CHAPITRE 2

LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES FACE AUX PROBLÉMATIQUES DE MALTRAITANCE DANS LES ORGANISATIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Louise BELZILE
Caroline PELLETIER
Marie BEAULIEU

Avec l'avancée en âge apparaissent de manière graduelle chez les personnes aînées de multiples changements physiologiques, physiques, psychologiques et sociaux qui peuvent se manifester par l'apparition de maladies chroniques, d'incapacités fonctionnelles et de diverses formes de fragilisation sociale. Bien que vivre dans leur domicile demeure le premier choix pour la majorité de ces personnes (Gagnon et Savoie, 2008), certaines d'entre elles doivent se résoudre à quitter leur milieu de vie pour en adopter un autre qui a souvent très peu à voir avec le chez-soi habituel et intime. Cette situation est rendue nécessaire en raison de la détérioration de leur condition générale et de l'inadéquation ou du manque de ressources pour répondre

à leurs besoins. Rappelons qu'au Québec, en 2008, seulement 3,1 % des personnes âgées de 65 ans ou plus vivaient dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) (ministère de la Famille et des Aînés, 2010). En outre, le ministère de la Santé et des Services sociaux prévoit réduire cette proportion au cours des prochaines années en procédant à des réformes majeures dans l'organisation des services à domicile. Du point de vue des CHSLD, le passage d'une approche hospitalo-centrée à une approche domicilo-centrée s'est traduit concrètement par un resserrement des critères d'admission pour les résidents, ce qui fait en sorte que la population hébergée présente un état de santé physique de plus en plus détérioré et des troubles cognitifs de plus en plus importants (Choinière, 2010). Le vieillissement en institution s'accompagne de défis majeurs, et ce, tant pour l'organisation et le personnel soignant que pour les personnes hébergées.

Si le CHSLD n'est pas le milieu de vie rêvé ou souhaité par les personnes concernées, l'image qui en est faite, notamment dans les médias, y contribue sans doute pour beaucoup. Au cours des dernières années, les quelques cas de maltraitance qui ont été rendus publics contribuent à dévaloriser cette option d'hébergement et les gens qui y travaillent. Ainsi, un quotidien montréalais, le journal *La Presse*, publiait dans son édition du 25 avril 2013 un article ayant pour titre « Maltraitance et congédiement dans un CHSLD de Montréal » (Chouinard, 2013). Le traitement de la nouvelle nous est apparu caractéristique de l'attitude médiatique face à ces établissements et fort intéressant à analyser, et ce, pour deux raisons. Dans un premier temps, il aide à illustrer comment la maltraitance en CHSLD est perçue et présentée dans les médias. En second lieu, il nous permet de mettre à l'épreuve la contribution théorique du sociologue français Nicolas Dodier sur la responsabilité et l'imputabilité des incidents survenant en milieu organisationnel.

Voici comment la situation est mise en contexte dans l'article en question. Les personnes concernées par l'incident sont des personnes « lourdement handicapées[1] » qui ont été « victimes de négligence et de mauvais traitements » dans un CHSLD. La phrase suivante est celle qui a le plus retenu notre attention : « La situation était à ce point grave que l'institution a congédié un préposé aux bénéficiaires, un geste rare. » Selon nous, la formulation de cette phrase apparaît pour le moins ambiguë. Qu'est-ce qui est rare ? Le congédiement ? La situation de maltraitance ? Le fait que

1. On ne précise pas ici s'il s'agit ou non de personnes âgées, mais les y inclure ou non ne fait pas une différence notable dans le traitement du sujet.

l'auteur de cette maltraitance soit un préposé aux bénéficiaires ? À ce propos, deux questions nous préoccupent plus particulièrement. Comment ce préposé aux bénéficiaires devient-il le vecteur tout désigné de la maltraitance observée ? Comment le collectif des préposés aux bénéficiaires peut-il porter seul, face au public, le poids de la responsabilité organisationnelle de la maltraitance ?

Pour tenter de répondre à ce double questionnement, nous aborderons quelques éléments définitoires de la maltraitance dans les organisations de soins de longue durée (OSLD[2]) et nous nous pencherons sur les situations de maltraitance impliquant ou interpellant les préposés aux bénéficiaires œuvrant dans ces institutions. En nous appuyant sur les travaux de Dodier sur les organisations (1995) et à l'aide de courts extraits de l'article de presse cité précédemment, nous poserons quelques jalons qui permettront de mieux comprendre la notion de responsabilité selon différents types d'organisations afin de procéder à un début de reproblématisation de la maltraitance organisationnelle.

1. MALTRAITANCE EN ORGANISATION DE SOINS DE LONGUE DURÉE OU MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE ?

La maltraitance envers les personnes aînées est de plus en plus considérée comme un problème sociosanitaire important, même si sa prévalence et son incidence demeurent encore difficiles à préciser en raison notamment de son caractère caché (Cohen *et al.*, 2010). La maltraitance constitue une problématique complexe, comportant différents aspects (sémantique, catégoriel, etc.) et s'abordant différemment selon le cadre normatif convoqué (juridique, professionnel, organisationnel, etc.) et selon la nature et l'ampleur de ses conséquences. Les protagonistes sont habituellement au nombre de deux, soit l'auteur et la cible de cette maltraitance. Mais, quand on a affaire à de la maltraitance organisationnelle, il serait peut-être plus juste de tenir compte d'un troisième acteur, en l'occurrence l'organisation elle-même. D'entrée de jeu, il nous apparaît nécessaire de distinguer la maltraitance qui peut se vivre dans les organisations et la maltraitance organisationnelle.

2. Ce qui inclut non seulement les CHSLD, mais aussi les autres formes d'hébergement de longue durée.

La maltraitance qui peut se vivre dans les organisations fait référence au lieu où elle se produit. Toutes les formes de maltraitance se retrouvent dans les OSLD. À quelques variantes près, la maltraitance est généralement catégorisée sous six formes[3] : physique, psychologique ou émotionnelle, sexuelle, financière ou matérielle, violation des droits de la personne (aussi appelée « violence civique » par l'American Medical Association) et négligence. À ces formes s'ajoutent parfois la violence conjugale, les violences médicales ou médicamenteuses (American Medical Association, 1987) et la maltraitance d'ordre organisationnel (Ontario Network Prevention of Elder Abuse, 2007).

La maltraitance organisationnelle est l'effet délétère sur les individus de la mise en forme de cette organisation : division du travail, attribution des ressources, contraintes sur les individus, etc. Les politiques et les pratiques organisationnelles peuvent causer certains torts ou préjudices aux personnes âgées résidant dans les OSLD, notamment en matière de souffrance et d'entrave à leur bien-être, à leur intégrité ou à leurs droits fondamentaux (Beaulieu, 2007 ; Créoff, 2000). Ce type de maltraitance est causé par une prédominance des intérêts de l'organisation sur ceux de la personne hébergée. Comme toutes les formes de maltraitance, la maltraitance organisationnelle vise aussi bien « les violences "en creux", les discontinuités et les mini-ruptures de la vie quotidienne que les brutalités avérées » (Créoff, 2000, p. 52). Mais, à ce propos, il faut se garder de faire trop rapidement de fausses associations. En effet, si la maltraitance existe dans les OSLD et si des préposés aux bénéficiaires peuvent poser des gestes de violence ou de négligence, toute OSLD n'est pas que maltraitante et tout préposé aux bénéficiaires n'est pas un maltraitant en puissance. Écrit autrement, l'acteur organisationnel peut être une condition génératrice de conduite maltraitante, selon les contextes.

Selon Payne et Appel (2007), l'on retrouve dans les OSLD une structure et des facteurs situationnels qui créent un milieu de travail propice aux conflits et à la violence et, par voie de conséquence, à la maltraitance. Trois groupes de caractéristiques pouvant expliquer cet état de fait sont identifiés, soit l'organisation en tant que telle (taille, statut juridico-administratif), le personnel (insatisfaction au travail, faible rémunération,

3. Catégorisation du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015* (ministère de la Famille et des Aînés, 2010). Toutefois, précisons que, dans ce document, la maltraitance organisationnelle n'a pas été retenue comme cible d'action par le gouvernement.

faible compétence professionnelle, attitude envers les personnes âgées) et la situation (qualité des interactions entre les résidents et le personnel, stress, conflits entre résidents, agressions des résidents envers des membres du personnel, etc.). Comme on peut le voir, plusieurs de ces explications concernent les préposés aux bénéficiaires et leurs conditions de travail. Par conséquent, il existe une condition organisationnelle sous-jacente aux conduites maltraitantes parfois observées.

1.1. Nature du travail des préposés aux bénéficiaires dans les OSLD

Dans les OSLD, les préposés aux bénéficiaires exercent des activités d'accompagnement et de soutien qui se déclinent en une multitude de tâches rythmant la vie quotidienne. Essentiellement, il s'agit d'activités dites du *care*, c'est-à-dire à « des activités reconnues comme domestiques et réalisées dans un environnement professionnel » (Aubry et Couturier, 2012, p. 6). Par leur finalité (soins d'hygiène, aide et assistance à l'alimentation ou à la mobilité, etc.), leur fréquence (au quotidien, plusieurs fois par jour), leur mode et leur lieu de réalisation (dans un espace proximal et intime avec le résident), ces activités placent fréquemment les préposés aux bénéficiaires dans des situations où peut se manifester la maltraitance. Si les activités des préposés comportent une part physique, technique ou gestuelle pouvant faire l'objet d'une codification évaluable quantitativement (nombre de soins, temps passé à exécuter une tâche, etc.), il est indéniable qu'elles dépassent cette seule technicité (Rivault, 2004). De fait, elles comportent une importante dimension relationnelle. Plus particulièrement, les activités des préposés aux bénéficiaires peuvent être qualifiées de servicielles (Pastré, 2011), ce qui les distingue des activités industrielles ou de production de biens. Par conséquent, elles se déploient dans des situations marquées par la complexité et l'incertitude des cas (Soulet, 2003) et des organisations (Aubry et Couturier, 2012). Ces activités requièrent des habiletés et des compétences d'ajustement, voire des compétences d'invention, plutôt qu'une compétence d'exécution, selon les mots de Pastré (2011). Ainsi, les préposés aux bénéficiaires doivent mettre en œuvre des compétences précises afin que les besoins réels des résidents soient respectés dans un contexte organisationnel donné. Nous pourrions également affirmer que l'efficacité des préposés aux bénéficiaires est constituée d'une importante composante que nous qualifions, à la suite de Soulet (2003), de mi-relationnelle et mi-communicationnelle. Ainsi, plusieurs des activités

effectuées par les préposés aux bénéficiaires restent dans l'ombre, car elles sont difficilement descriptibles, par conséquent peu conceptualisées, et donc difficiles à traduire en compétences transmissibles dans et par des activités de formation.

Comme bien d'autres métiers de service, celui de préposé aux bénéficiaires s'appuie sur une relation de confiance qui se construit dans une interrelation entre le résident et le préposé, mais où rien n'est gagné d'avance et, partant, où tout est imprégné de risques (Rivault, 2004). Pourtant, ce lien de confiance s'inscrit profondément dans les préceptes de l'action professionnelle comme principe tenu pour vrai (Vinatier, 2009). Ainsi, la confiance devient l'assise incontournable de toute relation d'aide, qu'il s'agisse d'une aide physique, matérielle ou émotionnelle.

Il importe de souligner ici que c'est en raison même de la part relationnelle du travail des préposés aux bénéficiaires que ceux-ci risquent de se retrouver sur un chemin qui mène potentiellement aux comportements maltraitants, ces comportements étant précisément définis par la solidité du lien de confiance dans un cadre relationnel. Cette référence à la confiance constitue le concept organisateur de la définition de la maltraitance qui est promue par l'Organisation mondiale de la santé, dans laquelle le bris de la relation de confiance constitue un critère majeur de la maltraitance. « Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, se produit dans une relation où devrait exister la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse à une personne aînée » (Organisation mondiale de la santé, 2002a ; traduction libre).

Regardons maintenant quelques exemples de maltraitance, souvent subtils, associant les préposés aux bénéficiaires aux actes violents ou négligents survenant dans les OSLD.

1.2. Situations de maltraitance impliquant ou interpellant les préposés aux bénéficiaires

Plusieurs pratiques, comportements ou attitudes des préposés aux bénéficiaires peuvent être assimilés à la maltraitance organisationnelle. Sans évacuer la part individuelle, qui est souvent la plus évidente puisqu'elle est la plus proche du sens commun et donc la plus facile à évoquer, il faut reconnaître que les raisons rendant les rapports de confiance difficiles, voire impossibles, entre soignants et soignés ne se situent pas toujours sur

le plan individuel et peuvent s'expliquer par certains dysfonctionnements dans l'organisation du travail. On pense ici à la faible qualification des travailleurs, que ce soit par formation initiale ou formation continue, ou à l'absence d'encadrement du personnel (Lachance et Beaulieu, 2010). De plus, l'organisation du travail proprement dite peut conduire à des situations de maltraitance, par exemple lorsque le temps alloué pour prendre soin des résidents est insuffisant pour bien faire le travail et créer un lien de confiance ou quand il n'y a aucun mécanisme de transmission des informations entre les quarts de travail. Le manque de clarté des consignes ou des procédures à suivre dans certaines situations, comme l'obtention du consentement de la personne avant de lui prodiguer un soin (Ko *et al.*, 2012), la participation du résident incapable d'exprimer son opinion ou de faire valoir ses besoins concernant la routine ou l'horaire quotidien, le besoin d'intimité, le respect de la confidentialité et la gestion des finances personnelles (Covelet, 2003 ; McDonald *et al.*, 2008) représentent aussi des conditions organisationnelles menant potentiellement au développement de conduites maltraitantes. Il en va de même pour les conditions matérielles de même que le mode de gestion des conflits (Grelet, 2005). Enfin, certains auteurs mentionnent les demandes inadéquates adressées par les résidents aux préposés aux bénéficiaires, qui placent ces derniers devant des situations auxquelles ils n'ont pas été préparés ou qui dépassent leurs compétences. En outre, comme le dit Rivault (2004) : « On leur demande un engagement supérieur aux autres métiers. C'est un métier impossible, car la dimension relationnelle est au-delà de la technique » (p. 45). Les préposés aux bénéficiaires doivent jongler avec des injonctions contradictoires (Aubry et Couturier, 2012 ; Rimbert, 2005) dans lesquelles la qualité des services s'oppose à la quantité de services, injonctions souvent formulées autour de problèmes liés à la gestion du temps imparti à la réalisation de la tâche. Ces facteurs d'ordre organisationnel exposent les résidents et le personnel à plusieurs formes de maltraitance organisationnelle qui sont involontaires du point de vue des individus, mais qui relèvent, à première vue, de leur libre arbitre.

Par ailleurs, on ne saurait parler de maltraitance dans les OSLD sans mentionner les comportements violents de certains résidents dont sont victimes résidents et membres du personnel (Ko *et al.*, 2012 ; McDonald *et al.*, 2012 ; Payne et Appel, 2007). Les comportements perturbateurs (errance, fugue, agitation, manies, etc.) et agressifs (violence physique ou psychologique) sont fortement corrélés au processus démentiel (Ko *et al.*, 2012 ; McDonald *et al.*, 2012) ou aux épisodes de delirium (McDonald *et al.*, 2012) chez les personnes âgées. Ces troubles de comportement

provoquent des réactions de la part des autres résidents et des membres du personnel, qui tentent de se protéger ou d'intervenir. Selon Ancessi (2010), les réactions des préposés aux bénéficiaires dans ces situations difficiles peuvent prendre différentes formes (riposte et agression sur le résident, mesures d'isolement ou de punition, ignorance des besoins ou des demandes d'aide du résident, etc.) ou encore envers eux-mêmes (acceptation des gestes agressifs commis à leur endroit, lésions professionnelles, absentéisme, épuisement professionnel, etc.), ce qui les conduira ultimement à prendre une posture agentique, c'est-à-dire à quitter la position de l'acteur bienveillant pour celle d'un agent exécutant la tâche demandée sans égard à la dimension relationnelle de la situation clinique. En fait, une mécompréhension des maladies et des incapacités sous-jacentes au comportement du résident (atteinte frontale, aphasie, etc.) en ce qui concerne les véritables intentions qui motivent sa conduite dans un contexte relationnel particulier serait à la source de plusieurs situations de violence réactive commise par les membres du personnel. Ceux-ci seraient souvent incapables d'interpréter les comportements agressifs des résidents comme les manifestations d'une condition clinique (problème psychiatrique, trouble cognitif, etc.) ou comme de simples réactions face aux diverses pertes ou frustrations qu'il subit pendant ce temps difficile de la vie. À défaut de posséder cette compétence clinique, les comportements sont parfois interprétés par le personnel comme des attaques ou des gestes intentionnels, conscients et délibérés, posés à leur endroit. En somme, le mauvais décodage de la situation entraîne une succession de réactions malheureuses qui altèrent la relation de confiance entre les résidents et les préposés aux bénéficiaires.

Lorsqu'un soignant se voit attribuer une étiquette de maltraitance, il peut réagir de différentes façons : manifester de la peur ou de l'antipathie face au résident agressif, avoir une impression d'impuissance, d'incompétence ou d'inefficacité, éprouver le sentiment que son travail est incompris par les tiers jugeant la situation. Souvent, ces tiers évacuent les déterminants de cette conduite maltraitante au profit d'une attribution causale simpliste, à savoir celle du sujet méchant et mal intentionné. Dans ces conditions, la dissonance cognitive et la souffrance éthique (Dejours, 1998 ; Molinier, 2012), c'est-à-dire la tension qui se vit entre « une vision idéale du soin, de la vieillesse et de l'action institutionnelle » (Dujarier, 2002, p. 112) et la réalité d'un « sale boulot » insatisfaisant, peuvent affecter les préposés aux bénéficiaires jusque dans leur santé physique et mentale (Molinier et Flottes, 2012 ; Payne et Appel, 2007 ; Rivault, 2004). Cela force les préposés aux bénéficiaires qui se maintiennent en emploi à trouver des

moyens de rétrécir cet écart, de gérer cette contradiction. Ils bricolent alors des solutions pour « continuer à agir malgré tout » (Dujarier, 2002, p. 115), pour répondre dans l'immédiat à ces exigences en sachant qu'ils sont empêchés de faire leur travail aussi bien qu'ils le voudraient. Toutefois, ces adaptations pourraient engendrer des actes jugés socialement inacceptables et répréhensibles (Dujarier, 2002). En effet, la maltraitance, en étant indiscutablement jugée inacceptable, entraîne des jugements sans appel invitant les préposés aux bénéficiaires à développer des stratégies d'action cachées. Ce faisant, la maltraitance est entretenue (Dujarier, 2002) tout en étant gardée hors de vue.

Ainsi, la responsabilité est souvent attribuée exclusivement à l'individu, constituant par le fait même une condition défavorable à une action positive sur les conditions d'ordre organisationnel sous-jacentes au problème de la maltraitance. Revenons à l'extrait de l'article de presse :

> Des résidents [...] se sont plaints du comportement d'un préposé aux bénéficiaires [...] plusieurs cas de maltraitance de résidents, au nombre de trois ou quatre, spécifiquement auprès de ceux qui ont de la difficulté à s'exprimer. Il s'agit de cas de brutalité intentionnelle à répétition en cours de manœuvres, ce qui nous apparaît assez grave, le préposé ne donnait pas les soins auxquels les résidents ont droit.

Il est intéressant de considérer les critères évoqués par le journaliste pour démontrer la gravité du geste d'un individu et légitimer le caractère exceptionnel de la punition : le nombre de cas, l'intentionnalité, la répétition du geste et l'atteinte aux droits. Or, si l'on se réfère à la définition de la maltraitance donnée par l'Organisation mondiale de la santé, les trois premiers critères ne définissent pas la maltraitance, car « un geste singulier ou répétitif » suffit. De plus, la notion d'intentionnalité n'apparaît pas dans toutes les définitions, de sorte qu'elle ne saurait être considérée comme un critère universel permettant de juger du caractère maltraitant d'un geste.

Plus loin dans l'article sont exemplifiés ces gestes de maltraitance. « Les gens étaient laissés dans leurs selles trop longtemps. » Le préposé aux bénéficiaires « faisait des gestes brusques et ses paroles l'étaient tout autant ». Il « manquait d'empathie », « ne répondait pas aux résidents qui actionnaient leur cloche d'appel » et « parlait au téléphone cellulaire en donnant les soins ». Ici, c'est bien l'individu qui est incriminé, le sujet seul, sans égard aux conditions du travail pouvant expliquer sa conduite.

2. RECHERCHE DES COUPABLES OU RÉSOLUTION DES PROBLÈMES

Nous posons ici un regard qui pourrait éclairer la question de la surreprésentation des préposés aux bénéficiaires au banc médiatique des accusés dans les situations de maltraitance se déroulant dans les OSLD. Nous faisons appel aux travaux du sociologue Nicolas Dodier (1995), qui s'est intéressé à la question de la responsabilité dans des incidents portant atteinte à des êtres humains selon que les organisations où se produisent ces incidents recherchent des coupables (attitude accusatoire) ou des solutions (attitude fonctionnelle). Ainsi se pose la question de savoir si les préposés aux bénéficiaires paient, à titre individuel et collectif, le tribut d'un mode d'organisation et de reconnaissance du travail faisant que les établissements de soins et de santé où ils exercent leur métier se déculpabilisent et se déresponsabilisent parce qu'ils ont identifié un coupable. Nicolas Dodier décrit deux types d'organisations fortement contrastées par leur logique de fonctionnement et leur manière de régler les problèmes, dont ceux impliquant des êtres humains, comme c'est le cas pour la maltraitance survenant dans les OSLD : il s'agit des organisations planifiées et des organisations distribuées.

2.1. ORGANISATIONS PLANIFIÉES

Les organisations planifiées se caractérisent principalement par une forte hiérarchisation de la gestion, un séquençage et une séparation étanche des actions de chaque groupe d'acteurs (les concepteurs ou producteurs de règles, le personnel d'encadrement chargé de l'exécution des scénarios selon les règles définies, les travailleurs-exécutants ayant la tâche de suivre les scénarios), un enlignement des conduites sur les prescriptions de l'action, une régulation des écarts par le remplacement des objets ou des travailleurs défaillants – ce qui révèle une conception du système en « pièces détachées » dont les modèles tayloriste et fordiste constituent des exemples archétypaux – et un rapport à la règle traduisant plus fondamentalement un rapport au savoir : « Les individus dépositaires d'un savoir scientifique ont une capacité normative supérieure et légitime » (Dodier, 1995, p. 113).

Suivant cette description, nous pouvons établir un parallèle entre les opérateurs en industrie et les préposés aux bénéficiaires travaillant dans les OSLD. Dans la hiérarchie des travailleurs de ces organisations, les préposés aux bénéficiaires forment un collectif peu reconnu dans le champ

académique, ce qui a pour effet de les éloigner du prestige (autonomie professionnelle, jugement clinique, postulat de bienveillance, etc.) découlant de l'usage de savoirs scientifiques et de les rendre interchangeables. Ils sont confinés à des fonctions d'exécution technique, ce qui les écarte de toute aspiration ou prétention à la professionnalisation. Ainsi, ils se retrouvent au bas de l'échelle organisationnelle, une position définie par ceux qui, du fait qu'ils sont détenteurs du savoir, possèdent la légitimité d'ordonner le travail d'autrui. De plus, l'écart entre la noblesse du métier tellement vantée lors de la formation initiale et la réalité du « sale boulot » et du « boulot sale » (Molinier, Gaignard et Dujarier, 2010) entraîne une souffrance éthique chez les préposés aux bénéficiaires, qui se voient contraints de poser dans leur pratique certaines actions allant à l'encontre de ce qu'ils conçoivent comme faisant la valeur réelle de leur métier. Dans ce type d'organisation, les écarts par rapport aux plans sont vus comme des défaillances de pièces du système qui exigent d'être rappelées à l'ordre ou placées hors d'état de nuire. Or c'est exactement la résultante de la situation de maltraitance qui est rapportée dans la presse.

Dans ce contexte fortement soumis aux pressions provenant de toutes parts, dont celle des médias, les travailleurs et le personnel d'encadrement vont établir les règles d'un jeu plus ou moins clandestin en développant en parallèle des processus que Dejours (1996) appelle la tricherie. Ainsi, les uns et les autres vont adapter ou contourner des procédures officielles dans un but très pragmatique d'efficience de l'activité. À ce sujet, Aubry et Couturier (2012) ont révélé l'existence de ces pratiques clandestines chez les préposés aux bénéficiaires, qui doivent inventer des solutions pour faire face aux prescriptions contradictoires qui leur sont faites en lien avec la conjugaison, souvent impossible, du vite et du bien. Ces stratégies peuvent facilement être interprétées comme des cas de maltraitance, comme le laisse voir l'exemple suivant : « Durant le temps des repas, et afin d'accélérer la pratique [...], les préposés peuvent utiliser une autre stratégie consistant à alimenter deux résidents à la fois » (Aubry et Couturier, 2012, p. 11). De son côté, le personnel d'encadrement va « fermer les yeux sur les écarts aux procédures [et] ne sanctionnera les infractions que lorsque l'ampleur de l'incident oblige à traiter celui-ci face à une hiérarchie plus élevée, ou face aux tribunaux » (Dodier, 1995, p. 117), parmi lesquels on retrouve le tribunal médiatique.

La posture accusatoire, qui caractérise les organisations planifiées, se déploie en réaction à un événement subit, empreint de violence, examiné sous l'angle d'un dommage et éclatant au grand jour. Il s'agit d'une infraction

à la règle, d'une atteinte à l'intégrité des êtres humains, qui devient visible au grand jour. L'accusation représente un moyen de « rendre moralement acceptable l'irruption brutale de la violence ». Comme le crime ne peut être anéanti, les personnes vont partir en quête d'un responsable à sanctionner, « qui tient alors la place [...] de "substitut" à l'événement » (Dodier, 1995, p. 140). En fait, seules l'identification d'un responsable et l'imposition d'une sanction mettront fin à la crise morale puisque l'impunité ajoute souvent au caractère intolérable de la souffrance. C'est la raison pour laquelle la désignation d'un coupable coupe souvent court un rigoureux processus d'analyse des causes. Si un coupable est identifié, alors l'épisode de crise trouve son terme et les personnes seront rapidement soulagées, car l'incident ne sera pas demeuré impuni. Ce processus conjugue le temps au passé : sitôt la sanction prononcée, l'affaire passe dans l'ordre du révolu et l'incident est clos. Dodier (1995) remarque que cette attente de punition n'est pas uniquement le fait des organisations : « L'attitude accusatoire relève du sens commun » (p. 159). Elle représente une expectative qui se justifie socialement parce qu'elle crée un sentiment de justice. Par sa focalisation sur une cause unique, souvent simpliste, la sanction est cognitivement économe en raison du raccourci qu'elle prend dans la chaîne des imputations : « une attente est comblée [...] on en reste à la mise en cause et à la satisfaction qu'elle procure » (Dodier, 1995, p. 148). La conjonction des causes n'est pas prise en compte et toutes les causes se valent, pourvu qu'on en trouve une qui soit satisfaisante, ne serait-ce que sur le plan symbolique. « L'erreur humaine est l'explication morale la plus simple de l'accident » (Dodier, 1995, p. 164). Cela explique pourquoi l'accusation possède le plus souvent une tonalité morale, centrée sur un individu, toujours vu comme déviant. Dans l'article de presse, la porte-parole de l'OSLD impliquée dans la situation de maltraitance a commenté l'incident en ces termes : « Il y avait des écarts en lien avec des procédures et le respect du plan de travail. Ces écarts étaient inadmissibles. » Bien que le point de vue exprimé ici soit construit autour de la notion d'écart entre la règle et l'effectif, il serait intéressant de faire l'analyse de cette prescription du travail des préposés aux bénéficiaires. Nous anticipons que cette prescription sera moins normée que ne le laisse sous-entendre l'argumentation. De plus, il n'est jamais fait mention d'une faute qui serait partagée, pas plus que des causes systémiques (p. ex., le manque de soutien ou de supervision clinique de la part de l'organisation).

2.2. Organisations distribuées

Les organisations distribuées se distinguent des organisations planifiées par le fait que « la capacité normative de chaque entité n'est pas fixée par un script auquel on essaie de se tenir » (Dodier, 1995, p. 119). Dans ce type d'organisation, les rapports horizontaux sont privilégiés, ce qui se concrétise notamment par la mise en œuvre de canaux de communication efficaces favorisant les prises de parole et les échanges d'information entre les travailleurs et par l'atteinte d'une compétence relationnelle chez les travailleurs et chez les dirigeants. De notre point de vue, un établissement de soins et de santé dont la mission consiste à prodiguer des soins complexes devrait être une organisation distribuée.

La prise en considération de l'opinion du consommateur (ici le résident) ajoute aussi à l'organisation distribuée son caractère de flexibilité, appliqué au fonctionnement et à l'organisation du travail. Pourtant, nous avons peine à inscrire les préposés aux bénéficiaires sur un axe horizontal de collaboration interprofessionnelle puisque ces derniers ne sont pas considérés comme des soignants ou des professionnels ni par leurs collègues infirmières ou par leurs employeurs, ni par le Code des professions. Ainsi, les préposés aux bénéficiaires ne se voient pas donner accès au dossier clinique des clients (pour la consultation ou la rédaction de notes), qu'ils connaissent pourtant de manière privilégiée. Dans les organisations distribuées, les problèmes sont abordés non pas de façon découpée ou parcellaire, mais dans la dynamique continue de multiples défaillances qui, prises isolément, n'expliquent pas les problèmes. Ici, le processus explicatif n'est pas unicausal. De plus, il débute par une problématisation construite collectivement, ce qui permet d'entendre une pluralité de voix se prononcer sur la question.

Dans les cas de maltraitance survenant dans les OSLD, force est de constater que les médias participent à la problématisation, bien que ce soit avec une approche qui nous semble quelque que peu simplificatrice et réductrice. Dans une recherche des causes, l'appréhension des problèmes devrait tenir compte de la part d'improvisation que doivent mettre en œuvre les travailleurs et au premier chef les préposés aux bénéficiaires pour prendre des décisions dans des situations qui sont par nature incertaines et imprévisibles. Ainsi, il y aurait reconnaissance de l'« hétérogénéité des savoirs » que requiert toute activité de soin. Cette manière de penser érode la hiérarchisation des savoirs et redonne du pouvoir et du crédit

au travailleur, réhabilité « comme agent doué d'habiletés techniques, et notamment d'une capacité de régulation » (Dodier, 1995, p. 120). Ce faisant, chaque cause va devenir une cible de l'action organisationnelle.

2.3. Induction d'une posture distribuée dans les OSLD

S'il est facile d'affirmer que les OSLD se situent traditionnellement dans une perspective planifiée, nous voulons souligner qu'elles cherchent à évoluer vers une posture qui serait davantage distribuée. Par exemple, la mise en place d'instances pour le traitement des plaintes des résidents, dont les comités d'usagers ou de résidents, compte parmi les dispositifs de communication que l'on retrouve dans des organisations distribuées. Ainsi, l'implantation dans les OSLD de diverses approches de soins de type *home-like*, selon l'expression anglaise (philosophie de l'humanitude, approche relationnelle de soins, approche Milieu de vie, etc.) vise à instaurer dans ces organisations des mécanismes qui permettent en principe de regarder les situations problématiques dans une perspective plus large.

Plus fondamentalement, la distinction entre la notion de faute individuelle et le concept de dysfonctionnement systémique appartient au registre du changement langagier, et donc symbolique, nécessaire pour désamorcer le sentiment d'injustice qui peut prévaloir chez les préposés aux bénéficiaires et qui est lui-même le moteur du développement de conduites négatives (p. ex., le refus d'un soignant d'inscrire son activité dans un processus de développement continu de la qualité). Ce revirement conceptuel n'est pas qu'un jeu de mots puisqu'il renverse la perspective en replaçant les démarches à entreprendre dans une temporalité tendue vers le futur, c'est-à-dire vers des pratiques préventives, au lieu de mettre un terme à l'incident par une punition. Au demeurant, c'est sur cette dynamique d'ouverture que se termine l'article de *La Presse*. Le président du comité des résidents s'est dit satisfait de la réponse de la direction. « Le mot d'ordre, c'est d'être extrêmement vigilant [...] La directrice de l'établissement a assuré que tout est fait pour garantir des services de qualité aux résidents [...] Il y a des mesures qui ont été mises en place pour assurer une qualité de vie. » Ici, on sent bien une volonté de ne pas s'en tenir à la clôture de l'incident par la sanction (le congédiement), mais il n'est aucunement question de la mise en place de dispositifs de veille ou de correction. S'agit-il d'un simple effet rhétorique ? Peut-être... Mais, ce qui est bien certain, c'est que le congédiement, lui, est sans équivoque.

CONCLUSION

Dans les OSLD, le ciblage des préposés aux bénéficiaires pour porter la responsabilité des fautes commises dans l'institution peut s'expliquer de différentes manières. De notre point de vue, sans nier la part attribuable à l'individu, nous voulons mettre en évidence le fait que la maltraitance organisationnelle dépasse les cas isolés. Ainsi, nous nous sommes appliquées à mettre en évidence certaines dimensions de nature systémique ayant pour effet d'enfermer les préposés aux bénéficiaires dans une posture représentationnelle de la maltraitance. La basse position occupée par le métier de préposé aux bénéficiaires dans la hiérarchie organisationnelle conjuguée à l'intériorisation d'une prescription du travail idéal déphasé du travail réel et à la faible professionnalité du métier comptent parmi ces considérations. De manière plus pointue, la non-reconnaissance de la part de l'activité relationnelle et de l'ajustement incessant requis dans l'exercice des activités réalisées par les préposés aux bénéficiaires et le fait que, jusqu'à maintenant, ces activités ont rarement fait l'objet de conceptualisations et de formalisations relèguent dans la sphère personnelle des habiletés relevant en réalité des compétences professionnelles. De plus, c'est en raison même de la nature relationnelle et communicationnelle de leur travail, davantage que de la composante technique des leurs actes, que les préposés aux bénéficiaires s'exposent à des accusations de maltraitance.

Nous avons aussi montré en quoi les différentes conceptions de la responsabilité peuvent conduire à l'identification trop rapide des préposés aux bénéficiaires en tant qu'auteurs de la maltraitance dans les OSLD. Malheureusement, la conception diluée, particularisée, et ici personnalisée de la responsabilité dans l'attitude organisationnelle et médiatique accusatoire prévaut sur la conception distribuée de la responsabilité, et ce, non seulement au sein des organisations, mais aussi dans la société en général.

Jusqu'à maintenant, les recherches sur la maltraitance envers les personnes aînées ont très peu tenu compte des facteurs organisationnels et des limites systémiques sous-tendant les pratiques jugées maltraitantes, ou, à tout le moins, elles ont peu exploré l'idée que les préposés aux bénéficiaires puissent être désignés comme les boucs émissaires des OSLD. L'analyse des activités des préposés aux bénéficiaires et des conditions dans lesquelles ces derniers exercent leur capacité d'agir apparaît comme une voie prometteuse pour reproblématiser la maltraitance dans les OSLD.

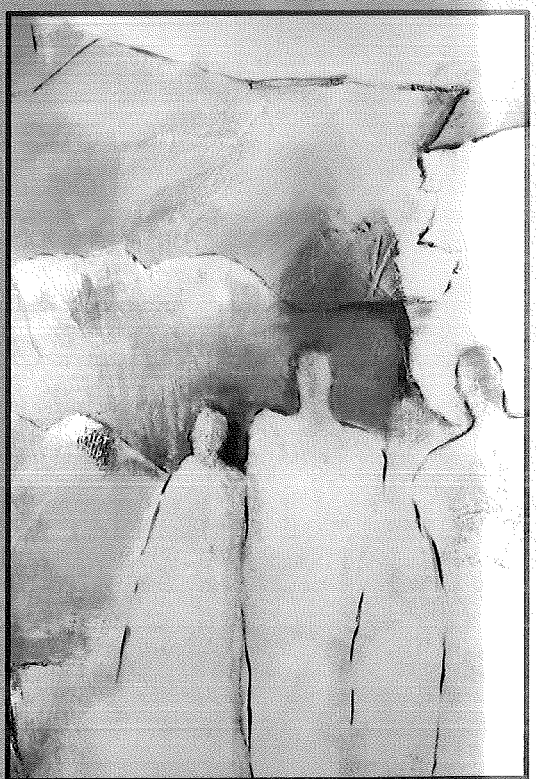
Collection
SANTÉ ET SOCIÉTÉ

Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes

Entre domination et autonomie

Sous la direction de
François AUBRY
Yves COUTURIER

Préface de
Michel LEMELIN



POUR CONSULTATION SEULEMENT

Presses de l'Université du Québec

Membre de L'ASSOCIATION NATIONALE DES ÉDITEURS DE LIVRES

Presses de l'Université du Québec
Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450, Québec (Québec) G1V 2M2
Téléphone : 418 657-4399 *Télécopieur :* 418 657-2096
Courriel : puq@puq.ca *Internet :* www.puq.ca

Diffusion/Distribution :

CANADA Prologue inc., 1650, boulevard Lionel-Bertrand, Boisbriand (Québec) J7H 1N7
Tél. : 450 434-0306 / 1 800 363-2864

FRANCE AFPU-D – Association française des Presses d'université
Sodis, 128, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 77403 Lagny, France – Tél. : 01 60 07 82 99

BELGIQUE Patrimoine SPRL, avenue Milcamps 119, 1030 Bruxelles, Belgique – Tél. : 02 7366847

SUISSE Servidis SA, Chemin des Chalets 7, 1279 Chavannes-de-Bogis, Suisse – Tél. : 022 960.95.32

DANGER LE PHOTOCOPILLAGE TUE LE LIVRE

La Loi sur le droit d'auteur interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».