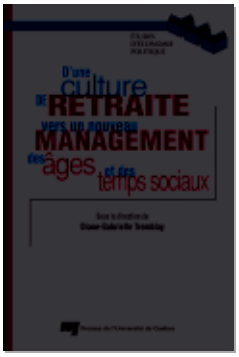
PROJECT MUSE®

Pour une organisation du travail en santédans les CHSLD



Published by

Tremblay, Diane-Gabrielle.
D'une culture de retraite vers un nouveau management des âges et des temps sociaux.
Presses de l'Université du Québec, 2007.
Project MUSE. https://doi.org/10.1353/book.21228.

For additional information about this book
https://muse.jhu.edu/book/21228

[18.188.108.54] Project MUSE (2024-04-25 01:10 GMT)

Pour une organisation du travail en santé dans les CHSLD

Michel Bigaouette

LA MISSION D'UN CHSLD

Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), la mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est d'être un milieu de vie substitut pour la personne hébergée. Pour remplir cette mission, le CHSLD doit offrir à sa clientèle[1] des soins infirmiers et médicaux, un service d'hôtellerie et de restauration, de même que diverses activités de loisir. La clientèle d'un CHSLD requiert ces soins et services, car elle présente de lourdes pertes des capacités physiques et cognitives. La présence d'une maladie chronique invalidante explique la majorité de ces pertes.

Les divers personnels doivent s'engager à faire en sorte que la personne hébergée « se sente chez elle » malgré le caractère institutionnel indéniable du CHSLD. Au quotidien, cela revient à accompagner la personne hébergée, afin que cette dernière puisse :

- être bien ;
- vivre pleinement sa vie d'être humain et sa vie de citoyen ;
- faire des choix et les réaliser, compte tenu ou en dépit de la perte de l'autonomie fonctionnelle.

Pour que cet engagement soit réussi, un CHSLD doit mettre en place une organisation des soins et des services adéquate. En conséquence, le travail

1. Cette clientèle adulte peut être hébergée de manière permanente ou temporaire.

[18.188.108.54] Project MUSE (2024-04-25 01:10 GMT)

de chaque intervenant doit être planifié et coordonné de telle sorte qu'il puisse répondre aux besoins et aux attentes de la personne hébergée. Cette dernière est la raison d'être des soins et des services.

LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL

L'organisation du travail dans les CHSLD intègre trois catégories d'emploi : l'infirmière, l'infirmière auxiliaire et la préposée aux bénéficiaires. Le travail est généralement coordonné par l'infirmière au sein d'un système d'équipe qui se caractérise par :

- une spécialisation des tâches entre les trois catégories d'emploi ;
- une division du travail entre les soignants de l'équipe ;
- la présence d'un chef d'équipe.

Le système d'équipe actuel présente une instabilité plus ou moins grande dans plusieurs CHSLD. Cette instabilité, qui nuit au développement d'un sentiment d'appartenance du personnel à l'équipe de travail, est attribuable à plusieurs facteurs dont l'absentéisme du personnel et le recours à du personnel de remplacement.

Une autre caractéristique est l'existence d'un important roulement du personnel soignant auprès de la personne hébergée. Ce roulement découle en grande partie de l'instabilité au sein de l'équipe soignante et aussi de pratiques organisationnelles telle que la rotation des personnels. La rotation des personnels n'est pas sans conséquences pour la personne hébergée. Par exemple, cette dernière peut être inconfortable à l'idée d'être accompagnée par plusieurs soignants différents lors des soins d'hygiène. La rotation des personnels a aussi des effets sur le personnel soignant et sur leur travail. Cette pratique organisationnelle limite la connaissance que les soignants pourraient avoir des résultats de leur travail. Elle peut aussi induire une perte du sens de la responsabilité des soignants par rapport aux résultats de leur travail. Mais ces deux effets négatifs ne sont pas les seuls. D'autres contraintes organisationnelles existent.

UNE ORGANISATION DU TRAVAIL CONTRAIGNANTE

Il faut se questionner sur l'origine de l'instabilité au sein des équipes et la rotation des personnels. L'hypothèse de la pénibilité du travail attribuable à la présence de contraintes dans le travail doit être considérée. La mission d'accompagner une personne hébergée dans ses activités de la vie quotidienne n'est pas simple pour les intervenants. Laver, déplacer, habiller, aider à alimenter sont des activités de soins fondamentales et communes. Ces activités sont impliquées

dans la survenue des trop nombreuses blessures musculo-squelettiques, voire des comportements agressifs des personnes hébergées à l'endroit du personnel soignant.

Lorsqu'il est question d'expliquer pourquoi ces événements malheureux surviennent, plusieurs soignants dénoncent des contraintes liées à l'organisation du travail. Plus particulièrement, ils ciblent en priorité le *manque de temps*, le *manque de personnel* de même que la *méconnaissance des clients.* À l'évidence, ces contraintes recensées lors d'entretiens et de sondages ne sont pas les seules. D'autres contraintes peuvent être observées lors d'observations directes de l'activité de travail. Finalement, l'analyse du travail montre que ces contraintes évoquées ont généralement des causes plus fondamentales qu'il faut éliminer à la source.

Plusieurs s'interrogent sur les mesures à prendre. Cette préoccupation est supportée par la Loi sur la santé et la sécurité du travail qui impute à l'employeur l'obligation :

- de s'assurer que **l'organisation du travail** et les méthodes et techniques utilisées pour l'accomplir sont sécuritaires et ne portent pas atteinte à la santé du travailleur (art 51.3) ;
- d'informer adéquatement le travailleur sur les risques reliés à son travail et lui assurer la formation, l'entraînement et la **supervision appropriés** afin de faire en sorte que le travailleur ait l'habileté et les connaissances requises pour accomplir de façon sécuritaire le travail qui lui est confié (art 51.9).

Quelle organisation du travail un CHSLD doit-il mettre en place pour répondre à ces obligations légales ?

LES PRÉOCCUPATIONS À L'ENDROIT DE LA MAIN-D'ŒUVRE VIEILLISSANTE

Répondre à cette question n'est pas simple, car il faut tenir compte d'une réalité complexe et changeante.

- Le profil des personnes hébergées s'est transformé de manière importante. La proportion des personnes présentant un syndrome démentiel s'est accrue.
- De nouvelles connaissances cliniques inspirent les prescripteurs de soins et les règles de l'art en matière de prise en charge de la personne hébergée.
- Des revendications à l'endroit du respect des droits et libertés de la personne hébergée sont exprimées par divers organismes.

[18.188.108.54] Project MUSE (2024-04-25 01:10 GMT)

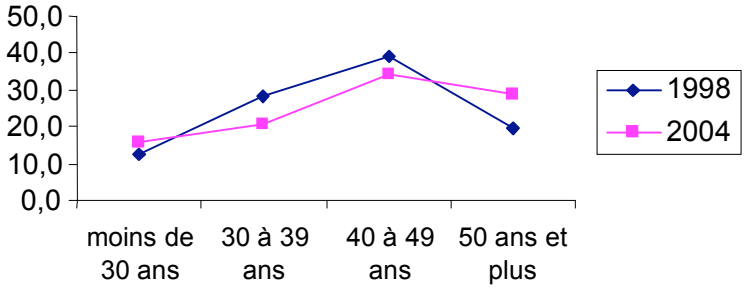
- L'évolution législative exige des CHSLD une adaptation des pratiques organisationnelles.

- Le profil démographique des travailleurs s'est transformé. Comme dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, la main-d'œuvre connaît un vieillissement accéléré.

En effet, les données statistiques publiées par le ministère de la Santé et des services sociaux du Québec montrent qu'en 1998, 19,6 % du personnel était âgé de 50 ans et plus. Cinq années plus tard, soit en 2004, cette proportion atteignait 29 % (voir le tableau 1) (Ministère de la santé et des services sociaux, 2006). Cette tendance au vieillissement s'observe aussi dans les CHSLD. La moyenne d'âge du personnel était de 38 ans en 1990 et de 41 ans en 2000 (Ministère de la santé et des services sociaux, 1991, 2001). Le personnel occupant un emploi à temps complet est le plus âgé.

FIGURE 1

Fréquence des effectifs dans le réseau de la santé et des services sociaux
Comparaison 1998 et 2004



Ce vieillissement survient alors que le réseau est aux prises avec un important problème de pénurie de personnel. Ce problème découle notamment du nombre de départs à la retraite. Ce nombre de départs devrait croître jusqu'en 2010. En conséquence, une pénurie de plus de 40 000 soignants est anticipée d'ici une dizaine d'années (Ministère de la santé et des services sociaux, 2004). Rapportée aux CHSLD, cette pénurie représenterait un nombre de près de 5 000 soignants.

Pour éviter la pénurie, plusieurs scénarii visant notamment le prolongement de la vie professionnelle des travailleurs âgés sont envisagés. La justesse de ces scénarii va cependant dépendre de nombreux facteurs. La diminution des contraintes actuelles rendant pénible l'exercice du travail en CHSLD constitue un facteur déterminant.

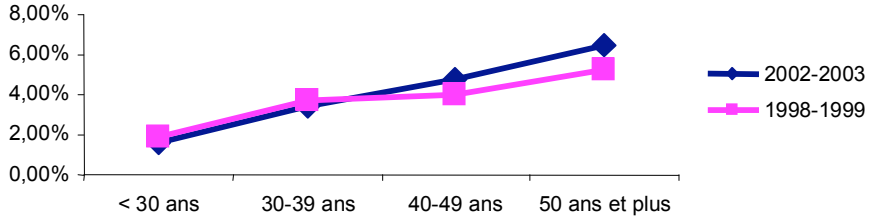
Ces contraintes se traduisent malheureusement en accidents du travail et en maladies professionnelles susceptibles d'amplifier l'effet néfaste d'une pénurie.

- C'est dans les CHSLD que le taux d'incidence des lésions professionnelles indemnisées est le plus élevé, et ce, depuis 1983. En 2000, 11 % du personnel des CHSLD ont été indemnisés par la CSST alors que dans l'ensemble du réseau, cette proportion était de 5 %.
- Les accidents du travail affectent particulièrement la main-d'œuvre âgée. En 1997, la proportion des accidents du travail chez les travailleurs de 50 ans et plus était surreprésentée par rapport la moyenne.

Les contraintes du travail pourraient aussi être à l'origine d'une part significative des absences pour maladie. Qu'ils soient de petite taille ou de grande taille, les CHSLD présentaient le pire bilan d'absence du réseau en 2004-2005. La portion des heures payées en assurance-salaire variait[2] entre 6,08 % et 7,92 %, alors que la moyenne de l'ensemble du réseau se situait à 5,68 %. Cet absentéisme affecte particulièrement les travailleurs âgés de 50 ans et plus, qu'ils soient de sexe masculin ou féminin[3]. Le tableau suivant témoigne de cette réalité dans les CHSLD de grande taille[4].

FIGURE 2A

Ratio des heures payées en assurance-salaire dans les CHSLD de grande taille*
Comparaison 1998 et 2002



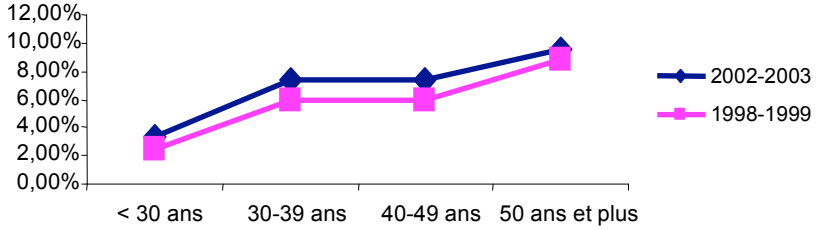
* 500 000 heures et plus – hommes

2. Pour obtenir cette proportion, le nombre total d'heures payées en assurance-salaire est rapporté sur le nombre total d'heures travaillées. Le ratio obtenu est multiplié par 100.
3. Données non publiées obtenues auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux.
4. La taille d'un CHSLD se détermine par le nombre d'heures travaillées. Les CHSLD de grande taille comptent 500 000 heures de travail et plus.

[18.188.108.54] Project MUSE (2024-04-25 01:10 GMT)

FIGURE 2B

Ratio des heures payées en assurance-salaire dans les CHSLD de grande taille



* 500 000 heures et plus – femmes. Comparaison 1998 et 2002

Nous le constatons, les effets du vieillissement de la main-d'œuvre ne sont pas neutres. Ils questionnent notamment la qualité de la condition d'exercice du travail en CHSLD.

RÉORGANISER LE TRAVAIL AFIN DE DIMINUER LES CONTRAINTES

Une des conditions de succès d'une réorganisation du travail en CHSLD consiste à améliorer de manière tangible la qualité du travail et la qualité de vie des personnes hébergées. L'amélioration de la qualité du travail ne peut se faire au détriment de la qualité de la vie en hébergement. Dit autrement, les propositions modifiant l'organisation doivent être étudiées en tenant compte à la fois des attentes des personnels et des personnes hébergées. Cette condition exige de recenser préalablement les attentes et les besoins de ces personnes. Elle exige aussi d'élaborer des scénarii de changement à partir des attentes et besoins exprimés.

LES ATTENTES ET LES BESOINS EXPRIMÉS

Depuis quelques années, l'ASSTSAS est conviée à accompagner des CHSLD engagés dans des projets visant la mise en place d'un milieu de vie. Une des activités réalisées consiste à recenser les attentes des personnes hébergées en matière d'organisation des soins et des services et les attentes du personnel en regard de l'organisation de leur travail. L'analyse comparée permet de faire ressortir les attentes et les besoins communs. Parmi les attentes et besoins communs, il y a :

- favoriser l'émergence d'un sentiment d'appartenance au milieu de vie ;
- favoriser une meilleure connaissance des personnes, de leurs attentes et de leurs besoins ;

- assurer une meilleure concordance des temps ;
- améliorer la qualité des relations de soins et de services. Cela implique d'éliminer les comportements d'agitation pathologique des personnes hébergées envers le personnel soignant et d'éliminer les situations d'abus envers les personnes hébergées ;
- améliorer la sécurité et la protection des personnes ;
- maintenir des relations communautaires harmonieuses.

FAVORISER L'ÉMERGENCE D'UN SENTIMENT D'APPARTENANCE AU MILIEU DE VIE

Le sentiment d'appartenance au milieu de vie est une attente fondamentale. Que ce soit pour la personne hébergée ou pour le travailleur, l'objectif est de mettre en place une organisation où, d'une part, la personne hébergée « se sente chez elle » dans le CHSLD et, d'autre part, le travailleur puisse se sentir intégré au sein d'une équipe de travail valorisante. Le sentiment d'appartenance est intimement lié à la qualité des interactions et le partage d'une même réalité, de valeurs ou d'objectifs communs.

En conséquence, les actions de transformation suivantes ont été réalisées.

- Rédaction d'une charte de vie et de travail. Cette charte est un outil de gestion des groupes sociaux et d'identité complémentaire au code d'éthique. La charte ne vise pas à se substituer aux lois et règlements existants. Les principes qu'elle évoque proposent une définition du milieu de vie. La référence à la charte est incontournable en cas de litiges susceptibles d'affecter l'harmonie des rapports sociaux.
- Nomination d'un soignant de référence lors de l'arrivée de la personne hébergée sur l'unité de vie. Ce soignant de référence est un préposé aux bénéficiaires ou une infirmière auxiliaire. Il a pour mandat de faciliter l'adaptation de la personne hébergée à son nouveau milieu de vie.
- Aménagement de la chambre selon les préférences de la personne nouvellement admise.

Le sentiment d'appartenance au milieu de vie interpelle aussi la stabilité du travailleur dans son emploi et la consolidation du travail d'équipe. Parmi les mesures mises en place, mentionnons la fin de la rotation des personnels. Le soignant est donc attitré en permanence à une unité de référence et il a la responsabilité d'un groupe restreint de personnes hébergées. Ce changement permet une meilleure continuité des soins et des services. Il clarifie aussi la notion de responsabilité du soignant quant aux résultats de son travail auprès de la personne hébergée. Ajoutons que le soignant peut plus facilement constater les résultats de son travail.

[18.188.108.54] Project MUSE (2024-04-25 01:10 GMT)

FAVORISER UNE MEILLEURE CONNAISSANCE DES PERSONNES, DE LEURS ATTENTES ET DE LEURS BESOINS

La qualité d'une intervention repose en grande partie sur la connaissance que le soignant et la personne hébergée ont l'une de l'autre. L'enjeu est de créer un sentiment de collaboration. La collaboration lors d'une intervention permet d'optimiser la participation de la personne hébergée aux soins et d'ajuster le niveau d'assistance requis du soignant. Par ailleurs, elle permet de valider dans l'instant présent, les préférences de la personne hébergée et du travailleur quant à la manière de réaliser les activités de la vie quotidienne.

Pour favoriser de meilleures connaissances, les différents outils et moyens de communication ont été revus :

- rédaction d'un plan d'intervention individualisé incluant l'histoire de vie de la personne hébergée et la fiche des préférences quant à l'hébergement ;
- participation des préposées aux bénéficiaires aux réunions des équipes multidisciplinaires ;
- instauration de rencontres d'équipe ;
- participation des familles et des proches dans des rencontres d'évaluation de la qualité avec le soignant de référence.

ASSURER UNE MEILLEURE CONCORDANCE DES TEMPS DE DISPENSATION DES SOINS ET DES SERVICES

Une des principales difficultés de la vie en CHSLD est l'ajustement des temps. Pendant que le soignant s'active, la personne hébergée attend ! Il convient ici d'éliminer certaines lacunes dans les processus de travail et la planification des activités. Pour le personnel, répondre aux attentes de la personne hébergée représente un véritable défi en matière de planification. La question du temps est très litigieuse.

Pour assurer une meilleure concordance des temps, les modifications suivantes ont été apportées.

- Identification et élimination de certains irritants susceptibles de porter préjudice à la santé et au confort de la personne hébergée. Parmi ces irritants organisationnels, mentionnons certaines pratiques portant atteinte au sommeil et à l'alimentation de la personne hébergée. Désormais, la personne hébergée n'est plus réveillée la nuit et la disponibilité alimentaire a été étendue sur 24 heures.
- Élimination des activités réalisées de manière simultanée et qui porte préjudice au travailleur et à la personne hébergée.

- Réalisation des activités d'hygiène en matinée, en après-midi et en soirée.
- Simplification de la procédure de réponse aux cloches d'appel.
- Ajustement de l'horaire de travail afin de permettre une présence optimale du personnel lors des repas des personnes hébergées.

AMÉLIORER LA QUALITÉ DES RELATIONS DE SOINS ET DE SERVICES

La représentation de plus en plus importante de la clientèle présentant des troubles cognitifs ou demandant des soins palliatifs soulève plusieurs questions sur la manière d'occuper et de prendre en charge ces personnes : Comment dispenser les soins de base de manière efficiente ? Comment faire face aux pertes de l'autonomie ? Comment accompagner dignement la clientèle vers sa mort ? Les demandes croissantes visant le développement des compétences du personnel soignant sur ces questions témoignent des difficultés rencontrées par le personnel soignant dans le travail quotidien. Elles concernent notamment la réalisation des soins de base avec une clientèle en perte de l'autonomie fonctionnelle.

À ces difficultés découlant de la perte de l'autonomie de la clientèle s'ajoutent les difficultés associées au comportement de cette dernière. Rovner et coll. (1986) situent la prévalence des troubles du comportement en soins prolongés entre 65 et 75 %. La proportion des troubles serait encore plus élevée, soit 90 %, dans les unités de soins accueillant particulièrement une clientèle démente (Wagner et coll., 1995). L'étude menée par Bélanger et Dicaire (1993) dans deux établissements de la région de Québec situe la prévalence des troubles à 67 %. Nos propres études menées dans des CHSLD indiquent des résultats similaires.

Ces comportements doivent être mis en relation avec le contexte de l'hébergement et les comportements des soignants. Plusieurs soignants ont des plaintes à l'endroit de ces comportements. Certains comportements de la clientèle ont été à l'origine d'une déclaration d'accident à la CSST. Le tiers de toutes les déclarations d'accidents pour « acte de violence » faites en 2000 dans l'ensemble du réseau est survenu dans les CHSLD. Par contre, les CHSLD n'emploient que 15 % de l'ensemble de la main-d'œuvre ! Les comportements agressifs et perturbateurs de la clientèle permettent donc de situer les difficultés rencontrées par le personnel.

Pour améliorer la qualité des relations de soins et de services, les mesures suivantes ont été prises.

- Nomination de maîtres formateurs chargés de l'enseignement des techniques d'approche relationnelle.

[18.188.108.54] Project MUSE (2024-04-25 01:10 GMT)

- Formation des divers soignants à l'approche relationnelle de soins.
- Interventions de neuropsychologues auprès des équipes de travail.
- Observation des comportements problématiques et identification des causes de ces comportements.
- Mise en place de plans d'intervention particuliers répondant à des situations comportementales problématiques identifiées par le personnel.

AMÉLIORER LA SÉCURITÉ ET LA PROTECTION DES PERSONNES

La survenue d'accidents et d'incidents indique une possible inéquation entre la qualité des soins et des services dispensés dans les CHSLD et les besoins de la personne hébergée. Les médias ont rapporté divers événements malheureux : erreurs médicales, mauvaise utilisation de médicaments, manutention douloureuse, utilisation injustifiée de mesures de contrôle, chutes avec blessures dans environnement physique mal aménagé. Tous ces événements mettent en cause l'existence de dangers pour la santé et la sécurité de la personne hébergée. La survenue d'accidents et d'incidents génèrent chez la personne hébergée et ses proches, un sentiment de non-confiance envers le CHSLD, qui a pourtant le devoir d'assurer leur sécurité et leur protection.

Quelle sécurité doit-on garantir en milieu de vie ? En droit, il peut s'agir d'une sécurité de moyen ou d'une sécurité de résultat. En 2003, la Cour supérieure du Québec a rendu un jugement éclairant sur cette question de la sécurité[5]. Dans cette affaire, une dame de 86 ans, madame Laviolette, a poursuivi le Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme après qu'elle se soit fracturé la hanche à la suite d'une chute de civière. Madame Laviolette a reproché aux infirmières de garde de ne pas avoir agi avec prudence et diligence à son égard. Elle affirmait que ces dernières avaient sous-estimé les conséquences d'un état de faiblesse qui aurait exigé l'application de mesures particulières de surveillance garantissant un résultat de sécurité.

La Cour a jugé que le centre hospitalier et ses infirmières avaient une *obligation de moyen et non de résultat* à l'égard de madame Laviolette. Une sécurité de moyen engage un centre et le personnel à prendre les meilleurs moyens pour assurer la sécurité sans toutefois garantir cette dernière. Cela revient à dire qu'un CHSLD et son personnel doivent prendre les meilleurs moyens qu'un homme de science normalement prudent et diligent, placé dans les mêmes circonstances de fait, utiliserait pour assurer la sécurité.

Quels moyens de sécurité faut-il prendre ? Il y a longtemps que les divers agents de prévention en santé et sécurité du travail connaissent les moyens effi-

5. *Affaire Laviolette* contre *Centre hospitalier Hôtel-Dieu de St-Jérôme*, 5 juin 2003.

caces pour éliminer à la source les dangers et assurer la sécurité. L'expérience montre que l'utilisation de ces moyens contribue à modifier durablement la qualité de la situation de travail.

- Aménagement d'îlots de vie accueillant les personnes hébergées selon des critères d'accueil particuliers.
- Aménagements des espaces en référence à l'approche prothétique :
  - Assurer la circulation et le déplacement sécuritaire des personnes.
  - Assurer une ambiance confortable (température, bruit, lumière, etc.).
  - Soutenir l'orientation spatiale (ajouter des repères).
  - Aménager des parcours de déambulation.
  - Contrôler les stimuli perturbateurs.
- Faciliter l'établissement des liens sociaux.
- Donner une allure résidentielle au milieu de vie.
- Favoriser l'intimité par l'aménagement de chambres à occupation simple.
- Assurer une bonne surveillance pour prévenir :
  - Les agressions, les abus.
  - Les déambulations perturbatrices et les fugues.
  - Les tentatives de suicide.
  - Les situations d'urgence (ex. : incendie).
  - Les chutes des personnes hébergées.
  - Les infections.
  - Les heurts entre personnes hébergées.
  - Les demandes d'appel à l'aide.

MAINTENIR DES RELATIONS COMMUNAUTAIRES HARMONIEUSES

L'harmonisation des rapports des personnes entre elles et avec le centre d'hébergement est un des objectifs d'une démarche qualité. Cette harmonisation représente un défi important, car la configuration actuelle de nombreux centres d'hébergement est celle d'une organisation sociale. Le centre d'hébergement est un regroupement d'humains qui coordonnent leurs activités pour atteindre certains buts. Cette coordination doit concilier les besoins individuels mais aussi ceux de la collectivité.

[18.188.108.54] Project MUSE (2024-04-25 01:10 GMT)

Comment un centre d'hébergement peut-il procéder pour assurer une harmonisation entre les droits individuels et les droits collectifs ? En pratique, un centre d'hébergement peut :

- mettre en place des mécanismes d'échange et de soutien, de réflexion et d'analyse en rapport avec les problèmes d'ordre éthique ;
- réviser les normes et les règles de fonctionnement internes et s'assurer de leur compatibilité avec la Charte des droits et libertés ;
- promouvoir l'accommodement raisonnable ;
- concilier le droit individuel et le droit collectif au quotidien.

L'harmonisation des droits individuels et des droits collectifs va contribuer à régler plusieurs situations conflictuelles. Ces situations conflictuelles génèrent des perceptions négatives chez tous les acteurs. Les perceptions négatives se situent souvent au plan des valeurs et révèlent l'existence de dilemmes moraux et éthiques auxquels ils sont confrontés.

EN GUISE DE CONCLUSION : ALLER DE L'AVANT VERS LA QUALITÉ !

Chaque CHSLD est confronté à des limites et à la nécessité de faire des choix organisationnels. Il apparaît donc important de situer clairement la manière dont il faudra répondre aux demandes des personnes hébergées et du personnel. Toutefois, il ne faudra pas aller à l'encontre des obligations légales et réglementaires. Il ne faudra pas aller à l'encontre de la satisfaction des besoins des personnes hébergées. Il ne faudra pas aller à l'encontre de la santé et de la sécurité des intervenants. La relation de soins et de services ne doit jamais être autrement qu'une relation « gagnant-gagnant ».

C'est là tout le défi de l'organisation des soins et des services. Le mot « organisation » provient du mot « organe ». Au XIVe siècle, ce mot signifiait « rendre apte à la vie ». Dans les CHSLD, ce mot prend tout son sens et donne ici une orientation explicite à la qualité de la vie en hébergement. Il s'agit de « rendre apte à la vie » les personnes hébergées. Dans bien des CHSLD, de réels efforts de conciliation doivent être entrepris pour rendre « apte à la vie » à travers une saine relation impliquant la protection des intervenants. Ce texte avait pour objectif de relater certaines mesures entreprises pour améliorer la qualité de l'organisation en CHSLD.

En résumé, pour que l'organisation soit perçue par les personnes hébergées et le personnel comme étant de qualité, il faut que :

- les besoins et attentes de toutes les personnes soient satisfaits ;
- il ne manque rien de ce qu'attendent les personnes ;
- tout ce qui a été promis soit réalisé ;
- tout fonctionne comme prévu ;
- des solutions soient apportées si des difficultés et des défaillances surviennent.

BIBLIOGRAPHIE

Affaire Laviolette contre *Centre hospitalier Hôtel-Dieu de St-Jérôme*, 5 juin 2003.

BÉLANGER, M. et L. DICAIRE (1993). « L'agitation en établissement d'hébergement », *La Gérontoise*, vol. 4, nº 2, p. 12-19.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Statistiques sur le personnel syndiqué et le personnel syndicable non syndiqué du réseau de la santé et des services sociaux. Année 1989-1990*, Québec, le Ministère.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Statistiques sur le personnel syndiqué et le personnel syndicable non syndiqué du réseau de la santé et des services sociaux. Année 1999-2000*, Québec, le Ministère.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Planification de la main-d'œuvre infirmière et infirmière auxiliaire*, Québec, le Ministère.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Mise à jour des données statistiques sur l'assurance salaire*, Québec, Service de la recherche et de l'analyse de la direction générale du personnel réseau et ministériel.

ROVNER, B.W., S. KAFONCK, L. FILIPP, M.J. LUCAS et M.F. FOLSTEIN (1986). « Prevalence of Mental Illness in Community Nursing Home », *American Journal of Psychiatry*, vol. 143, nº 11, p. 1446-1449.

WAGNER, A.W., L. TREI et N. ORR-RAINEY (1995). « Behavior Problems of Residents with Dementia in Special Care Units », *Alzheimer Disease and Associate Disorders*, vol. 9, nº 3, p. 121-127.