



Centre de recherche

sur les soins et les services de
première ligne de l'Université Laval

Vivre et travailler en centre d'hébergement Un portrait

**Éric Gagnon
Nancy Jeannotte**

5 décembre 2019

Pour plus d'information :

Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval
(CERSSPL-UL)

2525, chemin de la Canardière, entrée A-1-2, 3^e étage, bureau A-3421

Téléphone : 418 821-9481 Télécopieur : 418 687-9694

Ce document est aussi disponible sur le site Web :

www.cersspl.qc.ca.

Dépôt légal : 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN: 978-2-550-85683-2 (PDF)

© CIUSSS de la Capitale-Nationale 2019

Introduction

Ce n'est pas sans appréhension qu'on franchit pour la première fois les portes d'un centre d'hébergement. Avec tout ce qui s'est écrit dans les journaux et dit à la télévision, on s'attend à trouver un monde un peu désolant, où les résidents sont laissés à eux-mêmes, négligés et malheureux, où le personnel, débordé, n'a pas le temps de leur adresser la parole, où les soins sont minimaux et la nourriture exécration. On ne s'attend pas à découvrir un endroit où l'on souhaiterait vivre et terminer ses jours. La première impression renforce ce sentiment. L'espace rappelle davantage un établissement de santé qu'une résidence : des corridors avec une série de chambres de chaque côté et un poste infirmier au milieu, des charriots (de repas, de linges souillés ou de médicaments), des fauteuils roulants. Les difficultés sont bien réelles; il manque en effet de personnel, les soins sont insuffisants, les résidents ne se sentent pas vraiment chez eux. Mais après quelque temps, et pour peu qu'on prête attention aux gens autour de soi, à ce qui se passe et à ce qui se dit, on découvre une réalité complexe. Derrière les routines et les procédures, on entrevoit des gestes et des conduites

parfois d'une grande finesse; en marge des règles et des normes, on découvre beaucoup d'intelligence et de sensibilité.

Nous ne voulons pas ici instruire le procès des CHSLD, ni nous porter à leur défense. Nous souhaitons contribuer à une meilleure connaissance et à une meilleure compréhension de ce qui s'y passe. Pendant plusieurs années, nous avons arpenté les corridors de nombreux centres d'hébergement, discuté ou bavardé avec les gens, aidé des personnes à se déplacer et participé à des activités. Nous avons beaucoup observé et écouté (voir à la fin l'encadré sur *L'enquête*). De nos observations et de nos entretiens, nous avons cherché à dégager quelques-unes des grandes dimensions de l'expérience des personnes qui y vivent et qui y travaillent, ce qui est le plus éprouvant, et à identifier, dans le fonctionnement des centres, ce qui pèse le plus sur ces expériences et ces épreuves. Mais nous avons aussi prêté attention aux singularités, aux inquiétudes et aux doutes qui s'expriment, aux contrastes et aux paradoxes, et cherché à faire droit à l'imagination et à la générosité des personnes, afin de mieux rendre compte des savoir-faire et manières d'être. Nous avons voulu mieux cerner la source des difficultés et des malaises, mais aussi les désirs et les joies. Trois dimensions des

centres d'hébergement ont particulièrement retenu notre attention : les centres comme lieux de vie, lieux de travail et lieux de mort. C'est par le biais de chacune de ces trois dimensions que nous proposons d'éclairer la réalité vécue par ceux qui y vivent et y travaillent.

Quelques chiffres. En 2015, au moment où nous entreprenions notre étude, on comptait 447 CHSLD au Québec, dont 402 publics ou privés conventionnés, et 45 privés non conventionnés. Ils hébergeaient un peu plus de 37 000 personnes, soit environ 4 % des personnes âgées de 75 ans et plus. La durée moyenne d'un séjour est de 27 mois. La plupart des résidents sont des personnes âgées. La moyenne d'âge des résidents est de 84 ans. 45 % des résidents ont plus de 85 ans, 10 % seulement ont moins de 65 ans.

Un lieu de vie à l'écart

Les personnes hébergées le sont parce qu'elles ne peuvent plus continuer à vivre chez elles, dans leur maison ou leur appartement. Leurs incapacités sont trop grandes, elles ne peuvent plus faire leurs courses, ni entretenir le logement, elles ne peuvent plus s'habiller, se laver, se lever sans aide. Dans le langage

administratif : elles nécessitent un trop grand nombre d'heures de soins chaque jour, et des soins trop exigeants pour les proches. Elles entrent en centre d'hébergement généralement à contrecœur : on avait espéré vieillir et finir ses jours chez soi plutôt qu'« en institution ». Les personnes atteintes d'une forme de démence sont particulièrement désorientées, ne comprennent pas ce qui leur arrive. Il arrive toutefois que les résidents perçoivent leur arrivée en centre d'hébergement comme un choix, c'est-à-dire qu'ils estiment, compte tenu de leur état de santé, que c'est la meilleure solution selon eux. Être pris en charge par des professionnels et ne plus dépendre de leurs proches procure un soulagement; ils se sentent en sécurité. Quelques-uns, plus rares, sont heureux d'être là, le disent ou l'expriment par leur bonne humeur : l'hébergement les a tirés de la solitude ou de la pauvreté. Mais dans tous les cas, c'est un changement radical, une coupure dans leur vie.

Deuils et ruptures

Être admis en centre d'hébergement, c'est devoir faire toute une série de deuils. C'est d'abord devoir quitter sa demeure, là où l'on a parfois longtemps vécu, la maison qu'on a fait construire et où l'on a élevé sa famille, l'appartement

qu'on avait aménagé à son goût, son chez-soi, le quartier ou le village où l'on connaît les voisins. C'est devoir se départir de la plus grande partie des objets amassés et qui sont un peu la mémoire d'une vie — meubles, vêtements, bibelots — pour ne conserver que le contenu d'environ une boîte et deux valises. Devoir se défaire de tous ses biens est d'autant plus pénible que l'admission en centre d'hébergement se fait souvent de manière précipitée, à la suite d'une hospitalisation pour une maladie ou un accident. Venir vivre en centre d'hébergement, c'est ainsi devoir renoncer à ses habitudes quotidiennes : occupations, routine, horaire des repas. C'est ne plus manger la nourriture goûteuse à laquelle on était habitué. Pour ceux et celles qui ont un conjoint, c'est devoir s'en séparer, ne plus l'avoir

« J'ai été obligée de fermer maison. J'ai dû me débarrasser de toutes les affaires que j'avais. Quand j'ai su que j'allais me ramasser ici, on a tout pris les affaires et on a séparé ça avec les enfants. Mes enfants et mes petits-enfants. Ça fait quelque chose pareil. Ça fait 5 ans que je suis ici et je pense encore qu'il y a des affaires que j'aurais gardées. Je ne m'en serais jamais débarrassée. Ça me fait mal au cœur. »

Résidente

« Des fois, on se demande si on a du manger pour chiens. Ça a pas de goût, c'est pas assaisonné. »

Résidente

présent à ses côtés, devoir se contenter des visites. C'est la séparation la plus difficile, la perte d'une présence et d'une intimité, et il n'est pas rare d'entendre des résidents ou leur conjoint chercher un moyen de vivre à nouveau ensemble.

Être admis en centre d'hébergement est l'aboutissement d'une perte progressive, et plus ou moins rapide, de ses capacités physiques et souvent de ses facultés intellectuelles. C'est devoir faire le deuil de son autonomie, entrepris très souvent avant l'admission, mais néanmoins très difficile, impossible pour certains; le deuil de ses capacités à se déplacer et à s'habiller, à faire des choses aussi simples que se servir un verre d'eau. C'est perdre le contrôle sur sa vie, être dépendant des autres pour la plupart des gestes de la vie quotidienne. C'est avoir besoin de l'assistance d'un préposé pour le transfert du fauteuil roulant au lit ou à un autre fauteuil, ou de l'aide d'un bénévole pour jouer au bingo. C'est

« Ça m'a frappé qu'elle puisse élaborer une stratégie pour qu'on reprenne ensemble! C'est de l'amour, de l'amour pur, ça ! »

Conjoint d'une résidente

devoir faire le deuil de son intimité. Pour s'assurer que les résidents soient en sécurité, mais aussi pour gagner du temps, leur vie ou leur corps sont exposés à la vue et au jugement de nombreuses personnes : les portes des chambres sont laissées ouvertes, les informations sur les résidents sont échangées entre les membres du personnel. Vivre en centre d'hébergement, c'est devoir s'en remettre aux autres pour la satisfaction des besoins les plus intimes, exposer son corps nu à la vue d'un étranger pour se faire laver ou pour aller à la toilette avec son soutien, ce qui est éprouvant, et vécu comme une forme de violence, même si les soignants font de leur mieux pour préserver la dignité.

« Fait que là c'est le bonhomme qui rentre dans notre chambre pis qui prend nos affaires... Hey. Il vient en pleine nuit, à ta porte de chambre. Tu dors toi là à 4 heures du matin... Qu'est-ce que tu fais après ? Tu dors plus. Tu viens de te réveiller en sursaut. »

Résidente

C'est pourquoi l'admission en centre d'hébergement est si difficile. Les nouveaux résidents se retrouvent, du jour au lendemain, transplantés dans un nouvel univers. Leur espace privé se réduit à une seule pièce, meublée de

« On n'a plus de vie. Quand t'as tes deux jambes, tu peux marcher. Tu peux te promener partout. Tu peux faire n'importe quoi. Tandis qu'en chaise roulante, tu ne peux pas aller n'importe où, tu ne peux pas faire n'importe quoi. »

Résidente

manière identique aux autres et sans grande intimité. On ne choisit pas ses voisins de chambre, ni les personnes assises à sa table lors des repas ou des jeux. Il faut cohabiter avec des personnes aux habitudes, aux goûts et aux caractères les plus divers, avec lesquels on n'a pas toujours d'affinités ou on ne partage pas une expérience semblable. Parfois, le nouveau résident connaissait déjà un peu le centre avant de venir y habiter, pour être venu y visiter des gens. Dans les petites municipalités surtout, il peut connaître des employés ou d'autres résidents, ce qui facilite l'adaptation et le rassure un peu quant aux soins qu'il va recevoir. Certaines initiatives institutionnelles comme les histoires de vie des résidents sont utiles; elles permettent au personnel de mieux connaître le résident, de s'ajuster à ses préférences, de valoriser ses expériences, de conserver et d'entretenir la mémoire de son passé. L'arrivée en centre d'hébergement marque tout de

même une rupture avec la vie antérieure. Une rupture très difficile à vivre et à accepter.

Attentes et passivité

Les résidents attendent. Tout le temps et en silence. Ils attendent le matin qu'on les lève et les habille, qu'on fasse leur toilette, qu'on leur serve le déjeuner, le diner ou le souper, que l'activité de loisir débute, qu'on vienne les aider à se coucher. En raison de leurs incapacités, mais aussi du mode d'organisation, ils ne

« C'est le fait qu'ils n'ont pas d'heure pour te lever. Tu leur demandes pour te lever et ils ont toujours des défaites. Soit qu'il manque de personnel, pis ci, pis ça. Là ça me rend grognonne le matin. »

Résidente

peuvent faire grand-chose par eux-mêmes, alors ils doivent attendre l'aide du personnel : qu'un préposé soit libre pour les conduire à la toilette, pour se rendre au salon, pour les installer dans un fauteuil s'ils souhaitent lire. Quelques résidents plus mobiles, qui se déplacent avec un déambulateur ou en fauteuil électrique, circulent plus librement, mais doivent attendre pour tout le reste.

Lors des activités collectives — fêtes, jeux, bingo, messe — une poignée de

bénévoles ou de membres du personnel vont chercher les résidents à leur chambre pour les conduire à la salle commune; à la fin de l'activité, ils les ramènent à leur chambre. Ces déplacements prennent parfois presque autant de temps que l'activité elle-même. Les premiers résidents arrivés doivent attendre que tous les autres arrivent, et à la fin de l'activité, les derniers reconduits doivent attendre qu'on vienne les chercher. Lors des sorties à l'extérieur du centre, l'installation des résidents en fauteuil roulant dans l'autobus prend du temps, et là encore il faut attendre, parfois longtemps, et généralement en silence.

Les difficultés à communiquer en raison des problèmes d'élocution, de la perte de mémoire ou de la surdité ne facilitent pas les échanges et les conversations. Mais les limitations physiques ou cognitives ne sont pas les seules en cause. En centre d'hébergement, les personnes sont entièrement prises en charge, c'est-à-dire qu'elles n'ont plus rien à faire : pas de repas à planifier et à préparer, pas de courses à prévoir ou à faire. Hormis le choix des vêtements pour la journée ou le choix entre deux repas sur le menu, elles n'ont pas de décisions à prendre. Elles sont déresponsabilisées de toutes les tâches quotidiennes, et deviennent les témoins passifs de ce qui se passe

« Il y en a qui veulent te dire quelque chose, mais ça sort pas. La maladie fait en sorte que son cerveau dit un message, mais ça sort pas. »

Responsable des loisirs

autour d'elles. Elles sont non seulement dans une relation de dépendance aux autres, mais dans une relation de service : elles attendent d'être servies, soutenues, reconduites. Et n'ayant rien à planifier, à choisir et à entreprendre, elles n'ont pratiquement plus rien à raconter ou à discuter. Elles n'ont plus ces conversations qui nourrissent les relations quotidiennes : sur ce qu'on se propose de faire, le repas qu'on prépare, les achats réalisés, les soucis liés au travail, les réparations à faire, etc. Les résidents ont ainsi peu de choses à raconter, à discuter et à choisir. C'est pourquoi entre eux ils se parlent très peu. Assis côte à côte devant la télévision, dans le corridor, face au poste infirmier, même lors des jeux, ils ont très peu d'échanges entre eux. Avec la passivité et l'inactivité vient le silence.

C'est une chose qui nous a frappés et surpris : bien qu'ils ne soient pas isolés, qu'il y ait toujours des gens autour d'eux — membres du personnel, résidents, visiteurs — avec lesquels ils sont même en contact physique très étroit, les

résidents vivent beaucoup de solitude. Et cette solitude leur pèse, comme ils nous le confient en entrevue ou l'expriment par le plaisir à recevoir un visiteur ou une marque d'attention. Leurs relations au personnel tend à se réduire à une relation de service, et ils ont peu de choses sur lesquelles bâtir des relations avec les autres résidents : pas de passé commun ni de souvenirs, aucune activité à planifier et organiser ensemble, pas de projets dans lesquels se projeter ensemble. Ce sont d'autres usagers de services qui attendent leur tour pour une aide ou un service. Un résident résume la situation : « C'est entendu qu'on ne peut pas varier nos conversations tellement. On ne sait pas qu'est-ce qui se passe vraiment dehors. On sait qu'est-ce qui se passe ici, mais on ne sait pas qu'est-ce qui se passe en dehors. » Les résidents semblent en ce sens coupés de la vie et des échanges, des débats qui ont cours dans la société, et il devient même difficile de garder la trace du temps puisque les journées se suivent et se ressemblent. Vivre en centre d'hébergement, c'est connaître un certain éloignement du monde.

Sécurité et discipline

Les règles de sécurité exercent également une forte contrainte sur la vie des résidents. Elles limitent l'accès à

certaines activités pour des résidents, elles imposent un régime alimentaire assez strict à d'autres; elles interdisent aux bénévoles et aux visiteurs certains gestes, comme lever une personne de son lit pour l'asseoir dans son fauteuil; elles prescrivent au personnel des procédures, des gestes, des conditions pour rendre un service ou donner un soin. Un résident qui souffre d'une maladie contagieuse est mis en isolement et seules les personnes portant une combinaison de sécurité peuvent entrer dans la chambre. Si un certain nombre de résidents de la même unité sont malades, l'unité sera fermée pour limiter les visites et les risques de contagion entre unités. Les résidents ne pourront ainsi plus quitter leur unité, même s'ils ne sont pas malades. Différentes mesures empêchent les résidents confus pouvant faire une fugue ou s'introduire dans les chambres des autres de circuler : contentions, portes ne pouvant s'ouvrir qu'en donnant le bon code, bracelets anti-fugue qui empêchent les portes de s'ouvrir et déclenchent une alarme. Les résidents non confus doivent aussi circuler dans les endroits où ils ont le droit d'être et ne pas aller dans les autres unités sans raison.

On cherche à réduire au maximum les accidents et les risques. C'est la mission

de l'établissement de protéger les personnes vulnérables. Le personnel et les autorités s'en sentent responsables. Chacune des règles ou des directives particulières a toujours une justification, mais la somme de ces règles de sécurité et leur généralisation à l'ensemble des résidents a toutefois pour effet de contraindre fortement la vie des personnes et de l'appauvrir. Les résidents ne peuvent plus prendre de risques, on les protège contre eux-mêmes. Il arrive un incident à une personne, et c'est l'ensemble des résidents qui se voit privé d'une chose, d'un aliment, d'une activité.

Les comportements perturbateurs ou « inadéquats » des résidents font aussi l'objet d'une régulation importante. Impolitesse, agressivité, cris et insultes, demandes constantes et harcelantes de la part du résident mènent à des réprimandes. Les personnes qui n'ont pas de trouble cognitif et qui ne se corrigent pas peuvent être sanctionnées, privées d'une activité ou d'une sortie.

Appropriations

Il est difficile pour les résidents de s'approprier les lieux, d'en faire un « chez-soi » : un lieu qu'on peut aménager et décorer, et où l'on peut accumuler des objets; un lieu qu'on peut entretenir et où l'on peut recevoir des

visiteurs; un espace où l'on peut se réfugier afin d'avoir des moments à soi et se soustraire aux regards des autres. De différentes façons, par de petits gestes et de discrètes actions, des résidents parviennent toutefois à s'approprier l'espace et le temps, et ainsi à contrer un peu la dépersonnalisation, la passivité et l'ennui.

Cette appropriation passe d'abord par l'espace, par la décoration de la chambre : un couvre-lit au goût de la personne, un fauteuil, des bibelots sur la table de chevet ou le bord de la fenêtre, une statuette religieuse, des peintures de paysages, des dessins d'enfants, des photographies des petits-enfants ou du conjoint décédé, des souvenirs de voyages, quelquefois. Supports à la mémoire, ces objets assurent une continuité avec la vie passée. Si toutes les chambres se ressemblent, certains résidents parviennent à donner à leur chambre une touche personnelle. Même si l'espace est réduit, on peut recevoir quelques proches et leur offrir des sucreries gardées en réserve. On peut y pratiquer des activités individuelles et personnelles, lire, écouter de la musique, regarder à la télévision les émissions de son choix, faire du tricot, etc. La chambre peut aussi être un refuge, à l'écart des autres, un espace moins bruyant où le rythme est plus lent.

Se faire apporter un repas par son conjoint ou ses enfants et le manger en leur compagnie est un autre mode d'appropriation. On sort de la routine, on retrouve une nourriture qu'on aime particulièrement et souvent chargée de souvenirs, on enfreint un peu la diète à laquelle on est personnellement soumis et surtout les normes auxquelles les repas du centre doivent se conformer. Il peut s'agir de collations, de repas préparés par la famille ou de nourriture venant d'un restaurant. On peut manger quelque chose de goûteux et d'odorant, mais aussi de sucré, gras ou trop salé. Chez certains résidents, le recours à de la nourriture extérieure est quotidien; chez plusieurs elle est régulière, plusieurs fois par mois ou par année.

Les visites et la présence des proches facilitent beaucoup ces petites formes d'appropriation et de personnalisation du temps, de l'espace, des activités et des repas. L'absence de visites conduit non seulement à la solitude, mais à la dépersonnalisation.

« Je ne peux pas dire que c'est dur, mais si je ne l'avais pas [en parlant de son conjoint]... Ouf, je pense que je me laisserais aller. »

Résidente

Les résidents réussissent parfois à créer des relations significatives entre eux et à

entretenir une sociabilité qui les rend davantage présents au monde et réduit leur solitude. Des résidents peuvent en ce sens jouer aux cartes ensemble, se regrouper pour discuter ou avoir de petites attentions pour les autres. Ces petites attentions peuvent prendre la forme d'une aide pour attacher un lacet, l'achat d'un petit cadeau ou des marques de gentillesse.

Quelques résidents ont finalement la possibilité de s'« évader » du centre à quelques reprises durant l'année, d'aller chez un proche pour un repas, parfois y dormir une ou deux nuits, ou encore d'aller au restaurant en famille. D'autres peuvent s'aventurer seuls à l'extérieur de la cour, dans les rues avoisinantes en

« C'est pour ça que je profite. À c't'heure, je peux aller dehors toute seule. Comme cette semaine, je prends le transport adapté et je vais chez mon conjoint. On a encore la pente, qui est encore existante. Je vais aller passer la journée là et si ça va bien, je vais peut-être aller [y] passer quelques jours cet été [...] J'aime la lecture. Je fais des mots croisés, des mots cachés, du sudoku. J'ai toujours quelque chose et je sors beaucoup dehors vu que j'ai eu le « OK ». Je pars avec ma chaise et je vais me promener dans les petites rues »

Résidente

fauteuil motorisé, ce qui leur permet de retrouver un peu la liberté dont ils bénéficiaient auparavant, mais ce type d'occasions s'avère rare.

Ces moyens d'appropriation pourront sans doute sembler limités et même dérisoires; ils sont d'autant plus nécessaires, et même essentiels.

Un milieu de travail contrasté

Milieux de vie, les centres d'hébergement sont tout autant des milieux de travail. On le réalise dès qu'on y met les pieds. Le personnel en blouse de travail — bleue, verte ou blanche — est très vite reconnaissable, traversant le corridor d'un pas rapide pour se rendre à une chambre, soutenant un résident qui se déplace avec un déambulateur, poussant un charriot ou complétant un dossier au poste de garde. De toute évidence, nous sommes dans un établissement de soins.

À certains moments, le centre ressemble à une ruche — le matin et en fin de journée tout particulièrement — le personnel et l'activité augmentent, le rythme s'accélère. Il faut aider les résidents à se lever, se laver, s'habiller, parfois à manger, en respectant un horaire, un ordre et des procédures.

C'est un travail très technique, parfois même mécanique : il faut suivre une procédure pour ne pas blesser la personne ou se blesser, pour être efficace aussi et ne pas perdre de temps. Mais l'exécution d'une tâche n'est jamais identique à une autre, il faut s'ajuster à la personne, sa taille, ses difficultés, ses besoins, sa fragilité, ses préférences, ses habitudes. C'est un travail très physique, en étroit contact avec le corps de l'autre, pour le soulever ou le laver, un travail des mains, des bras et du dos, un travail du toucher, de la vue et de l'ouïe; mais c'est aussi un travail très moral, fait de paroles et de gestes pour rassurer ou gagner la confiance, préserver la pudeur et la dignité, procurer un plaisir ou du bien-être.

Si la vie des résidents se caractérise par le silence, l'inactivité et l'éloignement du monde, le travail du personnel soignant est tout en contrastes et en tensions. Tantôt leurs conduites sont des plus impersonnelles, tantôt des plus chaleureuses. Le contraste est très vif parfois entre deux situations, deux personnes ou chez la même personne à deux moments différents. Ce contraste s'explique par l'organisation et la nature du travail.

Horaire de travail

L'horaire de travail exerce une contrainte importante, l'une des plus importantes sans doute, sur la vie quotidienne en centre d'hébergement. La distribution des activités selon un horaire assez rigide — levers, toilettes, déjeuners, bains, diners, etc. — la répartition des tâches selon les équipes — de jour, de soir et de nuit — et le changement de personnel lors de la fin des quarts de travail, structurent non seulement le

« J'aime beaucoup parler avec les résidents. "Avez-vous bien dormi ?" Et là, la personne commence à parler, mais on n'a pas beaucoup de temps. Ça, c'est le temps. On n'a pas beaucoup de temps pour parler... »

Préposée aux bénéficiaires

travail des employés, mais la journée des résidents, qui doivent se plier à l'horaire de travail. Il y a peu de souplesse pour les heures de repas, davantage pour les heures où ils peuvent se coucher. Mais il faut se plier à un horaire assez serré, respecter des règles et des procédures dans la dispensation des services.

L'organisation du travail a généralement préséance sur tout. Les activités de loisirs, par exemple, représentent des contraintes; elles doivent se tenir à un

moment très particulier de la journée et ne pas en déborder. Les employés, au cours de leur quart de travail, peinent à discuter, passer un petit moment avec les résidents ou même les reconforter s'ils sont tristes. Un employé prend trop de temps avec un résident, accroît la charge de travail de ses collègues, et peut se faire rappeler à l'ordre. Quant aux demandes des résidents, il est difficile d'y

« Des fois, j'ai de la peine. J'ai de la peine parce que je vois que la personne qui n'est pas rentrée... Si une personne n'est pas rentrée, la toilette de cette personne, qu'est-ce qu'on fait ? J'ai mes patients, mais s'il y a quelqu'un qui a besoin de moi, je dis : "Ce n'est pas mon patient, mais je vais le faire pareil." Ce sont des personnes. Ce sont des humains. Ça, c'est plate, mais des fois je me sens fatiguée parce que je fais le double du travail. »

Préposée aux bénéficiaires

répondre rapidement puisqu'on est occupé à donner des soins à d'autres résidents. Les demandes des résidents peuvent également entrer en conflit avec l'horaire de travail. Par exemple, il sera plus difficile d'emmener un résident aux toilettes pendant les repas. Les contraintes sont importantes, la marge de manœuvre est très limitée : une crise, une chute, et tout l'étage est

désorganisé; un ou deux préposés manquants et il faut reporter les bains à une autre journée.

Manque de personnel

La deuxième grande contrainte que le travail exerce sur la vie quotidienne est le manque de personnel. Il en a été beaucoup question dans les médias ces derniers temps : on a réduit le personnel par mesure d'économie d'abord, et en raison de la difficulté à en recruter ensuite. Le taux de roulement est grand : c'est un travail exigeant physiquement et mentalement, et dont la valeur n'est pas toujours reconnue. Le manque de personnel pour donner les soins et répondre aux besoins des résidents renforce le problème en créant beaucoup d'insatisfaction. Déjà, la perte d'autonomie grandissante des résidents fait en sorte que le temps imparti pour s'occuper de chacun est par moment insuffisant. Débordés, les préposés n'ont pas le sentiment de bien faire leur travail, les gestionnaires ne cessent de colmater les brèches dans l'horaire en raison d'une absence, et les résidents sont frustrés de devoir attendre encore davantage. Des employés nous confient devoir parfois réaliser seuls des soins en prenant le risque de se blesser. Dans ces circonstances, les résidents écopent pour le manque de personnel. Il est ainsi

« En général, même si tu as des résidents qui sont plus problématiques au niveau du caractère, qui sont plus méchants, qui ont des propos et des agissements plus... J'ai rien à dire. Je comprends très bien pourquoi ils sont comme ça et il y a toujours une façon de réussir à aller toucher la personne quand même et de faire en sorte qu'elle te fasse confiance. »

« C'est troublant d'entendre une personne crier parce que tu veux juste lui donner un minimum d'hygiène ou des choses comme ça. C'est très dur... »

Infirmière auxiliaire

possible que des résidents ne soient pas habillés de la journée ou ne puissent faire leurs exercices faute d'aide. Une infirmière auxiliaire raconte : « puis c'est tellement triste des fois parce qu'on a tellement de médicaments que pour rentrer dans le temps, les patients avec qui on a le plus de difficulté à donner la médication, c'est quasiment "go, go, go ! je vais être en retard". Ça, je trouve ça dur. Je trouve ça dur cet aspect-là. »

Tisser des liens dans des conditions difficiles

En plus du manque de temps dû aux employés absents et aux nombreuses tâches qu'on doit exécuter selon un

horaire précis, les employés doivent tenter de créer des liens avec les résidents, adoucir leur vie, leur procurer joies et plaisirs. Bien que la majorité des employés soulignent la richesse de leurs relations avec ceux-ci, certains mentionnent les difficultés que cela représente.

D'une part, les employés sont en interaction avec des résidents qui ont perdu de nombreuses capacités, dont celle de s'exprimer de façon claire. Les employés doivent alors fournir un effort supplémentaire pour comprendre ce que la personne tente de leur communiquer, et ils peuvent vivre de la frustration quand ils n'y arrivent pas. Il faut par ailleurs souligner que certains employés ne travaillent pas toujours dans les mêmes unités, ce qui complique l'établissement de relations avec les résidents.

D'autre part, certains résidents, par leur maladie ou leur insatisfaction quant au milieu de vie, manifestent de l'agressivité envers le personnel. Les employés peuvent se faire insulter, menacer, frapper ou mordre par des résidents à qui ils essaient de donner des soins. Les

« Des fois, il y a des résidents qui sont agressifs. On rentre dans sa chambre et il commence à crier, des choses comme ça. »

Préposée aux bénéficiaires

employés immigrants peuvent aussi être victimes de racisme. On a beau se dire que c'est la maladie qui engendre ces comportements, c'est blessant et à la longue usant.

Si les formations, comme l'approche relationnelle de soins, sont bénéfiques en donnant au personnel soignant des moyens pour améliorer le confort et le bien-être des résidents, elles ne suffisent pas. Le soutien des pairs et la discussion en équipe de la situation des résidents et des difficultés vécues par le personnel sont également utiles, mais pas toujours présents. La communication n'est pas toujours facile entre les employés et leurs supérieurs, entre les soignants ou entre les quarts de travail.

Sollicitude et investissements

La dépersonnalisation, le personnel et les bénévoles cherchent à la compenser de différentes façons. En introduisant un peu de souplesse dans l'horaire et en permettant aux résidents de se lever ou de déjeuner à différentes heures; en organisant des activités de loisirs, des fêtes, des jeux et des sorties à l'extérieur; en accompagnant les personnes lors de ces activités et de ces sorties pour leur permettre d'y participer; en les aidant à se déplacer, en aidant les plus fragiles à jouer. Lorsqu'il en a les capacités, le personnel de soin peut prendre le temps

de parler avec les résidents, réaliser une petite activité de loisir avec eux, faire un soin supplémentaire pour offrir davantage de confort ou avoir de petites attentions, comme faire des crêpes le matin. Un membre de famille raconte avoir déjà vu un préposé prendre sa pause pour aller écouter du sport dans la chambre d'un résident et en discuter avec lui. Malgré le manque de temps, les employés arrivent aussi à entretenir des relations amicales et affectueuses avec les résidents.

C'est surtout par l'expression de marques d'attention, de bienveillance et d'affection dans les interactions que le personnel et les bénévoles compensent le caractère très impersonnel de l'organisation : par des compliments, des termes affectueux et familiers, des taquineries et des comiques de répétition (*running gags*) et des attentions particulières. Souvent très appuyées et exprimées avec emphase, ces marques

« Par exemple, dans le temps de Noël, chaque chambre où je rentrais, je demandais à la résidente : "C'est quoi votre chanson de Noël préférée ?" Elle me donnait le titre de la chanson de Noël puis là je lui chantais la chanson en même temps de faire sa toilette. Elle riait puis elle chantait avec moi la chanson. »

Infirmière auxiliaire

compensent le fait de ne pouvoir toujours répondre rapidement aux besoins des personnes, de ne pas avoir toujours le temps de converser et d'échanger. Elles nécessitent néanmoins de bien connaître les résidents et de tisser des liens particuliers avec eux. Que ce soit prendre le temps de bien crémier un résident, faire son lit ou lui préparer un sandwich au beurre d'arachides, on doit être au fait des préférences des résidents pour combler leurs besoins.

Il n'est pas rare d'entendre des préposés s'adresser à des résidentes en utilisant

« Ils font des farces. Ils m'agacent.
Il y en a un ici qui me dit qu'il va
me trouver un chum, le monsieur,
le père à Céline. Il est mort, lui ! »

Résidente

des expressions très familières comme « ma belle », « mon cœur », « ma chérie », bien que ce ne soit pas jugé « professionnel » par la direction ou les familles. Par ces marques chaleureuses, le personnel tente d'atténuer les ruptures vécues par les résidents, et de compenser pour l'environnement froid du centre. Il est aussi possible de les voir comme un supplément d'âme, une énergie que le personnel trouve malgré la fatigue, une attention malgré le rythme rapide. Cela s'exprime parfois dans des gestes ou des phrases un peu

« Ce qui m'a frappée c'est
comment les filles se souvenaient
de chaque résident et de chaque
petite manie de chaque résident.
Ça, il faut que tu les apprennes
parce que sinon le résident ne
t'aime pas ! »

Infirmière auxiliaire

automatiques — un sourire, une remarque gentille sur la coiffure d'une dame ou la belle tenue d'un homme — mais le plus souvent le geste est très conscient et volontaire.

Entre le caractère impersonnel des lieux, des horaires et des tâches, les gestes neutres et répétés de manière un peu automatique et le caractère très appuyé des marques d'attention et de sollicitude, le contraste est parfois surprenant. Ce contraste s'observe notamment dans la conduite des préposés et des infirmières, souvent dans la conduite d'une même personne, affichant tantôt une relative indifférence vis-à-vis d'une personne confuse, qui fait de l'errance ou ne cesse de gémir, tantôt des marques ostensibles d'affection à l'endroit d'une autre personne ou de la même. En effet, en quelques instants, on peut voir un employé passer rapidement de l'exécution d'une tâche de manière impersonnelle et rapide, à des gestes bienveillants, voire affectueux à l'égard d'un résident qui a besoin d'aide. Les

préposés et infirmières interrogés ne cessent de le dire : ce sont les marques de sollicitude, les petits gestes qui s'écartent de la routine, les témoignages d'affection, les petits extras offerts aux résidents, qui confèrent à leur travail une valeur, lui donnent un sens et leur procurent une fierté. C'est par ces gestes et ces paroles qu'ils peuvent « faire une différence » dans la vie des résidents, réduire leur solitude, améliorer leur bien-être, procurer quelques joies. Ils sont source de satisfaction et de motivation dans une organisation qui, pour les raisons que nous venons de voir (ressources limitées, sécurité, équité), cherche d'abord à maximiser leur rendement et tend à dépersonnaliser les soins.

Le centre d'hébergement présente ainsi deux visages : celui d'une organisation en quête d'efficacité, cherchant à répondre aux besoins en maximisant l'utilité des ressources dont elle dispose; celui d'individus animés par un désir et répondant à un désir, et s'efforçant tant bien que mal de réduire la solitude, la peur, l'angoisse. Deux visages contraires, antinomiques, et pourtant liés, le second atténuant ou compensant le premier.

Contradictions et tensions

Certes, il y a des membres du personnel plus attentifs que d'autres; certains sont plus intéressés, mieux disposés ou plus doués pour le travail, d'autres sont moins à leur place. Mais par-delà les qualités individuelles et les personnalités, il faut comprendre les tensions auxquelles le personnel est soumis. Il lui faut en effet à la fois répondre à des exigences d'efficacité, d'équité et de sécurité, et à des besoins d'attention, de présence et de sollicitude.

Cette ambiguïté est présente jusque dans les règles et les gestes les plus anodins. Vouvoyer une personne est pour le personnel une marque de respect, mais pour certains résidents une marque de froideur. La codification des relations peut faciliter les interactions et assurer une certaine justice — tous sont traités de la même manière — mais elle peut aussi conduire à rigidifier les relations, à les rendre plus impersonnelles.

Préposés, infirmières, mais également gestionnaires, sont ainsi tiraillés entre la recherche d'efficacité et le désir de déborder du cadre du travail; entre la réalisation d'un travail exécuté avec compétence et sécurité et le respect des préférences et des volontés individuelles; entre l'exigence de traiter tout le monde

de la même manière, avec équité, neutralité et sans exclusion, et le désir de faire une place aux particularités individuelles, à leurs sentiments personnels; entre l'adoption d'une attitude ferme devant des comportements déplacés, discourtois ou agressifs, le maintien d'une certaine distance, et la recherche d'une plus grande proximité, l'effort d'empathie; entre le besoin de se protéger (de la violence physique et psychologique, de la fatigue, des émotions trop fortes, des deuils) et le désir de s'investir, de s'engager dans des relations de soins; entre l'impuissance à pouvoir toujours comprendre les résidents, les aider, répondre à leurs besoins, les rendre heureux, et leur besoin de faire une différence.

Les vivants et les morts

Lieux de vie, les centres d'hébergement sont aussi des lieux où l'on meurt. C'est ici que les résidents vont finir leurs jours. La mort y est omniprésente : des résidents décèdent et d'autres prennent leur place. Si on ne sait combien d'années à vivre il reste à chacun, on sait par contre que le centre est leur dernière demeure, et que les années sont comptées.

La durée des séjours est de plus en plus courte, les morts de plus en plus rapides et fréquentes. Si des résidents passeront plusieurs années dans le centre, certains n'y résideront que deux ou trois ans, parfois seulement quelques mois. À leur admission, les résidents sont plus fragiles et dépendants qu'autrefois. Qu'ils souffrent d'une maladie dégénérative ou cognitive, celle-ci est à un stade avancé. La mort est lente, amorcée par la maladie souvent plusieurs années avant l'admission, mais elle est en même temps brusque et rapide : une pneumonie, un arrêt du cœur, une chute précipitera souvent leur déclin et leur décès.

Silences et souffrances

Maladie et troubles mentaux ne laissent pas indifférents les visiteurs. Ils sont embarrassés par les comportements ou les propos étranges des personnes démentes, gênés par la difficulté à comprendre et se faire comprendre, ou encore par l'épuisement des sujets de conversation, troublés par le mutisme, l'errance et la confusion, la souffrance ou la dégradation du corps d'une personne aimée. Certains espacent ou écourtent leurs visites, d'autres au contraire redoublent leur présence. Les centres d'hébergement ne sont pas des lieux invitants, même lorsque les visites sont

encouragées et les familles reçues avec un sourire. Outre le manque d'intimité, les allures d'hôpital, les horaires et les règles de fonctionnement, le visiteur ne sait pas toujours très bien quel est son rôle, ce qu'il peut faire ou ce qu'il faut dire. Il se sent aussi impuissant, il ne sait pas toujours comment procurer un peu de joie, de confort ou de dignité au proche hébergé.

« Quand elle est arrivée ici, elle pensait que j'étais pour lâcher, mais ça fait trois ans que je viens la voir puis on ne lâche pas encore ! »

Conjoint d'une résidente

L'incapacité de communiquer avec les résidents qui souffrent de troubles ou de lésions neurologiques est difficile pour les proches. Il faut jongler avec les manifestations de frustration des résidents qui ne sont plus en mesure de communiquer, ou encore avec leur silence, quand leur conjoint, leur mère ou leur père ne les reconnaît plus, ne réagit plus à leur présence. Cette absence de communication est très souffrante. La relation n'est plus la même, sans pour autant être rompue : il faudrait en faire le deuil, mais la personne est encore vivante. Un mari exprime également ce poids de prendre soin d'une personne qu'on ne reconnaît plus, mais qu'on ne se

résout pas à abandonner : « Je suis encore marié. Je ne suis pas séparé encore. Je ne suis pas capable. C'est potentiellement plus dur pour moi que pour elle. »

De plus, les membres de famille doivent faire face au déclin et la mort imminente de leur proche. Cela les place dans des situations de profonde tristesse et de solitude. Comme il est fréquent que les capacités à communiquer d'une personne en fin de vie soient limitées, l'accompagnement dans les derniers temps se fait souvent en silence. Il faut alors tenter d'offrir une présence réconfortante, tout en étant à l'écoute des besoins du mourant.

Quand le résident finalement décède, la famille vient vider la chambre. Cela doit se faire rapidement; seulement 24 ou 48 heures sont allouées, puisqu'un nouveau résident sur une liste d'attente doit prendre la chambre. Les proches font hâtivement des boîtes avec les possessions du résident décédé. Ces moments où l'on vide la chambre marquent l'effacement et le remplacement de la personne. L'admission fut brutale, la disparition l'est aussi.

Mort, silence et déclin sont également difficiles pour le personnel, même si cela fait partie de son travail. Les employés

sont témoins de la souffrance des résidents causée par leurs nombreuses maladies — visages crispés, spasmes, cris et gémissements, corps brûlants ou décharnés — ce qui peut devenir pénible à côtoyer. À ce sujet, une employée indique : « Sérieux, des fois, quand je ne peux pas rien faire pour aider la personne, c'est difficile là. T'aimerais ça pouvoir l'aider, t'aimerais ça pouvoir faire quelque chose. » Certains demeurent avec ces images de souffrance, une fois la journée de travail terminée. L'impuissance est très difficile à accepter pour le personnel qui se donne comme mission de prendre soin des résidents, qui cherche à apaiser leur douleur. Il est également ardu de faire face au déclin de

« Les premières choses que j'ai trouvé dures quand je l'ai vécu, c'est à l'approche de la mort... Les gens qui étaient en fin de vie... Les premières années, t'sais, c'est dur un petit peu. Ça te fait de la peine, t'sais. Tu t'imagines si c'était ton père ou ta mère qui est là, fait que ça touche beaucoup. Ensuite, les gens qui baissent en perte d'autonomie. T'sais, tu les as connus... [...] Pis là, d'année en année, il y en a qui restent longtemps, tu les vois, ça baisse, ça baisse au niveau santé, cognitif et tout ça. Ça, ça touche beaucoup. »

Préposée aux bénéficiaires

résidents auxquels on s'est attaché, avec qui on a développé une relation singulière.

La fin de vie des résidents apparaît encore plus difficile pour les employés quand ils savent que la famille n'est pas présente et qu'ils sont les seuls à pouvoir prendre soin du résident qui se meurt. Avec leur horaire de travail chargé, le manque de temps pour offrir une présence soutenue est pénible. Certains employés de soins ne comprennent pas non plus que des résidents puissent souffrir des années alors que d'autres, encore autonomes, contractent une maladie et meurent subitement. Une employée mentionne ne plus trouver la vie belle à cause de ces injustices où des personnes sont clouées à leur lit pendant plusieurs années. Le personnel est écartelé entre la souffrance des résidents, la douleur ressentie par la famille, sa propre tristesse de voir partir les résidents et sa culpabilité de ne pouvoir en faire plus. La fin de vie est souvent une épreuve.

Bien que cette souffrance et cette mort soient omniprésentes, on en parle toutefois assez peu. Il est difficile de trouver l'occasion ou les mots pour aborder le sujet. On ne sait pas comment en parler avec les résidents, avec leur famille. On craint le trouble ou les

angoisses liés à la mort, sa propre mort, celle d'un proche. Les employés parfois en deuil de résidents auxquels ils s'étaient attachés ne savent pas toujours non plus comment l'exprimer. D'où son effacement.

Apprivoiser la mort

Forcés de côtoyer la mort et la souffrance constamment, les employés développent des manières de faire pour rendre ces tâches plus supportables. Aux soins requis et prescrits aux personnes en fin de vie — assurer le confort en redressant les oreillers, changer les vêtements souillés, humecter les lèvres et la gorge, soulager la douleur par la médication — s'ajoutent des marques d'attention et de bienveillance plus personnelles : gestes délicats, paroles réconfortantes. On prend un peu plus de temps pour être avec la personne, pour effectuer les soins en douceur. Pour s'en consoler, on voit dans le décès d'un résident une délivrance, la fin de ses souffrances, et si l'on est croyant, une nouvelle vie.

Des initiatives plus institutionnelles voient aussi le jour dans plusieurs centres pour composer avec la souffrance et la mort, et humaniser les lieux. Des formations sont données au personnel sur les soins palliatifs. L'accompagnement de fin de vie se développe, dispensé à certains endroits

par les bénévoles qui assurent une présence auprès du résident pour ne pas le laisser mourir seul. On améliore le confort des membres des familles au chevet du résident. Les voisins de chambre sont informés qu'une personne est mourante par divers signes, comme une chandelle électrique près de la porte. Lorsqu'une personne décède, un avis avec un portrait est affiché dans un

« Quand tu travailles avec quelqu'un qui est en fin de vie, tu entres dans la chambre et il faut que tu sois paisible, que tu parles délicatement, que tu fasses les soins délicatement [...] C'est de voir qu'à la minute où ils se mettent à souffrir, d'aller ajuster la médication en conséquence, de justement ne pas les faire souffrir pour qu'ils partent dans la meilleure dignité possible et non dans la souffrance, le mieux accompagné possible de leurs proches. »

Infirmière auxiliaire

espace commun sur un tableau prévu à cet effet. Dans certains centres, une cérémonie est organisée une fois par an afin de rendre hommage aux résidents décédés dans l'année.

*

* *

L'expérience des résidents en centre d'hébergement est marquée par trois grandes épreuves : 1) la rupture avec la vie passée et les deuils qu'il leur faut faire; 2) la dépersonnalisation de l'environnement, la dépendance et la passivité dans la vie quotidienne; 3) l'omniprésence de la mort et de la souffrance. Ce dernier point affecte également le personnel et les proches, qui vivent ainsi beaucoup d'impuissance. Un ensemble de difficultés contribuent à accentuer ces épreuves, à rendre la solitude, le deuil, la souffrance plus aigus : le manque et le roulement du personnel, l'organisation rigide du travail, et des résidents en plus grande perte d'autonomie qu'auparavant.

Ces épreuves sont toutefois compensées et leurs effets atténués par diverses formes d'appropriation des lieux et de l'horaire (aménagement de la chambre, visites...), par une multitude d'initiatives individuelles, de gestes et de conduites du personnel qui cherchent à rendre les relations plus chaleureuses et plus personnelles (humour, marques d'affection...) ou encore par des initiatives institutionnelles visant à assurer une continuité avec le passé et atténuer la souffrance (récit de vie, sorties, accompagnement en fin de vie...).

Ces difficultés et les efforts pour les atténuer sont à la source des contrastes que nous avons observés et qui nous ont frappés : des résidents qui se sentent très seuls, alors qu'ils sont entourés d'autres personnes, et sans plus aucune intimité; le personnel qui affiche tantôt une indifférence pressée, tantôt la plus grande tendresse; l'omniprésence de la mort et de la souffrance, qu'on ne parvient que très difficilement à nommer; une certaine coupure avec le monde extérieur, auquel on appartient de moins en moins, alors que les centres font l'objet de débats politiques.

En un sens, ces contradictions ne sont pas propres aux centres d'hébergement. Ces derniers sont au carrefour d'une série de phénomènes qui traversent notre société et dont ils révèlent les paradoxes : le caractère impersonnel des grandes organisations et l'attention toujours plus grande à la souffrance des individus et à leur subjectivité; le travail de soin soumis à toujours plus de règles et de contrôle, tout en exigeant des soignants un plus grand investissement personnel; une difficulté à penser la dépendance dans une société qui valorise fortement l'autonomie.

Les centres d'hébergement sont des lieux de paradoxes.

L'enquête

Entre octobre 2014 et octobre 2018, nous avons fait de l'observation participante dans quatre centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Intégrés à l'équipe de bénévoles de chacun des centres, nous réalisons les tâches dévolues à des bénévoles : organiser des activités de loisirs et des jeux, assister les résidents lors des fêtes, des repas spéciaux ou durant la messe, accompagner les résidents pour les sorties à l'extérieur du centre (à la cabane à sucre, au centre d'achat, au musée, au cinéma, en bateau sur un lac ou à l'île d'Orléans pour profiter un peu de l'été), faire des visites d'amitié, installer les décorations pour les fêtes qui rythment l'année, accompagner des personnes en fin de vie. Nous avons fait du bénévolat pendant toute une année pour chacun des centres. Nous nous rendions à un centre une ou deux demi-journées par semaine, parfois plus, le plus souvent l'après-midi, parfois toute la journée, en soirée ou la nuit.

Ce bénévolat nous permettait d'observer la vie quotidienne des centres, l'organisation et les horaires, l'aménagement de l'espace, les interactions, surtout entre les résidents, le personnel et les visiteurs. Il nous donnait l'occasion de bavarder avec les gens et d'observer de près leurs réactions à ce qui se passait. Le personnel et les bénévoles étaient bien sûr informés du fait que nous étions chercheurs et menions une recherche. Les résidents avec lesquels nous avons régulièrement des échanges et qui étaient capables de comprendre en étaient également informés.

À l'écart des activités quotidiennes, nous avons également eu des entretiens avec des préposés aux bénéficiaires, des infirmières auxiliaires, des bénévoles, des résidents et des membres de leur famille. Nous les avons interrogés sur leur arrivée en centre d'hébergement, les événements marquants qui s'y sont déroulés, les lieux physiques et l'ambiance, leurs relations avec les résidents, les employés et les familles, les affinités et les conflits, l'humour, la souffrance et la mort.

Nous avons ri avec les bénévoles et les résidents, mais aussi très souvent gardé le silence, pris par l'émotion. Il nous fallait être attentifs aux besoins des personnes et disponibles, prévenants et souriants autant que possible, tout en conservant une distance respectueuse et une certaine pudeur dans les situations gênantes pour les résidents.

[\(Retour au texte\)](#)

Remerciements :

Nous tenons à exprimer notre gratitude envers les bénévoles, les résidents et les membres du personnel des centres d'hébergement qui nous ont accueillis, les directions des établissements qui nous ont fait confiance, ainsi qu'à toutes les personnes qui ont répondu à nos questions. Nous remercions le FRQSC, le CRSH et les CERSSPL qui ont financé nos travaux. Nous remercions également Mmes Hélène Fortin et Cynthia Savard, qui ont bien voulu lire et commenter une première version de ce portrait.

Table des matières

INTRODUCTION	3
UN LIEU DE VIE À L'ÉCART	4
Deuils et ruptures	4
Attentes et passivité.....	7
Sécurité et discipline.....	8
Appropriations	9
UN MILIEU DE TRAVAIL CONTRASTÉ.....	11
Horaire de travail	12
Manque de personnel.....	13
Tisser des liens dans des conditions difficiles	14
Sollicitude et investissements	15
Contradictions et tensions	17
LES VIVANTS ET LES MORTS.....	18
Silences et souffrances	18
Apprivoiser la mort.....	21