de ses effets sur les pratiques des travailleuses sociales. *Intervention, 131*, 161-171.
- Bourque, D. (2017). *Évolution et enjeux de la transformation du travail social au Québec*. Communication présentée au Colloque international Les mutations du travail social : regards croisés sur l'état des lieux et perspectives internationales, Université du Havre, France.
- Bourque, M., & Grenier, J. (2018). *Les services sociaux à l'ère managériale*. Québec, QC: Presses de l'Université Laval.
- Cantelli, F. (2013). Deux conceptions de l'empowerment. *Politique et sociétés, 32*(1), 63-87.
- Caradec, V. (2007). L'épreuve du grand âge. *Retraite et société, 52*(3), 11-37.
- Charpentier, M., Guberman, N., & Soulières, M. (2010). Vivre et vieillir en milieu d'hébergement. Dans M. Charpentier (Éd.), *Vieillir au pluriel, perspectives sociales* (pp. 315-328). Québec, QC: Presses de l'Université de Québec.
- Charpentier, M., & Soulières, M. (2007). *Vieillir en milieu d'hébergement : le regard des résidents*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Cloutier, G. (2018). *Comment se porte le travail social?* Repéré à <https://beta.otstcfq.org/l-ordre/evenements-et-campagnes/le-travail-social-dans-tous-ses-etats/le-travail-social-ici-et-ailleurs/comment-se-porte-le-travail-social>
- Collège des médecins du Québec. (2015). *La pratique médicale en soins de longue durée*. Montréal, QC: Auteur. Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-04-01-fr-pratique-medicale-en-soins-de-longue-duree.pdf>
- Côté, J.-G., Savard, S., & Scarfone, S. (2017). *Le vieillissement de la population et l'économie du Québec*. Repéré à <https://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=9288>
- Couturier, Y., Aubry, F., & Gilbert, F. (2013). *La formation AGIR auprès de la personne âgée : impacts sur la pratique des préposés aux bénéficiaires en CHSLD. Carnet synthèse*. Montréal, QC: Centre InterActions – CIUSSS du Nord de l'Île de Montréal.

- Couturier, Y., Etheridge, M., & Boudjémaa, M. (2014). Les préposés aux bénéficiaires et l'injonction à améliorer la qualité des services dans les organisations de soins de longue durée au Québec. Dans F. Aubry & Y. Couturier (Éds), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes entre domination et autonomie* (pp. 75-87). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Da Roit, B., & Le Bihan, B. (2009). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et en Italie. Familiarisation ou défamiliarisation du care ? *Lien social et Politiques*, 62, 41-55.
- Damant, D., Paquet, J., & Bélanger, J. (2001). Recension critique des écrits sur l'*empowerment* ou quand l'expérience de femmes victimes de violence conjugale fertilise des constructions conceptuelles. *Recherches féministes*, 14(2), 133-154.
- Direction des travaux parlementaires. (2016). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée : observations, conclusions et recommandations*. Québec, QC: Auteur. Repéré à [https://www.aqdr.org/wp-content/uploads/rapport-\\_chsl\\_d\\_16-06-07.recommandations\\_final.pdf](https://www.aqdr.org/wp-content/uploads/rapport-_chsl_d_16-06-07.recommandations_final.pdf)
- Etheridge, F., Couturier, Y., Denis, J.-L., Tremblay, L., & Tannenbaum, C. (2014). Explaining the success or failure of quality improvement initiatives in long-term care organizations from a dynamic perspective. *Journal of Applied Gerontology*, 33(6), 672-689.
- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3<sup>e</sup> éd). Montréal, QC: Chenelière.
- Gauthier, B. (2009). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (5<sup>e</sup> éd). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2012). *Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5234-MSSS.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Les aînés du Québec : quelques données récentes* (2<sup>e</sup> éd.). Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/aines-quebec-chiffres.pdf>
- Grenier, J. (2011a). Le lien social en soutien à la vie des personnes âgées. *Intervention*, 134, 24-34.
- Grenier, J. (2011b). Regards d'aînés sur le vieillissement : autonomie, reconnaissance et solidarité. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1), 36-50.

- Grenier, J., Bourque, M., & St-Amour, N. (2016). La souffrance psychique au travail : une affaire de gestion? *Intervention*, 144, 9-20.
- Institut de la statistique du Québec. (2017). *Forte augmentation de l'espérance de vie au Québec en 2016*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/salle-presse/communiqué/communiqué-presse-2017/mai/mai1702.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015). *L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*. Québec, QC: Gouvernement du Québec. Repéré à [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS\\_Avis\\_Autonomisation.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_Avis_Autonomisation.pdf)
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2018). *État des connaissances : qualité du milieu de vie en centre d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec, QC: Gouvernement du Québec. Repéré à [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Qualite\\_milieu\\_de\\_vie.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Qualite_milieu_de_vie.pdf)
- Institut national de santé publique du Québec. (2016). *Le vieillissement au Québec*. Québec, QC: Gouvernement du Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/028-le-vieillissement-au-quebec.pdf>
- Larivière, C. (2012). Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent-ils à la transformation du réseau public? *Intervention*, 136, 30-40.
- Larivière, C. (2013). Le mieux-être des travailleurs sociaux au travail. *Reflets*, 19(2), 72-84.
- Lavoie, J.-P., Guberman, N., & Marier, P. (2014). La responsabilité des soins aux aînés au Québec. Du secteur public au secteur privé. *Institut de recherche en politiques publiques*, 48. Repéré à <https://irpp.org/wp-content/uploads/2014/09/study-no48.pdf>
- Le Bossé, Y. (1996). *Empowerment et pratiques sociales : illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux*. *Nouvelles pratiques sociales*, 9(1), 127-145.
- Le Bossé, Y. (2003). De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51.
- Légaré, J. (2009). Le vieillissement des populations : incontournable certes... mais un plus, s'il est géré dans un esprit d'éthique intergénérationnelle. *Lien social et Politiques*, 62, 15-28.
- Lemay, L. (2007). L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 165-180.



- Lemire Auclair, É. (2016). Réduire la dissonance : le défi des travailleuses sociales en milieu institutionnel. *Intervention, 144*, 5-8.
- Levasseur, M., Larivière, N., Royer, N., Desrosiers, J., Landreville, P., Voyer, P., & Sévigny, A. (2012). Concordance entre besoins et interventions de participation des aînés recevant des services d'aide à domicile. *Gérontologie et société, 35*(4), 111-131.
- Maury, Y. (2011). Information, pouvoir d'agir, compétences, capacités : autour des mots autonomisation et *empowerment*. *Médiadoc, 7*, 11-14.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., & Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal, QC: Gaétan Morin.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : orientations ministérielles*. Québec, QC: Gouvernement du Québec. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2008). *Agir auprès de la personne âgée. Programme de la formation pour les préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec, QC: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2018). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée*. Québec, QC: Gouvernement du Québec. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-12W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2020). Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux. Québec, QC: Gouvernement du Québec. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000162/#:~:text=Cet%20indicateur%20mesure%20le%20pourcentage,de%20vie%20de%20dernier%20recours>.
- Morin, P., Dorvil, H., Grenier, S., & L'abbé, C. (2003). *Le pouvoir d'agir des personnes ayant des problèmes majeurs de santé mentale logeant en maison de chambres*. Montréal, QC: Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention.
- Ndjepel, J. (2014). Réflexion critique sur l'approche milieu de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée : un éclairage nouveau à partir de la promotion de la santé. *Service social, 60*(2), 89-100.

- Ninacs, W. A. (1995). *Empowerment et service social : approches et enjeux*. *Service social*, 44(1), 69-93.
- Ninacs, W. A. (2003). *Empowerment : cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire*. Repéré à <http://envision.ca/pdf/w2w/Papers/NinacsPaper.pdf>
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention : développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Montréal, QC: Presses de l'Université Laval. Repéré à [https://www1.sites.fse.ulaval.ca/fichiers/site\\_passerelles/documents/Vol1\\_No1/Compte\\_rendu\\_Ninacs1.1.2009.pdf](https://www1.sites.fse.ulaval.ca/fichiers/site_passerelles/documents/Vol1_No1/Compte_rendu_Ninacs1.1.2009.pdf)
- Nour, K., Dallaire, B., Regenstreif, A., Hébert, M., & Moscovitz, N. (2010). Santé mentale et vieillissement : problèmes, répercussions et services. Dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier, & I. Olazabal (Éds), *Viellir au pluriel* (pp. 315-328). Montréal, QC: Presses de l'Université de Québec.
- Office québécois de la langue française. (2008). *Autonomie*. Repéré à [http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=26501463](http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26501463)
- Office québécois de la langue française. (2015). *Personne à charge*. Repéré à [http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=17015600](http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=17015600)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD*. Montréal, QC: Auteur. Repéré à <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf>
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec. (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux 2012*. Montréal, QC: Auteur. Repéré à [https://www1.otstcfq.org/sites/default/files/referentiel\\_de\\_competences\\_des\\_travailleurs\\_sociaux.pdf](https://www1.otstcfq.org/sites/default/files/referentiel_de_competences_des_travailleurs_sociaux.pdf)
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2018). *L'évaluation du fonctionnement social et le plan d'intervention en contexte de collaboration interprofessionnelle ou d'utilisation d'outils d'évaluation*. Montréal, QC: Auteur. Repéré à <https://docplayer.fr/135916625-Avis-professionnel-l-activite-d-evaluation-du-fonctionnement-social.html>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4<sup>e</sup> éd). Paris, France: Armand Colin.
- Parazelli, M. (2007). *L'empowerment : de quel pouvoir s'agit-il ? Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 1-12.

- Pauzé, M. (2016). Regard sur le social et la souffrance psychique : réflexion sur les enjeux actuels auxquels font face les travailleurs sociaux œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec. *Intervention*, 144, 21-27.
- Pelletier, C., & Beaulieu, M. (2015). Quelques domaines d'application du travail social. Dans J.-P. Deslauriers & D. Turcotte (Éds), *Introduction au travail social* (pp. 261-318). Québec, QC: Presses de l'Université Laval.
- Proulx, D., & Levesque, M. (2010). *Guide à l'intention des préposés aux bénéficiaires et des équipes de soins infirmiers : comment définir un objectif milieu de vie pour les résidents en soins de longue durée*. Repéré à <https://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Publications/RAPPORT%20FINAL%20PROJET%20OT%20-%20ANNEXE%2012%20-%20Guide%20delaboration%20dobjectifs%20milieu%20de%20vie.pdf>
- Ravon, B. (2009). Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux. *Informations sociales*, 152(2), 60-68.
- Rijnaard, M. D., van Hoof, J., Janssen, B. M., Verbeek, H., Pocornie, W., Eijkelenboom A., ... Wouters, E. J. M. (2016). The factors influencing the sense of home in nursing homes: A systematic review from the perspective of residents. *Journal of Aging Research*. doi: <http://doi.org/10.1155/2016/6143645>
- Rolo, D. (2017). Histoire et actualité du concept de souffrance éthique. *Travailler*, 37(1), 253-281.
- Robert, M., & Bergeron, D. (2018, 10 janvier). *La santé, c'est plus que la prise en charge des patients malades!* Repéré à <https://www1.otstcfq.org/mots-sociaux/actualites/la-sante-c-est-plus-que-la-prise-en-charge-des-patients-malades/>
- Regroupement provincial des comités des usagers. (2018). *Que font les comités?* Repéré à [https://rpcu.qc.ca/comites/comites\\_fonctions/](https://rpcu.qc.ca/comites/comites_fonctions/)
- Savoie-Zajc, L. (2010). L'entrevue semi-dirigée. Dans Gauthier, B. (Éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (pp. 337-360). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Silvestre, M. (2008). Autonomie et dépendance(s) : une histoire de lien. *Thérapie Familiale*, 29(1), 37-41.
- Soulières, M. (2007). *L'empowerment des femmes âgées en milieu d'hébergement : une perspective féministe* (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Montréal. Repéré à <https://archipel.uqam.ca/824/1/M9979.pdf>

- Soulières, M., & Ouellette, G. (2012). *L'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie au Québec : des enjeux et des parcours difficiles pour les personnes concernées*. Regroupement provincial des comités des usagers. Repéré à <http://aines.centre-du-quebec.qc.ca/wp-content/uploads/2010/04/hebergement-perte-autonomie.pdf>
- Statistique Canada. (2015). *Population selon l'âge et le sexe : population de personnes âgées (65 ans et plus)*. Repéré à <https://www.statcan.gc.ca/pub/91-215-x/2012000/part-partie2-fra.htm>
- Statistique Canada. (2017). *Un portrait de la population âgée de 85 ans et plus en 2016 au Canada*. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016004/98-200-x2016004-fra.cfm>
- Turcotte, M., & Grant, S. (2007). *Un portrait des aînés au Canada : introduction*. Statistique Canada. Repéré à <https://www.statcan.gc.ca/pub/89-519-x/89-519-x2006001-fra.htm>
- Vézina, A., & Pelletier, D. (2009). Le maintien du pouvoir chez la personne âgée hébergée souffrant de déficits cognitifs. *Service social*, 55(1), 97-110.
- Voyer, G. (1996). Qu'est-ce qu'être une personne âgée autonome ? *Ethica Clinica*, 3, 4-9.
- Viriot-Durandal, J. P., & Guthleben, G. (2002). Le pouvoir d'être vieux. *Gérontologie et société*, 25(3), 237-252.

## **Annexe A**

Lettre d'invitation à participer à un projet de recherche



**Université du Québec en Outaouais**

Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec)

J8X 3X7

[www.uqo.ca/ethique](http://www.uqo.ca/ethique)

Comité d'éthique de la recherche

## **LETTRÉ D'INVITATION À PARTICIPER À UN PROJET DE RECHERCHE**

### ***L'empowerment des personnes âgées hébergées en CHSLD : points de vue des travailleuses sociales sur les leviers et les limites de son application***

Je m'appelle Xaviéra Beaumier et je fais une maîtrise, sous la direction de François Aubry, professeur au département de travail social de l'UQO. Je vous écris pour vous inviter à participer à mon projet intitulé : *L'empowerment des personnes âgées hébergées en CHSLD : points de vue des travailleuses sociales sur les leviers et les limites de son application*. Cette étude a comme objectifs de : documenter la place des travailleuses sociales dans le quotidien des personnes âgées résidentes en CHSLD; documenter de quelle manière les travailleuses sociales peuvent actualiser la notion d'*empowerment* pour les résidents dans leur quotidien; documenter les facilitateurs et les obstacles à la mise en application de l'*empowerment* chez les aînés hébergés en CHSLD selon les perceptions des travailleuses sociales rencontrées ainsi que de comprendre l'impact de l'organisation du travail sur l'actualisation de la notion d'*empowerment* des résidents. Cette étude vous offre une opportunité de discuter en toute confidentialité d'une partie de votre travail et de certaines tâches associées. Mis à part cet éventuel bénéfice, nous ne percevons pas d'autres avantages pour les participants. Toutefois, les résultats de cette recherche permettront l'avancée des connaissances scientifiques sur le sujet.

Vous êtes un candidat éligible à cette étude si : vous êtes membre de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec; vous travaillez ou avez déjà travaillé dans un CHSLD de la région de l'Outaouais et vous parlez français.

Dans le cadre de cette étude, vous serez invité(e) à participer à une entrevue d'une durée approximative de 90 minutes sur le sujet nommé ci-haut. Celle-ci se déroulera dans un local à votre milieu de travail et selon votre disponibilité. Vous n'êtes pas tenu(e) de répondre à une question si vous ne souhaitez pas le faire.

Les renseignements que vous fournirez seront résumés sous une forme anonyme. Tous les documents d'origine demeureront strictement confidentiels. D'aucune manière, il sera possible de vous identifier. La confidentialité est assurée par l'usage de codes dans le rapport de recherche. Ceux-ci seront uniquement connus par l'étudiante chercheuse et son directeur. Les données recueillies seront détruites cinq ans après le dépôt du rapport de recherche. Les résultats du projet de recherche seront diffusés dans le cadre d'un rapport remis au Comité de programme de Maîtrise en travail social. Les principaux résultats seront transmis par courrier électronique aux participants qui en feront la demande.

Vous n'êtes pas obligé(e) de participer à ce projet de recherche. Si vous décidez de le faire, vous êtes libre de vous retirer à tout moment sans que cela vous porte préjudice. De même, si vous décidez de ne pas y prendre part, cette information demeurera confidentielle.

Le présent projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'UQO et le comité d'éthique de la recherche du CISSS de l'Outaouais.

**Pour participer**

Si vous désirez participer, vous n'avez qu'à remplir le document ci-joint (formulaire de consentement et me le retourner par courriel. Je vous contacterai dans les plus brefs délais pour vous informer de la suite des choses.

Je me tiens à votre disposition pour répondre à toute question que vous pourriez avoir au sujet de l'étude. Vous pouvez communiquer avec moi au 819-609-4892 ou à l'adresse courriel [beax01@uqo.ca](mailto:beax01@uqo.ca) ou encore avec mon directeur de maîtrise, François Aubry, au 819-595-3900, poste 2259 ou à l'adresse courriel [francois.aubry@uqo.ca](mailto:francois.aubry@uqo.ca).

Je vous remercie de votre attention et vous prie d'agréer, Madame/Monsieur, mes salutations distinguées.

Xaviéra Beaumier

Étudiante à la maîtrise en travail social à l'UQO

819-609-4892

[Beax01@uqo.ca](mailto:Beax01@uqo.ca)

## **Annexe B**

Certification éthique de l'UQO





Le 05 février 2020

À l'attention de :  
Xaviéra Beaumier  
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

**Rappel : Renouvellement de l'approbation éthique**

**Projet # 2019-454, 2976 - 2976**

**Titre : L'empowerment des personnes âgées hébergées en CHSLD : points de vue des travailleuses sociales sur les leviers et les obstacles de son application**

---

Bonjour,

Le certificat d'approbation éthique pour le projet de recherche mentionné en objet **sera échu à compter du 01 mars 2020.**

Vous devez donc obtenir, avant cette date, le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9 - *Renouvellement annuel* qui a été ajouté à votre projet dans Nagano. Si le projet est terminé, le formulaire F10 - fin de projet sera ajouté à votre projet automatiquement en répondant à la question du F9.

En vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQO*, vous ne pouvez poursuivre vos activités de recherche en l'absence d'un certificat d'éthique valide.

**Étudiant:** *Il est important de savoir que l'obtention et le maintien de la validité du certificat d'éthique pendant toute la durée de la recherche, et ce jusqu'au dépôt final de l'essai, mémoire ou thèse est une condition d'obtention de votre diplôme. (Règlement des études de cycles supérieurs art. 8.14 et art.11.2).*

**En vertu de la *Politique d'éthique de la recherche de l'UQO*, si vous ne renouvelez pas votre approbation éthique dans les 60 jours suivant la date d'échéance, le CER sera dans l'obligation de suspendre l'approbation éthique. De plus, si vous désirez poursuivre ce projet, vous devrez faire une nouvelle demande de certificat d'éthique complète avec tous les documents afférents.**

Merci de votre collaboration,

**Le CER de l'UQO**

## **Annexe C**

Certification éthique du CISSS de l'Outaouais

**CERTIFICAT DE RENOUVELLEMENT D'APPROBATION ÉTHIQUE**  
**du 24 février 2020 au 23 février 2021**

**L'empowerment des personnes âgées hébergées en CHSLD : Points de vue des travailleuses sociales sur les leviers et les limites à son application**

Référence :   Projet 2018-257\_139

Soumis par :   Xaviéra Beaumier, chercheuse principale, Université du Québec en Outaouais

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) vous accorde cette approbation et vous rappelle également que vous vous engagez à respecter les moyens suivants relatifs au suivi continu:

- ▶ de lui soumettre un rapport annuel faisant état de l'avancement des travaux de recherche et du respect des normes de l'éthique s'appliquant au projet;
- ▶ de lui notifier, dans les meilleurs délais, tout nouveau renseignement susceptible d'affecter le respect des normes éthiques du projet de recherche ou, encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet;
- ▶ de lui communiquer, dans les meilleurs délais, toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
- ▶ de lui remettre, dans les meilleurs délais, un rapport concernant l'interruption prématurée, temporaire ou définitive du projet; rapport dans lequel vous indiquerez la nature et les motifs de cette interruption ainsi que les répercussions que celle-ci aura sur les participants de recherche, le cas échéant;
- ▶ de lui soumettre, aux fins d'approbation préalable, toute modification autre qu'administrative apportée au projet de recherche, sauf si la modification est nécessaire afin d'éliminer un danger immédiat pour les participants de recherche. Dans ce dernier cas, le CÉR en sera avisé dans les meilleurs délais;
- ▶ de lui notifier, dans les meilleurs délais, tout incident ou accident lié à une procédure du projet;
- ▶ de lui communiquer, dans les meilleurs délais, toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulé un organisme subventionnaire ou de réglementation;

- ▶ de conserver les dossiers de recherche de façon adéquate pendant la durée déterminée après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le Comité;
- ▶ de tenir à jour et de conserver la liste des participants de recherche recrutés afin de la fournir sur demande;
- ▶ de lui remettre dans les meilleurs délais un rapport final faisant état des résultats de votre recherche;
- ▶ d'utiliser les formulaires disponibles sur le site Internet de l'établissement pour tout suivi ou communication au CÉR.

Le renouvellement de l'approbation éthique du projet est valide pour un an à compter du 24 février 2020. Cette décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces conditions.

Votre demande de renouvellement de l'approbation éthique de votre projet doit être acheminée au CÉR un (1) mois à l'avance, soit le 24 janvier 2021, afin de respecter les délais prescrits.

En terminant, le CÉR vous demanderait de bien vouloir mentionner dans vos correspondances, le numéro 2018-257\_139 attribué à votre demande par notre institution.

---

Henri Fournier  
Président  
Comité d'éthique de la recherche  
124, rue Lois  
Gatineau (Québec) J8Y 3R7

HF/cr

---

Le 24 février 2020

Date

**Annexe D**  
Formulaire de consentement



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau  
(Québec) J8X 3X7  
[www.uqo.ca/ethique](http://www.uqo.ca/ethique)  
Comité d'éthique de la recherche

### **Formulaire de consentement**

#### **L'empowerment des personnes âgées hébergées en CHSLD : points de vue des travailleuses sociales sur les leviers et les obstacles de son application**

#### **Recherche conduite dans le cadre d'un projet de mémoire - Maitrise en travail social – Xaviéra Beaumier – sous la direction de François Aubry**

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à mieux comprendre les leviers et les obstacles de la notion d'*empowerment* chez les personnes âgées hébergées en CHSLD selon le point de vue des travailleuses sociales y ouvrant. Les objectifs de ce projet de recherche sont donc de documenter la place des travailleuses sociales dans le quotidien des personnes âgées résidentes en CHSLD; documenter de quelle manière les travailleuses sociales peuvent actualiser la notion d'*empowerment* pour les résidents dans leur quotidien; documenter les facilitateurs et les obstacles à la mise en application de l'*empowerment* chez les aînés hébergés en CHSLD selon les perceptions des travailleuses sociales rencontrées ainsi que de comprendre l'impact de l'organisation du travail sur l'actualisation de la notion d'*empowerment* des résidents.

Votre participation à ce projet de recherche consiste à vous rencontrer à une reprise, pour une entrevue semi-dirigée d'une durée approximative d'une heure afin que vous puissiez donner votre opinion sur l'application de la notion d'*empowerment* en CHSLD. Cette entrevue pourra se dérouler dans un local à votre milieu de travail selon vos disponibilités. La rencontre dure en moyenne 90 minutes.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais\*. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification puisqu'il y aura codification des données et utilisation de noms fictifs au besoin. Les données recueillies seront conservées sur une clé USB verrouillée par un code d'accès. Aussi, les enregistrements des entrevues et les données codifiées seront accessibles seulement par l'étudiante chercheuse et son directeur.

De plus, pour chacun des participants un code numérique sera attribué pour maintenir l'anonymat de chacun. Seul le directeur de mémoire sera en mesure de lire l'ensemble des *verbatim* des enregistrements.

Les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement. Les résultats seront diffusés par le biais d'un mémoire qui sera déposé à l'Université du Québec en Outaouais. Lorsque les données auront été analysées, celles-ci seront dès lors détruites.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux et l'étudiante chercheuse s'engage, le cas échéant, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Ainsi, il est prévu qu'à l'intérieur de l'entrevue advenant que discuter de votre travail et de vos fonctions puissent faire émerger certaines fragilités vous serez référés à un organisme compétent, soit le programme d'aide aux employés de votre établissement. La contribution à l'avancement des connaissances sur l'application de la notion d'*empowerment* sont les bénéfices directs anticipés. Aucune compensation d'ordre monétaire ou autre n'est accordée.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Xaviéra Beaumier, chercheuse à la maîtrise au 819-609-4892 ou au [beax01@uqo.ca](mailto:beax01@uqo.ca) ou encore monsieur François Aubry professeur de travail social à l'Université du Québec en Outaouais par téléphone au 819-595-3900 poste 2259 ou par courriel à l'adresse [francois.aubry@uqo.ca](mailto:francois.aubry@uqo.ca). Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec (*André Durivage*), président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais par téléphone au 1-800-567-1283 poste 1781 ou par courriel à l'adresse [andré\\_durivage@uqo.ca](mailto:andré_durivage@uqo.ca).

\*Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Consentement à participer au projet de recherche :

Nom du participant : \_\_\_\_\_ Signature du participant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom du chercheur : \_\_\_\_\_ Signature                    du                    chercheur                    :

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_



**Annexe E**  
Grille d'entrevue

## **Introduction**

### Présentation du projet

- **Données sociodémographiques de la travailleuse sociale**
  - Âge
  - Genre
  - CHSLD / secteur
  - Formations
  - Expériences antérieures
  - Raisons du choix de travailler en CHSLD
  
- **Question d'ouverture :**
  - En quoi consiste votre travail ?
  - Quelles sont vos tâches?
  - Quelles sont, selon vos, les difficultés/ les avantages reliées à votre emploi?

### **1. L'empowerment**

- Est-ce que le mot « *empowerment* » prend sens, selon vous, en CHSLD ?
- Est-ce que l'*empowerment* des résidents est une réalité ? Si oui, de quelle manière ?
- Selon vous, qui sont les acteurs clés protégeant la notion d'*empowerment* chez les résidents? Quelles sont leurs actions pour y parvenir?
- Selon vous, est-ce que les résidents peuvent maintenir voir même développer leur pouvoir d'agir? Pouvez-vous expliquer?

### **2. L'état physique/cognitif des résidents**

- Décrivez-moi l'état physique et cognitif des résidents?
- De quelle manière l'état des résidents affecte-t-il vos tâches et celles des autres membres du personnel?
- Quels liens faites-vous entre l'état de santé physique et cognitif et leur *empowerment*?

### 3. L'aide informelle des proches aidants

- Quel est le lien des proches aidants (Conjoint (e), enfant?) avec le résident? Et avec les TS ?
- De quelle manière s'implique-t-il auprès du résident?
- Quelles sont les attentes du CHSLD envers les proches aidants?
- De quelle manière cette aide permet-elle aux résidents de préserver ou de développer leur *empowerment*?

### 4. L'organisation du travail

- Décrivez-moi l'organisation du travail dans votre milieu. (Horaire/charge de travail/roulement-manque de personnel/tâches/mandat, etc...)
- De quelle manière cela affecte votre travail et celui des autres membres du personnel?
- Quelles sont les conséquences sur les résidents et sur leur *empowerment*?

### 5. Respect de l'Approche Milieu de Vie

- Pouvez-vous me décrire l'AMV?
- Que pensez-vous de cette approche? Avez-vous une responsabilité en tant que TS dans son application ?
- Comment se traduit-elle dans votre milieu de travail?
- Croyez-vous qu'il est réaliste de respecter les fondements de cette approche? Pouvez-vous expliquer?
- Quelle est son incidence sur votre travail, sur les résidents et sur leur *empowerment*?

### Conclusion

- Selon vous, quels sont les obstacles et les leviers de la notion d'*empowerment*?
- Selon votre expertise est-il possible pour les résidents des CHSLD de maintenir ou de développer leur *empowerment*? Expliquer.
- Qu'est-ce qui devrait être mis en place/révisé actuellement dans les CHSLD pour les aider à maintenir/développer leur *empowerment*?
- Avez-vous quelque chose à rajouter?