

Regard critique sur l'imposition des normes de qualité en CHSLD : le cas spécifique de l'approche milieu de vie

François Aubry, Ph.D., Professeur, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais
francois.aubry@uqo.ca

Yves Couturier, Ph.D., Professeur, École de travail social, Université de Sherbrooke
Yves.Couturier@USherbrooke.ca

RÉSUMÉ :

L'objectif de cet article est de présenter un point de vue critique sur la notion de milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Plus précisément, nous remettons en question les modalités d'imposition des normes de qualité à l'ensemble des membres de cette organisation, principalement aux préposés aux bénéficiaires, qui sont particulièrement proches des résidents. Nous émettons l'avis que l'ensemble des membres de ces organisations (gestionnaires, professionnels et employés) devraient davantage participer à la définition de cette notion. Actuellement, la solution privilégiée pour accroître la qualité des pratiques et l'humanisation du milieu est la formation du personnel. Cette stratégie a certes plusieurs avantages, mais demeure limitée si l'organisation du travail n'est pas elle aussi prise en considération.

83

MOTS-CLÉS :

Milieu de vie, CHSLD, préposés aux bénéficiaires, normes de qualité

INTRODUCTION

L'objectif de cet article est de présenter un point de vue critique sur la notion de milieu de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics et privés conventionnés. Plus globalement, nous souhaitons remettre en question les modalités d'imposition des normes de qualité à l'ensemble des membres de cette organisation – gestionnaires (administratifs ou cliniques), professionnelles (travailleuses sociales, infirmières) ou employés (préposés aux bénéficiaires). Dans le contexte actuel du vieillissement de la population au Québec, il est nécessaire de s'interroger sur le rôle et le fonctionnement de ces organisations, dont les intervenants ont pour mandat d'offrir des services d'assistance et de soins essentiels aux personnes, surtout âgées, en grande perte d'autonomie.

L'intérêt d'un tel sujet provient du fait que les CHSLD sont actuellement la cible de nombreuses critiques provenant des médias, de la classe politique ou de la société civile. Régulièrement, de multiples problèmes ayant lieu en CHSLD, du simple dysfonctionnement technique au plus grave acte de maltraitance, sont rendus publics. Souvent dans une logique défensive, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec développe depuis de nombreuses années de nombreux programmes censés accentuer la qualité des services en CHSLD : cadres de référence,

politiques, formation, etc. L'une des plus importantes initiatives durant les vingt dernières années est certainement le développement du cadre conceptuel relatif au milieu de vie. En effet, depuis 2003, le MSSS a opté pour un virage de qualité et d'humanisation des soins visant à organiser les CHSLD non plus seulement comme des milieux de soins ou de travail, mais surtout comme des milieux de vie pour les personnes qui y sont résidentes, de même que pour leurs proches aidants. Ce changement paradigmatique a en principe pour objectif de secondariser la logique de soins en posant le CHSLD comme un milieu de vie, c'est-à-dire comme un milieu dans lequel la personne hébergée peut exprimer ses préférences pour tous les aspects de son hébergement.

Certes, ce type d'approche permet indéniablement d'accroître le souci de l'humanisation des services et des soins offerts aux résidents. Toutefois, les normes relatives au milieu de vie ou à la qualité des services sont malheureusement imposées de manière *top-down*, principalement par le MSSS, mais aussi par d'autres institutions parapubliques (Agrément Canada, Conseil québécois d'agrément, etc.). Cette imposition normative se réalise en conditions constantes, sans que l'organisation du travail ne soit transformée (par exemple en ce qui a trait à l'accroissement du personnel, ou à la participation des employés au processus de planification des tâches). Quelle place détient le personnel de ces organisations pour participer à la définition puis à la mise en œuvre de l'approche milieu de vie? Cet article portera principalement sur le cas spécifique des préposés aux bénéficiaires, car leur situation nous semble fortement représentative de l'ambivalence de la mise en œuvre de l'approche milieu de vie. Selon les résultats d'une recherche que nous avons terminée en 2018¹, les préposés ne sont jamais consultés pour la définition du milieu de vie, alors même qu'ils sont directement imputables de sa mise en œuvre quotidienne. Quelle est la logique sous-jacente d'un tel paradoxe?

1. La situation actuelle des CHSLD : l'idéal milieu de vie et ses limites

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), dans l'article 83, précise clairement la mission des CHSLD :

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

La définition générale des CHSLD dans la LSSSS fait principalement référence à la fonction de services d'assistance et de santé des intervenants en CHSLD envers les résidents. Elle n'émet pas de recommandations sur le degré et la nature de la qualité des services, mais davantage sur la nature des activités à réaliser. Pourtant, l'ensemble des gestionnaires et intervenants font actuellement face à l'accentuation des normes de qualité en CHSLD et au contrôle de l'atteinte des objectifs, qu'il s'agisse des gestionnaires (Etheridge, Couturier, Denis et al., 2014), des travailleuses sociales (Larivière, 2012) ou des préposés (Chadoin, Messing, Daly et al., 2016).

¹ Cette recherche portait sur les conditions et stratégies gagnantes au maintien en emploi des préposés aux bénéficiaires (projet FRQSC, Action concertée). Elle a débuté en 2014 et le rapport a été publié en 2018 (Aubry, Couturier, Ziam et al., 2018). Un des thèmes centraux de cette recherche a été la valorisation des préposés. Notre réflexion prend appui sur ces résultats.

On assiste au Québec et au Canada à l'explosion des règles et de la surveillance de la qualité des organisations gériatriques (« *audit explosion* », selon Banerjee et Armstrong, 2015). Selon ces derniers auteurs, nous sommes dans une logique politique d'audit néolibéral, par le développement et l'imposition d'un ensemble d'indicateurs *top-down* à atteindre, par la reddition de comptes et les contrôles de coûts, dans une logique de nouvelle gestion publique. Les gestionnaires des CHSLD du Québec doivent respecter des normes de qualité provenant de diverses sources : Agrément Canada, le Conseil québécois d'agrément ou encore des visites ministérielles impromptues du MSSS. Par exemple, Agrément Canada développe un lot impressionnant d'indicateurs pour évaluer la qualité des services, soit plus de 70 ensembles de normes. En soins de longue durée, on répertorie des indicateurs en termes de « direction clinique », de « compétences des équipes de soins et des professionnels », des « épisodes de soin », d'« aide à la décision » et d'« impacts sur les résidents », soit plus de 100 pages de normes à respecter. Par exemple, le CHSLD doit « fournir de l'information aux résidents et aux familles au sujet de la façon de porter plainte » ou « élaborer des buts et objectifs significatifs pour les résidents et proches aidants revus annuellement ».

Depuis 2003, au Québec, le MSSS a opté pour une approche de type milieu de vie (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003) en CHSLD, qui participe à l'hypernormalisation de ces milieux en matière de normes de qualité (Aubry, 2012). Cette approche vise à transformer l'image des CHSLD, d'un milieu de travail et de soins vers un milieu de vie pour les résidents et proches aidants. D'un point de vue fonctionnel, la mission des CHSLD demeure la même que celle inscrite dans la LSSSS, mais d'un point de vue social et politique, le MSSS souhaite depuis plusieurs années améliorer l'image de ces organisations, trop souvent apparentées à des asiles, des mouroirs ou encore des lieux d'« hospicialisations », selon l'expression d'Éloi et Martin (2017). Les résidents et les proches aidants doivent pouvoir se sentir chez eux, et l'ensemble des intervenants devraient en principe se plier au rythme du résident, à ses goûts et à ses choix. Les CHSLD doivent ainsi devenir des milieux accueillants et chaleureux, misant sur le lien de proximité entre résidents, proches aidants et équipes de soin (Ndjepel, 2014).

Implantée depuis 2003, la démarche milieu de vie est toujours d'actualité en 2018. Le cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée récemment publié (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018) met l'emphase sur la nécessité de prolonger la visée du MSSS en ce qui a trait au « milieu de vie », afin d'éviter une approche « paternaliste » envers les résidents. Ceux-ci doivent dorénavant être considérés comme des « partenaires », en concordance avec les travaux scientifiques portant sur le « patient partenaire » ou la « décision partagée » (Pomey, Hihat, Khalifa et al., 2015). Le document mentionne la nécessité de mettre en œuvre un « engagement individuel et collectif », notamment par l'entremise d'une plus grande participation des résidents et proches aux décisions les concernant et une adaptation des soins et services aux caractéristiques et préférences des résidents.

Une telle approche présente à coup sûr de multiples intérêts et bénéfiques. En effet, les résidents acceptés en CHSLD présentent une particularité commune, soit une forte perte d'autonomie fonctionnelle. La majorité d'entre eux souffrent de problèmes de santé physique et/ou de troubles neurocognitifs importants (Nour, Dallaire, Regenstreif et al., 2010). Promouvoir une organisation flexible et ouverte aux préférences de ces personnes demeure un idéal fort pertinent, qui peut avoir des bénéfices cliniques (maintien et accroissement de l'autonomie), psychologiques (sentiment de bien-être des résidents) et sociaux (jugements positifs de la société civile à l'égard des organisations).

Néanmoins, une telle approche présente de nombreuses limites dans sa mise en œuvre. Une limite d'envergure porte sur la pression imposée aux équipes de travail pour atteindre les normes de qualité. De fortes pressions sont exercées envers les divers intervenants et professionnelles des CHSLD

(infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, travailleuses sociales, etc.) pour respecter cet idéal de milieu de vie. Ceci est particulièrement vrai pour les préposés, très proches des résidents, qui sont appelés à faire preuve quotidiennement de souplesse, de flexibilité et d'autres qualités pour mieux respecter les besoins et choix des personnes et éviter de suivre une routine de travail « centrée sur la tâche » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018), qui, de ce fait, suivrait davantage le rythme organisationnel que celui des résidents. Précisément, les préposés doivent respecter divers rythmes de travail, et celui des résidents peut parfois entrer en contradiction avec celui des autres membres de l'organisation (médecins, infirmières, etc.). On peut alors assister à des formes de contradiction entre les normes de productivité imposées et les principes de qualité appliqués. Ceci, malheureusement, se répercute directement et négativement sur la qualité de vie des résidents (choix contraints par les temporalités, manque de temps pour établir une relation de proximité, etc.), alors même que l'approche milieu de vie vise a priori à accroître cette qualité de vie.

2. La productivité cachée derrière la qualité

Selon l'approche milieu de vie, les résidents et leurs proches aidants doivent se sentir chez eux dans de telles organisations, et les membres des équipes de travail doivent se plier à cette norme afin de favoriser un séjour de qualité pour les résidents. Cette norme est diffusée par la formation initiale et continue des préposés, par des politiques internes, par les normes d'agrément, etc., mais se confronte aux enjeux d'organisation du travail : horaires, rythmes de travail, ratio, etc. (Alderson, 2006 ; Aubry et Couturier, 2014). De plus, la reddition de comptes sur la performance des CHSLD ne prend pas sérieusement en considération les actions visant à incarner les principes positifs de l'approche : effort de participation des employés aux pratiques organisationnelles, stratégies d'implication aux équipes de soin, etc. Cet écart entre le principe et sa réalité de mise en œuvre pourrait s'expliquer par la focalisation *de facto* de l'approche milieu de vie sur l'objectif consistant à améliorer l'image négative de ces organisations.

Néanmoins, certaines transformations récentes dans les CHSLD dans la lignée de l'approche milieu de vie peuvent avoir des effets percutants et positifs. Par exemple, la présence de « conseillers en milieu de vie » peut permettre de mettre l'accent sur l'atteinte d'objectifs spécifiques relatifs au bien-être des résidents (qualité de l'accueil, qualité des loisirs et de l'animation, etc.) et de définir d'éventuelles innovations à introduire (telles que la nouvelle fonction de préposés « accompagnateurs » dans certains CHSLD, c'est-à-dire d'employés liés nommément à la trajectoire d'un résident). Le souhait de développer des « micro-milieus » pour apparier des clientèles au profil clinique semblable peut aussi conduire à des effets positifs pour les résidents. Dans l'ensemble, toutefois, ces initiatives porteuses de changement demeurent encore aujourd'hui rares et de trop faible intensité pour modifier fondamentalement la philosophie asilaire historique des CHSLD.

A contrario, les conséquences négatives existent, mais elles semblent sous-étudiées actuellement et trop peu prises en considération par les gestionnaires. Deux enjeux nous semblent particulièrement importants pour comprendre l'écart entre le principe et sa réalité. Le premier porte sur le manque d'intérêt offert au point de vue des différents professionnels et intervenants de ces milieux, qui, pourtant, possèdent des savoirs et des compétences sur la manière dont les principes « milieu de vie » peuvent concrètement s'incarner dans leur contexte. Si ce concept est pertinent, encore faut-il éviter de l'imposer de manière formelle sans considération pour les travailleurs de l'organisation directement impliqués dans sa mise en œuvre. Tout se passe comme si, dans les faits, le milieu de vie excluait les travailleurs, qui pourtant y vivent une part importante de leur vie, et comme si le milieu de vie des résidents n'était pas conditionné concrètement par le travail de ces employés. Ce constat est particulièrement vrai pour les préposés aux bénéficiaires, qui forment la catégorie d'emploi la

plus ciblée par la mise en œuvre de l'approche milieu de vie, considérant leur proximité avec les résidents et la nature de leur fonction (assistance quotidienne, services d'assistance personnelle, etc.). Selon le MSSS :

« Sa relation de grande proximité avec le résident fait du préposé un intervenant essentiel lorsque vient le temps, pour l'équipe de soins infirmiers, de prendre une décision qui concerne le respect des besoins, des valeurs et des croyances du résident et de sa famille. Dans une optique de révision de l'organisation des soins et du travail dans les CHSLD, il importe de protéger cette proximité entre le préposé et le résident. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018 : 13)

Pourtant, la réalité est tout autre. Les préposés sont peu consultés, et, souvent, ne font pas partie des équipes dites multidisciplinaires organisées pour discuter de la situation clinique des résidents. Leur opinion n'est que trop peu souvent prise en compte. Il est pourtant largement documenté que ces intervenants constituent une source d'inventivité et d'expertise (Aubry, 2017). Leur connaissance intime du résident et de l'organisation est incontournable à la mise en œuvre effective de l'approche milieu de vie. Leur savoir peut aider les gestionnaires à mieux organiser les soins et les services quotidiens. Il est par exemple reconnu que les préposés connaissent intimement les goûts des résidents en ce qui concerne les repas, les heures de lever ou de coucher, l'animation, les sujets de discussion, etc. Il reste ainsi à promouvoir des modalités de participation réelles et pérennes.

Le second enjeu porte sur la formation du personnel. Une des solutions les plus souvent admises en CHSLD pour accroître la qualité concerne la nécessité de former davantage les préposés, notamment en contenus gériatriques et gérontologiques. À ce titre, le MSSS a développé en 2008 un mandat de formation *top-down* en diffusant la formation AGIR (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008), visant à ce que les préposés développent de nouvelles compétences en CHSLD afin de mieux répondre aux besoins particuliers des résidents. Cette formation cherche à diffuser les bonnes pratiques et à introduire chez les préposés des normes de travail en phase avec l'approche milieu de vie. Ce faisant, les décideurs semblent concevoir que l'écart entre le principe positif de l'approche et sa réalité clinique s'expliquerait avant tout par un défaut de compétence, voire d'attitude, des préposés. Outre que ce postulat n'est pas fondé scientifiquement, nos propres travaux indiquent plutôt que l'organisation du travail pourrait être en cause (Aubry et Couturier, 2014).

Une évaluation du programme a été réalisée par le MSSS en 2014 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014) et a conduit à plusieurs résultats : la formation a été globalement appréciée, quoiqu'elle n'ait pas permis aux préposés d'acquérir de nouvelles connaissances utiles à leur travail réel. De plus, une telle formation est jugée inutile lorsque l'organisation du travail ne permet pas de mettre en œuvre concrètement les pratiques enseignées. Lors d'une recherche que nous avons menée en 2014 et portant sur l'impact de la formation AGIR (Aubry et Couturier, 2014), nous avons abouti à un résultat identique. Nous émettons l'avis que la formation n'est pas suffisamment ancrée dans le processus du travail, et qu'une plus grande implication des travailleurs dans la définition de ce qu'est un milieu de vie et du processus de construction des indicateurs de qualité serait une option favorable. Ceci permettrait d'éviter la déconnexion entre les principes de la formation et la réalité organisationnelle des milieux, notamment en matière de rythmes de travail. Autrement dit, la formation du personnel ne suffit pas pour accroître la qualité des soins si l'organisation du travail et des activités d'assistance et de soins, ainsi que le ratio de résidents par préposé, ne sont pas modifiés pour permettre la mise en application des compétences. Plus encore, laisser entendre plus ou moins directement que la pratique des préposés aux bénéficiaires est *de facto* responsable des lacunes évoquées peut avoir un effet contre-productif en décourageant les intervenants, voire en les poussant vers une posture d'insatisfaction à l'égard de leurs compétences.

En principe, dans son cadre de référence daté de 2018, le MSSS semble marquer un virage dans la prise en considération de membres professionnels de l'organisation :

« Le défi, dans le réseau, se situe dans la capacité des établissements à proposer ainsi qu'à mettre à la disposition du personnel les conditions favorables en vue de maximiser les chances que les activités réalisées par les différents professionnels et intervenants le soient de façon optimale. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018 : 4)

Toutefois, il reste à constater comment un tel intérêt porté à l'« assouplissement des structures » en CHSLD se concrétisera dans les organisations. Il faut espérer que les gestionnaires des CISSS et CIUSSS ne délèguent pas cet assouplissement aux intervenants eux-mêmes, en les responsabilisant de la qualité des services sans leur en donner les moyens concrets, c'est-à-dire sans prendre en considération l'activité de travail, la charge de travail et l'organisation du travail. Ne pas prendre en compte ces données pourrait provoquer des effets désastreux pour les employés, notamment un épuisement et un faible sentiment de satisfaction. Notons à ce propos que les préposés forment la première catégorie d'emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux à être touchés par des problèmes de santé physique et psychologique (comme le reflètent les taux importants d'assurance salaire payés par les CISSS et les CIUSSS).

CONCLUSION

Lors du « Forum sur les bonnes pratiques en CHSLD » qui s'est tenu en octobre 2016 à Montréal à l'initiative du MSSS, il a été question de cibler des formes novatrices et peu coûteuses pour améliorer la qualité des services fournis dans ce type d'organisation. Les PDG des CISSS et CIUSSS ont unanimement accepté de valoriser les préposés aux bénéficiaires, notamment afin d'attirer et de retenir une majorité de personnel. Dans ce cadre, la valorisation de ce métier ne peut passer uniquement par une accentuation de la formation destinée à ce personnel, en mettant toute la pression sur les employés. Notre propos n'est pas de nier totalement l'impact de ce type de formation; en effet, l'approche milieu de vie présente des avantages pertinents : intérêt accru pour le bien-être des résidents, promotion théorique des principes de personnalisation des soins, etc. Toutefois, plusieurs obstacles empêchent le développement et la mise en application de tels principes : manque d'ancrage aux enjeux d'organisation du travail, manque d'importance portée à la capacité des préposés de mettre en œuvre les savoirs qu'ils possèdent déjà (notamment grâce à leur formation initiale).

Plus globalement, nous pensons que l'imposition *top-down* par le MSSS de normes de qualité en CHSLD est une démarche en partie inefficace. Les intervenants devraient être intégrés à la démarche de définition de ce qu'est le milieu de vie et de détermination des indicateurs de qualité, afin d'éviter que ces derniers entrent en contradiction avec leur activité de travail telle qu'elle est prescrite. Autrement dit, nous pensons que le MSSS a tout intérêt à prendre appui sur l'intelligence collective des employés et professionnels de l'organisation pour réaliser le projet positif consistant à accroître la qualité et l'humanisation des soins. Cette recommandation nous semble valable pour les préposés, cibles prioritaires de l'approche milieu de vie, mais aussi pour les professionnelles comme les travailleuses sociales en CHSLD, minoritaires dans l'organisation mais en contact direct avec les résidents et, surtout, avec les proches aidants.

ABSTRACT:

The purpose of this article is to present a critical point of view on the notion of “living environment” in long-term care centres (CHSLD). More specifically, we question the way in which quality standards are imposed on all members of this organization, mainly the beneficiaries’ attendants who are closer to the residents. We recommend that all members of these organizations (managers, professionals and employees) participate in the definition of this concept. Currently, the preferred solution for increasing the quality of practices and the humanization of the environment is staff training. This strategy has several interests, but remains limited if the organization of work is not considered.

KEYWORDS:

Living environment, geriatric organizations, beneficiaries’ attendants, quality norms

RÉFÉRENCES

- Alderson, M. (2006). « Milieu de vie » ou « milieu de soins »: un débat chaud en centres d’hébergement et de soins de longue durée », *Vie et vieillissement*, vol. 5, n° 1, 9-15.
- Aubry, F. (2012). « L’innovation en milieu hypernormalisé. Le cas des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec », *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 53, 11-32.
- Aubry, F. et Y. Couturier (2014). « Regard sur une formation destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec. Gestion de contradictions organisationnelles et souffrance éthique », *Travailler*, vol. 31, n° 1, 169-192.
- Aubry, F. (2017). « Préposés aux bénéficiaires. Un métier inconnu et invisible », *Vie et vieillissement*, vol. 14, n° 3, 39-44.
- Aubry, F., Couturier, Y., Ziam, S., Ledoux, E., Bédard, J.-L., Desmarais, L. et A. Bernier (2018). *Les conditions et stratégies gagnantes du maintien en emploi des préposées aux bénéficiaires expérimentées dans les ressources d’hébergement domiciliaires et institutionnelles privées et publiques*, Rapport de recherche, Actions concertées FRQSC, Québec : FRQSC.
- Banerjee, A. et P. Armstrong (2015). « Centring Care: Explaining Regulatory Tensions in Residential Care for Older Persons », *Studies in Political Economy*, vol. 95, n° 1, 7-28.
- Chadoin, M., Messing, K., Daly, T., Armstrong, P. et N. Vézina (2016). « ‘If It’s Not Documented, It Hasn’t Been Done’: Management Indicators of Workload Can Make Women’s Work Invisible », *PISTES*, vol. 18, n° 2.
- Éloi, M. et P. Martin (2017). « La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, 21-40.
- Etheridge, F., Couturier, Y., Denis, J. L., Tremblay, L. et C. Tannenbaum (2014). « Explaining the success or failure of quality improvement initiatives in long-term care organizations from a dynamic perspective », *Journal of Applied Gerontology*, vol. 33, n° 6, 672-689.
- Larivière, C. (2012). « Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent-ils à la transformation du réseau public? », *Intervention*, vol. 136, 30-40.
- Lloyd, L., Banerjee, A., Harrington, C., Jacobsen, F. et M. Szebehely (2014). « It’s a Scandal! Comparing the Causes and Consequences of Nursing Home Media Scandals in Five Countries », *The International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 34, n° 1-2, 2-18.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*, Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Agir auprès de la personne âgée. Programme de la formation pour les préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées en perte d’autonomie*, Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2014). *Évaluation de la formation « AGIR auprès de la personne âgée », rapport final*, Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). *Cadre de référence et normes relatives à l’hébergement dans les établissements de soins de longue durée*, Québec : Gouvernement du Québec.

- Ndjepel, J. (2014). « Réflexion critique sur l'approche milieu de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée : un éclairage nouveau à partir de la promotion de la santé », *Service social*, vol. 60, n° 2, 89-100.
- Nour, K., Dallaire, B., Regenstreif, A., Hébert, M. et N. Moscovitz (2010). « Santé mentale et vieillissement. Problèmes, répercussions et services » : 135-160, dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (sous la dir.), *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*, Paris : PUQ.
- Pomey, M. P., Hihat, H., Khalifa, M., Lebel, P., Néron, A. et V. Dumez (2015). « Patient partnership in quality improvement of healthcare services: Patients' inputs and challenges faced », *Patient Experience Journal*, vol. 2, n° 1, 29-42.