

Une réorganisation majeure des soins et du travail



Françoise Bouchard
asstsas

Le CSSS de Québec-Nord (CSSSQN) avec plus de 920 résidents dans 8 centres d'hébergements compose avec des héritages culturels très différents. Environ 1 500 personnes y travaillent. Afin d'améliorer la qualité de vie des résidents et du personnel, une importante démarche de réorganisation des soins et du travail a été entreprise. Le succès est dû à la participation de tous ! Voici le résumé de l'atelier du colloque 2009 de l'ASSTSAS où les conférenciers ont présenté ce projet innovateur.

L'implantation de l'approche milieu de vie, la pénurie de main-d'œuvre, l'alourdissement de la clientèle et de la charge de travail sont des éléments qui entraînent l'établissement dans une vaste démarche de réorganisation des soins et des services.

L'approche milieu de vie consiste à synchroniser les heures des travailleurs en fonction des besoins des résidents, de leurs goûts, leurs habitudes de vie, leurs valeurs, etc. Il s'agit d'harmoniser (plutôt qu'uniformiser) les pratiques, les activités et les routines de travail. « Dans l'approche milieu de vie, l'établissement devient le quartier des résidents, le corridor devient leur rue et leur chambre devient leur maison. »

Grand défi que de réorganiser en touchant tous ces aspects à la fois ! La valeur la plus importante dans cette démarche est basée sur la volonté de faire les choses ensemble, d'obtenir les solutions proposées par les travailleurs et de partager avec eux la vision de l'organisation.

UN SYSTÈME QUI ÉVOLUE

Les trois composantes de l'organisation ont été évaluées pour implanter l'approche milieu de vie.

> **La composante organisationnelle.** La structure des effectifs a été revue pour une meilleure répartition du nombre de soignants et de PAB, plus présents pour les besoins d'assistance aux clients. Les rôles et les fonctions de chacun ont été redéfinis. L'implantation de l'Approche relationnelle de soins (ARS) se poursuit dans tous les sites. L'attitude générale favorise l'écoute du client, mais également l'écoute du personnel.

> **La composante humaine.** Le respect envers la personne hébergée a été ciblé (histoire de vie, goûts et valeurs). Le personnel a été formé pour comprendre les nouvelles façons d'être et d'agir avec les personnes âgées : les reconnaître comme des adultes, miser sur leurs capacités et les accompagner au lieu de les prendre en charge, leur offrir des activités variées et stimulantes, etc.

> **La composante environnementale.** Plusieurs changements ont été visés : personnaliser les chambres ; aménager des aires pour recevoir des visiteurs ; s'assurer que les équipements soient adaptés et sécuritaires ; favoriser le dialogue et la souplesse dans les services offerts ; augmenter la qualité au niveau de l'alimentation, favoriser la stimulation individuelle des résidents, etc.

UNE VISION À PARTAGER AVEC LES TRAVAILLEURS

Ne disposant pas de budget supplémentaire, la direction a dû faire des choix et trouver des ajustements. Il a d'abord fallu faire partager aux travailleurs la vision de l'organisation au regard de l'approche milieu de vie, en communiquant régu-

La valeur la plus importante dans cette démarche est basée sur la volonté de faire les choses ensemble.



lièrement avec eux. Le meilleur indicateur qu'ils sont prêts à initier le changement, c'est quand ils disent : on arrête d'en parler et on le fait !

Pour que les travailleurs voient des changements concrets dans une telle démarche, il fallait agir sur la charge de travail. L'intention de l'équipe de direction n'est pas d'empirer la situation, mais de favoriser les changements avec les travailleurs. Ils ont eux-mêmes trouvé les solutions, comme le présente l'**encadré 1** avec l'exemple des repas : un changement qui n'a engendré aucun coût. Qualité de vie des résidents et du personnel, ça va ensemble !

Le plan de communication de départ a été de rencontrer toutes les équipes de travail, en portant une attention spé-

Pour que les travailleurs voient des changements concrets dans une telle démarche, il fallait agir sur la charge de travail.

ciale aux équipes de projets (unités pilotes). L'information s'est poursuivie par la suite avec la mise en place de comités. La haute direction a continué de piloter le projet. Le comité exécutif (composé des chefs de service) s'est rapproché du terrain grâce aux équipes de projet (formées de travailleurs de soins des différents titres d'emploi et quarts de travail). Dans chaque centre, ces comités assurent la liaison avec les collègues. Rien n'a été imposé !

1 Activité repas

Un projet pilote a été réalisé dans un centre afin d'agir sur la charge de travail lors de l'activité repas.

Comme le dîner des clients coïncidait avec celui d'une partie du personnel, les employés qui restaient devaient faire manger jusqu'à trois clients à la fois.

Maintenant, la moitié de l'équipe dîne avant les clients et l'autre moitié, après. Comme tout le monde est présent de 11 h 45 à 12 h 30, chaque travailleur peut se dédier à un seul résident. Ce changement augmente la qualité de la stimulation du résident et de son alimentation. La cafétéria a été aménagée au goût des résidents et les repas se déroulent dans une ambiance agréable.



Johanne L'Heureux, infirmière auxiliaire, Centre d'hébergement Saint-Augustin.



Jean-Pierre Morin, préposé aux bénéficiaires, Centre d'hébergement Saint-Augustin.



Blandine Émond, infirmière auxiliaire, Centre d'hébergement Loretteville.

2 Création des postes de PAB

La transformation de 50 postes d'infirmières auxiliaires (dont 35 postes vacants) a permis l'embauche de 120 PAB. Personne n'a perdu son emploi et les nouveaux employés ont obtenu des postes permanents. Ce changement a permis de trouver une stabilité du personnel. Le projet s'est autofinancé, entre autres, parce que la main-d'œuvre indépendante (personnel d'agence) a diminué de 65 %.

LA PLANIFICATION ET L'ÉVALUATION

L'établissement s'est doté d'un cadre logique pour planifier l'ensemble de la démarche de façon rigoureuse : finalités, objectifs, partenaires, stratégies, indicateurs pour évaluer les changements, validation, etc. Six mois ont été consacrés à cette planification.

Le portrait de la main-d'œuvre a été réalisé (profils, départs prévus à la retraite, congés de maternité, etc.) et les irritants ont été documentés permettant ainsi de diriger certaines interventions. L'outil de *Parker* a servi à mesurer le climat de travail dans les équipes. Une autre mesure sera faite après les changements afin de vérifier l'amélioration.

Un portrait de la clientèle actuelle a aussi été produit (profils, besoins, heures/soins, aptitudes des résidents, etc.). Un regard a également été porté sur la clientèle future à partir des listes d'attente.

QUELQUES CONSTATS

Cette première étape de documentation a permis quelques constats. L'implantation du milieu de vie est très variable dans les centres, la clientèle s'alourdit ce qui augmente les



Cette équipe a présenté la démarche du CSSSQN lors du colloque 2009 de l'ASSTAS. Linda Guay, infirmière auxiliaire au Centre Alphonse Bonenfant, Martin Bédard, directeur adjoint à l'hébergement, Diane Claveau, conseillère clinicienne à la Direction de la qualité des services et des soins infirmiers.

Chacun est important auprès des résidents, l'esprit d'équipe et l'entraide demeurent.

besoins en soins d'assistance, l'organisation clinique et les activités de travail sont différentes d'un centre à l'autre (composition des équipes de travail, routines, etc.). Toutefois, les problèmes d'attraction et de rétention du personnel sont présents partout.

Les taux de réponse aux besoins de la clientèle sont variables (de 56 à 82 %). Ce dernier élément a été très démoralisant pour le personnel : « Quand tu sais que tu es le centre qui a 56 %, tu te demandes comment tu as pu travailler là toutes ces années ! ». De plus, dans certains centres, les infirmières auxiliaires effectuaient 75 % des tâches de préposés aux bénéficiaires (PAB), soit des soins d'assistance. Comment maximiser l'utilisation de leurs compétences respectives ?

3 Stabilisation des équipes

Auparavant, la rotation des travailleurs auprès des résidents se produisait après une à trois semaines.

Maintenant, chaque PAB est responsable de six résidents en moyenne. Les réunions d'équipe durant le quart de travail sont obligatoires et portent entre autres sur les problèmes, les trucs, les stratégies. Les formatrices en ARS soutiennent les travailleurs et, au besoin, d'autres ressources sont disponibles pour les aider à trouver des alternatives.

Cette nouvelle façon de faire est très appréciée. Les soignants apprennent à mieux connaître leurs clients et à gérer les activités et les routines en tenant compte de leurs habitudes de vie. Maintenant, les travailleurs veulent conserver « leurs » résidents parce qu'ils se sont choisis mutuellement en fonction de leurs affinités.

La stabilisation des équipes a permis d'offrir plus de temps à la clientèle. Un programme d'activités dirigées a été élaboré, entre autres pour les clients esseulés, avec des déficits cognitifs ou qui s'intègrent peu au groupe. Dans le plan de travail des PAB, une activité dirigée et significative est prévue avec chaque résident en fonction de son histoire de vie et de son état : regarder des photos, prendre la main, chanter. Même sans budget supplémentaire, il est possible d'améliorer la vie des résidents et être heureux au travail.

RECOMMANDATIONS ET DÉMARCHE D'HARMONISATION

De nombreuses recommandations ont été formulées. Au départ, il faut atteindre un taux de réponse aux besoins de la clientèle similaire dans l'ensemble des centres d'hébergement. Pour favoriser le milieu de vie, il faut viser un ratio de personnel en soins d'assistance plus élevé que celui en soins infirmiers.

Une approche de soins intégrée par modules

Les résidents ont été regroupés par modules et le personnel planifié en conséquence. Un ratio d'environ 40 % de personnel de soins infirmiers pour 60 % de soins d'assistance a été établi.

Dans leur rôle renouvelé, les infirmières se répartissent ainsi : une le jour pour 32 résidents, une le soir pour 64 et une la nuit pour 100 ; ce nombre suffit si elles contribuent au minimum aux soins d'assistance.

Par ailleurs, le nombre d'infirmières auxiliaires dépend des heures/soins requises étant donné qu'elles accomplissent maintenant 80 % de soins infirmiers et 20 % de soins d'assistance. En transférant aux PAB les soins d'assistance, des postes d'infirmières auxiliaires ont été transformés pour embaucher des PAB (**encadré 2**).

L'établissement des ratios de personnel permet à chaque employé de mieux jouer son rôle. Chacun est important auprès des résidents, l'esprit d'équipe et l'entraide demeurent.

Le rehaussement des pratiques professionnelles

L'infirmière évalue, à l'admission, la condition mentale et physique du résident. Elle évalue et coordonne le plan thérapeutique infirmier, de même que les communications avec les résidents et leur famille. Pour l'aider dans son rôle renouvelé, elle a reçu de la formation sur le leadership d'équipe et une mise à niveau des compétences pour l'évaluation clinique.

Un nouveau système de distribution des médicaments a été instauré. Maintenant, dans un des sites, les infirmières auxiliaires accordent en moyenne une heure à cette tâche plutôt que deux. Elles sont plus présentes sur le terrain et disponibles pour d'autres activités.

Les PAB disposent d'une plus grande latitude pour effectuer leurs activités et routines de travail, par exemple la possibilité de travailler en équipe au besoin ou, encore, la modification des heures d'arrivée et de départ. Constatant que plusieurs résidents se lèvent plus tôt et aimeraient se laver et s'habiller avant le déjeuner, les PAB débute maintenant plus tôt le quart de jour. Après le déjeuner, il y a moins de toilettes à effectuer et les travailleurs se sentent moins bousculés. Des soins d'hygiène peuvent se donner également en après-midi et en soirée. Ces changements ont permis de mieux répondre aux besoins des résidents.

Les PAB disposent d'une plus grande latitude pour effectuer leurs activités et routines de travail.

LA MESURE DES RÉSULTATS

Déjà les résultats se font sentir. Les indicateurs cliniques auprès de la clientèle se sont améliorés : taux de satisfaction plus élevé, diminution des lésions de pression, diminution des erreurs médicamenteuses (meilleurs suivis et évaluations des profils). Les indicateurs de santé et de sécurité du travail sont également positifs, entre autres au plan des événements reliés aux déplacements des résidents.

Le CSSS de Québec-Nord n'a pas la prétention que tout est parfait. Mais, ensemble, tous se sont mis à l'action. Aujourd'hui, les travailleurs sont contents de dire, « On a travaillé pour améliorer les choses » ! En ce qui concerne l'avenir, « Il ne s'agit pas de le prévoir, mais de le rendre possible ! » (Saint-Exupéry). ●

Photos : merci au CSSSQN, au personnel et aux résidentes – © CSSSQN.

4 Formation des PAB

Le Centre de formation professionnelle forme environ 100 PAB/an dans la région de Québec. Pour réaliser les transformations, les besoins du CSSSQN étaient bien plus grands !

Des personnes sans formation de PAB ont été sélectionnées en fonction de leurs attitudes et leur savoir-être. L'établissement a assuré leur formation ce qui a permis une main-d'œuvre supplémentaire pour stabiliser ses équipes de travail.

La formation dure cinq jours : Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires, profil de la clientèle, soins d'assistance, équipements, plans de travail, dynamique d'équipe. Le défi consiste à garder les gens le moins longtemps en salle de cours pour les amener rapidement sur le terrain afin d'apprendre dans l'action.

Un programme de mentorat a été instauré et 60 PAB « séniors » y participent. Ils accompagnent les nouveaux PAB pendant une dizaine de jours ou plus selon les besoins. Des monitrices rencontrent les apprentis chaque semaine durant leur probation (40 jours), ensuite aux trois mois pendant la première année afin de s'assurer que tout va bien. Cette personnalisation a aussi un grand impact sur le taux de rétention.