



# **Les pratiques bientraitantes des préposés aux bénéficiaires en milieu d'hébergement québécois : une réflexion sur l'éthique du care**

**Mémoire**

**Anne Myrand**

**Maîtrise en service social - avec mémoire**  
Maître en service social (M. Serv. soc.)

Québec, Canada

## RÉSUMÉ

Cette étude met en évidence l'implication des préposés aux bénéficiaires dans l'avènement de la bientraitance en milieu d'hébergement québécois. Elle s'inscrit dans le cadre d'une plus vaste étude issue d'une Action concertée entre le Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille (Famille-SA), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le Fonds de recherche du Québec-Société et culture (FRQSC). Cette plus vaste étude, qui vise à mettre en valeur les pratiques de bientraitance en milieux d'hébergement, s'arrime aux mesures 6, 8 et 50 prévues par le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (PAM) 2017-2022*. Privilégiant une approche qualitative pour notre étude, des entrevues individuelles semi-dirigées auprès de dix préposés aux bénéficiaires ont permis d'énoncer que, lorsqu'il est question de bientraitance, une attention particulière doit être portée aux relations interpersonnelles, aux savoir-être et aux savoir-faire. La bientraitance apparaît à la fois comme une disposition et une pratique qui s'appuie sur la capacité de « prendre soin » et l'adaptabilité. Si les participantes ont tendance à se responsabiliser et à individualiser cette notion, les résultats démontrent que le contexte culturel, qu'il soit organisationnel ou sociopolitique, influence considérablement la capacité à mettre en œuvre la bientraitance. Les préposés aux bénéficiaires disposeraient de savoirs suffisants, pourtant elles parviendraient difficilement à les mettre à profit en raison de leurs structures de travail. Selon la perspective théorique de l'éthique du *care*, la présence d'obstacles culturels, occasionnée par un manque de considération pour l'ensemble des métiers du « prendre soin », limiterait considérablement leurs pratiques. La recherche se conclue sur l'importance de mettre en valeur les métiers du *care* et réitère la nécessité pour le travailleur social d'encourager un vison « *bottom-up* » lors des prises de décisions portant sur la qualité de vie des personnes âgées hébergées.

**Mots-clés :** préposé aux bénéficiaires, bientraitance, milieu d'hébergement, éthique du *care*, *care*, prendre soin.

## ABSTRACT

This study highlights the involvement of beneficiaries' agents in the advent of good *care* practices in Quebec's nursing home. It is part of a larger study resulting from a concerted action between the Seniors Secretariat of the Ministry of Family (Famille-SA), the Ministry of Health and Social Services (MSSS) and the Fonds de recherche du Québec – Société et culture [Fund of Quebec-Society and Culture Research] (FRQSC). This larger study, which aims to highlight good *care* practices in nursing homes, ties in with measures 6, 8 and 50 of the *Government Action Plan to Counter Elder Mistreatment (PAM) 2017-2022*. Favoring a qualitative approach for our study, semi-directed individual interviews with ten beneficiaries' agents made it possible to state that when it comes to good *care* practices, special attention must be paid to interpersonal relations, interpersonal skills, and attitudes. Good *care* appears to be both a disposition and a practice that relies on the ability to "take *care*" and adaptability. If the participants tend to take responsibility for themselves and to individualize this notion, the results show that the cultural context, whether organizational or socio-political, considerably influences the level of treatment. The beneficiaries' agents would have sufficient knowledge, yet they would find it difficult to put this knowledge to good use because of their work structures. According to the theoretical perspective of the ethics of *care*, the presence of cultural obstacles, caused by a lack of consideration for all the "caring" professions, would considerably limit their practices. The research concludes on the importance of highlighting the *care* professions and reiterates the need for the social worker to encourage a "ground-up" vision when making decisions about the quality of life of elderly people in assisted accommodations.

**Keywords** : personal care workers, good *care* practices, nursing home, ethics of *care*, *care*, taking *care*.

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ii
ABSTRACT .....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES .....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	viii
REMERCIEMENTS .....	x
INTRODUCTION.....	1
<b>CHAPITRE 1 - La Problématique de recherche .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. Le portrait de la situation.....</b>	<b>4</b>
1.1.1. La définition de la maltraitance organisationnelle .....	4
1.1.2. L'ampleur du problème .....	5
1.1.3. Les facteurs mis en cause.....	6
<b>1.2. Les milieux d'hébergement québécois .....</b>	<b>7</b>
1.2.1. Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) .....	7
1.2.2. Les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF) .....	8
1.2.3. Les résidences privées pour aînés (RPA) .....	9
<b>1.3. Le rôle et les fonctions du préposé aux bénéficiaires en milieu d'hébergement. 10</b>	<b>10</b>
<b>CHAPITRE 2 - La recension des écrits .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1. La bientraitance : une définition à caractère variable.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2. Une complémentarité entre la bientraitance et la lutte à la maltraitance .....</b>	<b>15</b>
<b>2.3. L'approche milieu de vie : la « bonne manière » de faire au Québec.....</b>	<b>17</b>
<b>2.4. Les compétences associées au métier de préposés aux bénéficiaires .....</b>	<b>19</b>
2.4.1. Les connaissances de bases .....	19
2.4.2. Les compétences spécifiques .....	20
2.4.3. Les formations et le perfectionnement en milieu de travail .....	22
2.4.2. Les aptitudes relationnelles.....	28
<b>2.5. Les contraintes organisationnelles.....</b>	<b>30</b>
<b>CHAPITRE 3 - La pertinence de l'étude .....</b>	<b>34</b>
<b>3.1. La démarche de mise en valeur des pratiques de bientraitance .....</b>	<b>34</b>
<b>3.2. Les objectifs de la recherche .....</b>	<b>34</b>
<b>3.3. La pertinence sociale .....</b>	<b>35</b>
<b>3.4. La pertinence disciplinaire .....</b>	<b>36</b>
<b>3.5. La pertinence scientifique.....</b>	<b>37</b>
<b>CHAPITRE 4 - L'éthique du <i>care</i> .....</b>	<b>39</b>
<b>4.1. D'une « moralité féminine » à la critique sociale.....</b>	<b>39</b>
<b>4.2. La politique du <i>care</i> de Joan Tronto .....</b>	<b>41</b>
<b>4.3. L'actualité du <i>care</i> pour notre sujet d'étude.....</b>	<b>43</b>
<b>4.4. La définition des concepts.....</b>	<b>44</b>
4.4.1. La bientraitance ordinaire.....	44
4.4.2. Les savoir-faire et savoir-être des préposés aux bénéficiaires .....	45
<b>CHAPITRE 5 - La méthodologie.....</b>	<b>47</b>
<b>5.1. Le paradigme épistémologique.....</b>	<b>47</b>

<b>5.2. L'approche et le type de recherche privilégiés.....</b>	<b>47</b>
<b>5.3. La population à l'étude et l'échantillonnage.....</b>	<b>48</b>
<b>5.4. La méthode de collecte des données.....</b>	<b>49</b>
<b>5.5. La méthode d'analyse des données.....</b>	<b>50</b>
5.5.1. L'analyse inductive générale.....	50
5.5.2. Le processus de codification inductif menant à la réduction des données.....	50
<b>5.6. Les considérations éthiques.....</b>	<b>52</b>
<b>5.7. Les limites méthodologiques de l'étude.....</b>	<b>52</b>
<b>CHAPITRE 6 - La présentation des résultats.....</b>	<b>55</b>
<b>6.1. Le profil sociodémographique.....</b>	<b>55</b>
<b>6.2. La notion de bientraitance en milieu d'hébergement.....</b>	<b>56</b>
6.2.1. La description d'une pratique fondée sur le prendre soin et l'adaptabilité.....	56
6.2.2. Une norme sociale partagée.....	59
6.2.3. Une approche préventive qui permet de se distancier de la maltraitance.....	61
<b>6.3. La bientraitance dans la relation interpersonnelle.....</b>	<b>63</b>
6.3.1. Les attitudes de bientraitance associées au savoir-être.....	63
6.3.2. Les savoir-faire professionnels.....	76
6.3.3. Les comportements bientraitants.....	83
<b>6.4. La bientraitance comme culture.....</b>	<b>87</b>
6.4.1. La culture organisationnelle.....	87
6.4.2. Le contexte sociopolitique.....	94
<b>DISCUSSION ET CONCLUSION.....</b>	<b>100</b>
<b>Quand la définition de la bientraitance s'arrime au bon soin.....</b>	<b>100</b>
<b>Les phases du <i>care</i> et les capacités morales des préposées.....</b>	<b>102</b>
La reconnaissance d'un besoin : « se soucier de » et l'attention.....	103
La possibilité de satisfaire un besoin : « se charger de » et la responsabilité.....	104
L'action de prendre soin : « accorder le soin » et la compétence.....	106
L'évaluation : « recevoir le soin » et la réceptivité.....	109
<b>Un déséquilibre dans le partage des responsabilités.....</b>	<b>110</b>
La bientraitance comme responsabilité institutionnelle.....	111
L'absence de reconnaissance pour le travail des préposées.....	114
L'amour et l'aspect vocationnel du métier.....	114
Une responsabilité liée à la division du travail.....	116
Étrangères dans leurs pratiques.....	118
<b>Retour sur le cadre théorique et l'importance disciplinaire de l'étude.....</b>	<b>121</b>
<b>L'originalité et les forces de l'étude.....</b>	<b>124</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>126</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>141</b>
<b>Annexe I.....</b>	<b>141</b>
<b>Annexe II.....</b>	<b>142</b>
<b>Annexe III.....</b>	<b>144</b>
<b>Annexe IV.....</b>	<b>146</b>
<b>Annexe V.....</b>	<b>149</b>
<b>Annexe VI.....</b>	<b>155</b>
<b>Annexe VII.....</b>	<b>157</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les compétences du préposé dans un contexte .....	20
Tableau 2 : Les phases du <i>care</i> à mettre en œuvre par les PAB (selon Tronto) .....	42
Tableau 3: Les caractéristiques sociodémographiques des participantes .....	55
Tableau 4 : Tableau synthèse de la notion de bienveillance telle qu'elle est perçue par les préposées.....	62
Tableau 5 : La synthèse des attitudes personnelles sous-jacentes .....	76

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : La maltraitance organisationnelle selon le PAM 2017-2022 .....	5
Figure 2 : Le processus de codification menant à la réduction des données .....	52
Figure 3 : Le processus de bientraitance dans la relation interpersonnelle préposée et résident.....	86
Figure 4 : La culture organisationnelle et les principaux obstacles à la bientraitance .....	88
Figure 5 : L'influence optimale d'une culture bientraitante (sociopolitique et organisationnelle) pour la tenue d'une relation interpersonnelle bientraitante .....	99

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AEP	Attestation d'études professionnelles
AITS	Association internationale des écoles de travail social
AMV	Approche milieu de vie
ANESM	Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARIHQ	Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec
APRPA	Assistance à la personne en résidence privée pour aînés
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ARS	Approche relationnelle de soin
ASSS	Auxiliaire aux services de santé et sociaux
ASSTSAS	Association paritaire pour la santé et la sécurité au travail du secteur des affaires sociales
AVD	Activité de la vie domestique
AVQ	Activité de la vie quotidienne
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSS-CN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
CIUSS-MCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DEP	Diplôme d'études professionnelles
EASSW	<i>European Association of Schools of Social Work</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
ISQ	Institut de la statistique du Québec
FRQSC	Fonds de recherche du Québec – Société et culture
LAAA	Ligne Aide Abus Aînés
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés
MESS	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OIIAQ	Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPTSQ	Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PAB	Préposé (es) aux bénéficiaires
PAM	Plan d'action ministériel
PDSB	Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RI	Ressource intermédiaire
RPA	Résidence privée pour aîné
RPCU	Regroupement provincial des comités des usagers
RTF	Ressource de type familiale
TP	Toilette partielle



De toute façon, le métier de préposé tu l'as  
dans le cœur, tu ne l'as pas pour le salaire.

- Catherine

## REMERCIEMENTS

Un immense merci à madame Sophie Éthier, Ph.D, professeure titulaire à l'École de travail social et de criminologie de l'Université Laval. Bénéficiaire de tes connaissances, de ton ouverture d'esprit et de ta patience fut un immense privilège. Merci de m'avoir fait confiance en me proposant ce projet de recherche.

Merci à monsieur François Aubry, Ph.D, professeur au département de travail social à l'Université du Québec en Outaouais et codirecteur de cette recherche. Merci pour tes réflexions et tes précieux conseils.

À tous les autres membres de l'équipe de recherche : Anna, Éric, Sandra, Jeanne-Astrid et Mélanie, merci. Merci pour cette expérience enrichissante.

Un merci bien spécial aux participantes qui ont généreusement accepté de prendre part à cette étude. Sans votre aide, ce mémoire n'aurait pas été possible.

Enfin, à tous les préposé.e.s, ancien.ne.s collègues et ami.e.s, qui accomplissent un travail plus que remarquable auprès des personnes âgées, merci. Merci d'être présents et surtout, merci de le rester.

## INTRODUCTION

En 2017, avec l'entrée en vigueur *la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, la condition de vie des personnes âgées en milieu d'hébergement devient une préoccupation majeure au Québec. Depuis, la plupart des études mettent l'accent sur la lutte à la maltraitance, toutefois peu d'entre elles portent sur la bientraitance. Pourtant, pour promouvoir le bien-être des personnes âgées, le ministère de la Famille et le Secrétariat aux aînés reconnaissent qu'il est plus judicieux d'insister sur un plan de développement de la bientraitance (2017). En 2018, un appel de propositions est lancé par une action concertée entre le Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille (Famille-SA), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le Fonds de recherche du Québec-Société et culture (FRQSC). En s'arrimant aux mesures #6, #8 et #50 du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (PAM) 2017-2022, l'appel vise à mieux comprendre le concept et les particularités de la bientraitance envers les personnes âgées au Québec. Les résultats devraient permettre de préciser comment s'incarnent les pratiques bientraitantes en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et en résidence privée pour aînée (RPA).

Notre étude s'inscrit au sein de la recherche retenue pour répondre à cet appel de propositions soit la : *Démarche de mise en valeur des pratiques de bientraitance « ordinaire » en milieu d'hébergement au Québec : un travail de mobilisation de tous les acteurs concernés*. Elle repose sur deux principes : « la bientraitance est plus que l'absence de maltraitance [et] les personnes concernées sont les mieux placées pour l'identifier et capables de la (se) mettre en valeur » (Éthier, Gagnon, Couture, et Aubry, 2018, p.1). En lien avec l'éthique du *care*, l'objectif général de la *Démarche de mise en valeur* est de mettre en lumière les pratiques existantes de bientraitance « ordinaire » dans les CHSLD, ressources intermédiaires (RI) et RPA au Québec. Plus précisément, notre étude correspond à l'objectif 3 de cette plus vaste recherche soit celui d' « identifier les conditions gagnantes et les obstacles au développement des pratiques bientraitantes afin de proposer une

réflexion sur la mise en place, le maintien et la valorisation de ces pratiques » (Éthier, Gagnon, Couture, et Aubry, 2018, p.3).

En nous penchant sur le champ d'interaction entre la personne ainée et son environnement, nous analysons les conditions structurelles favorables à la bientraitance. Le cadre théorique de l'éthique du *care*, qui comme les valeurs du service social, situe la dignité, la défense et les intérêts des plus vulnérables aux fondements mêmes de la réflexion, nous offre la possibilité de comprendre la manière dont les préposés aux bénéficiaires donnent un sens à leur pratique. Il nous permet également de réfléchir et de penser la bientraitance en fonction de circonstances et d'expériences concrètes. Globalement, nous tentons de reconnaître en quoi la bientraitance ordinaire en milieu d'hébergement peut-elle être facilitée par les savoir-faire et les savoir-être des préposés aux bénéficiaires ? Les objectifs spécifiques de notre étude sont : 1) Définir la notion de bientraitance en milieu d'hébergement selon les préposés aux bénéficiaires; 2) Identifier les savoir-être et les savoir-faire qui favorisent la bientraitance des résidents au quotidien; 3) Cerner les conditions organisationnelles freinant ou facilitant l'application de ces savoir-faire et savoir-être; 4) Saisir les enjeux relationnels présents dans les pratiques de bientraitance.

Certes, on ne pourrait passer sous silence les retombées de l'urgence sanitaire déclarée le 13 mars 2020 par le gouvernement du Québec. Le réseau de la santé et des services sociaux traverse maintenant une crise inégalée et la maladie à coronavirus 2019 (Covid-19) a eu un impact certain sur les maltraitances organisationnelles en milieu d'hébergement. Or, comme le souligne David Goudreault dans un slam<sup>1</sup> réalisé en soutien aux travailleurs de la fonction publique : « Y'avait une crise avant la crise ». En effet, en juin 2019, un sondage mené par la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN) expose pour la première fois l'ampleur de la dégradation des conditions de travail des préposés aux bénéficiaires (PAB)<sup>2</sup> au sein du réseau de santé québécois : manque de main d'œuvre, absentéisme, temps supplémentaire, etc. Jeff Begley, président de la FSSS-CSN, insiste sur

---

<sup>1</sup> *Le coeur à visage découvert*, un slam de David Goudreault, février 2021 : <https://vimeo.com/512944093>

<sup>2</sup> 80 % des 8 500 PAB interrogés entre le 15 février au 15 mai 2019 souffraient de détresse psychologique depuis au moins un an (FSSS-CSN, 2019).

les effets de cette « crise » en soutenant que le bien-être des résidents notamment l'aspect fondamental de la relation d'aide risque d'être compromis si aucune action externe n'est entreprise. Des solutions identifiées par les PAB (réduction de la charge de travail, amélioration de la gestion, engagement de personnel, participation aux prises de décision, augmentation des salaires, etc.) sont exposées aux instances gouvernementales dans l'objectif d'éviter l'épuisement et le départ massif de ces travailleurs. En juin 2020, dans la foulée des événements liés à la Covid-19, le gouvernement Legault lance un programme de recrutement de 10 000 préposés aux bénéficiaires. Cumulée à une bonification des salaires, cette initiative vise à restreindre la pénurie de personnel en CHSLD. Néanmoins, en février 2021, le ministère de la Santé et des Services sociaux présente un portrait inquiétant de la situation en CHSLD alors que près du tiers des préposés aux bénéficiaires nouvellement recrutés ont quitté leur fonction. Aux quatre coins de la province, le délestage des préposés suscite des questionnements tant sur leurs conditions de travail que sur la qualité des soins offerts aux résidents. Notre cueillette des données s'est effectuée peu de temps avant la pandémie de telle sorte qu'elle se place dans un contexte de « crise avant la crise ».

Ce mémoire propose six chapitres. Le premier chapitre consiste à matérialiser la problématique de la maltraitance organisationnelle dans les milieux d'hébergement québécois (pré-pandémie). Il aborde ces enjeux et décrit brièvement ces types de milieux et le rôle qui y est joué par les préposés aux bénéficiaires. Ensuite, la promotion de la bientraitance étant souvent associée à l'univers de la maltraitance, le second chapitre fait état des connaissances sur la bientraitance. Dans le chapitre 3, l'étude est replacée au sein d'une démarche plus large de mise en valeur des pratiques de bientraitance en milieu d'hébergement au Québec. La question, les objectifs et les pertinences de l'étude y sont présentés. Le chapitre 4 traite du cadre théorique de l'éthique du *care* de Joan Tronto, de même que des concepts liés à l'étude. Le chapitre 5 offre une présentation de la démarche méthodologique utilisée. Le chapitre 6 présente l'analyse des résultats. Il définit le concept de la bientraitance et le divise en une dimension interpersonnelle et culturelle. Pour terminer, la discussion de ces résultats fait l'objet d'une conclusion.

# CHAPITRE 1 - La Problématique de recherche

Le premier chapitre présente la problématique de la maltraitance organisationnelle envers les personnes âgées hébergées. Il expose le portrait de la situation actuelle, les types de milieux d'hébergement au Québec et le rôle qui y est joué par les préposés aux bénéficiaires.

## 1.1. Le portrait de la situation

Le portrait de la situation permet de définir la maltraitance organisationnelle, l'ampleur du problème et les facteurs mis en cause dans cette problématique.

### 1.1.1. La définition de la maltraitance organisationnelle

Au Québec, la maltraitance envers les aînés est définie comme « un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnel ou non [... qui] cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée. » (Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017, p.15). Si la maltraitance s'inscrit nécessairement au sein d'une relation de confiance (Beaulieu, Bédard et Leboeuf, 2016), elle ne repose pas exclusivement sur des facteurs individuels (Beaulieu, Leboeuf et Pelletier, 2018; Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017; OMS, 2002; McDonald et Collins, 2000). Quand les causes résultent d'un fonctionnement institutionnel qui prime sur les intérêts et le bien-être d'un usager, on parle précisément de maltraitance organisationnelle (Compagnon et Ghadi, 2009). Elle est qualifiée indistinctement de maltraitance « organisationnelle », « systémique » ou « institutionnelle », car elle n'est pas occasionnée par des comportements individuels, mais bien par une organisation dysfonctionnelle (Boissières-Dubourg 2014; Compagnon et Ghadi, 2009). Une maltraitance pourra être décrite comme telle si :

l'établissement crée lui-même les conditions de la maltraitance par les professionnels en ne leur laissant pas le choix de travailler autrement, s'il ne prend pas les mesures nécessaires ou adopte une réaction inappropriée en plaçant l'intérêt de l'institution et des professionnels qui y travaillent au-dessus de celui de la victime. (Amyot, 2010, p. 105)

À l'instar de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS] (2002), le Québec, dans son *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022* [PAM 2017-2022] inclut la maltraitance organisationnelle à sa terminologie et il lui

octroie la définition suivante :

Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes. (Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017, p. 18)

Elle se décline en deux formes : lorsque les pratiques du milieu entraînent le non-respect des choix ou des droits d'une personne aînée, on la considère comme une « violence », tandis qu'elle est une « négligence » quand la personne est traitée avec moins de soins qu'il ne lui en faut (Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017; Amyot 2010). La figure 1 expose la définition, les formes et les indices de la maltraitance organisationnelle tels que présentés par le PAM 2017-2022.

**Figure 1 : La maltraitance organisationnelle selon le PAM 2017-2022**

#### **MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE**

**Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes.**

<b>VIOLENCE</b>	<b>INDICES</b>
Conditions ou pratiques organisationnelles qui entraînent le non-respect des choix ou des droits de la personne (ex : services offerts de façon brusque), etc.	Réduction de la personne à un numéro, prestation de soins ou de services selon des horaires plus ou moins rigides, attente indue avant que la personne reçoive un service, détérioration de l'état de santé (plaies, dépression, anxiété, etc.), plaintes, etc.
<b>NÉGLIGENCE</b>	<b>ATTENTION</b>
Offre de services inadaptée aux besoins des personnes, directive absente ou mal comprise de la part du personnel, capacité organisationnelle réduite, procédure administrative complexe, formation inadéquate du personnel, personnel non mobilisé, etc.	Nous devons demeurer attentifs à l'égard des lacunes des organisations qui peuvent brimer les droits des personnes qui reçoivent des soins ou des services ou entraîner des conditions qui nuisent au travail du personnel chargé de prodiguer ces soins ou ces services.

(Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017, p. 18).

#### **1.1.2. L'ampleur du problème**

Différents enjeux limitent la validité des recherches portant sur la maltraitance à l'égard des personnes aînées (Maillé, 2018; Gouvernement du Québec, 2016; Ministère de la Justice, 2015). Au Canada, spécifiquement au Québec, aucune étude ne porte sur la prévalence ou sur l'incidence de la maltraitance en milieu d'hébergement (Ministère de la Justice, 2015; McDonald, Beaulieu, Harbinson, Hirst, Lowenstein, Podnieks et Wahl, 2012). La majorité des documents scientifiques produits provient des États-Unis (Ministère de la Justice, 2015;

Institut national de santé publique du Québec, 2013) et bien que plusieurs éléments puissent être comparables à la définition de la maltraitance organisationnelle formalisée par le Ministère de la Famille et le Secrétariat aux aînés, l'absence d'une définition consensuelle remet en doute leur pertinence en contexte québécois (Institut national de santé publique du Québec, 2013).

En négligeant les discussions méthodologiques, l'ampleur des maltraitances institutionnelles se situerait globalement entre 1,2 % et 10 % (McDonald et al., 2012). Les données correspondant le plus fidèlement à la maltraitance organisationnelle, telle que définie par *Le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*, sont issues des statistiques de la Ligne Aide Abus Aînés [LAAA], ligne téléphonique québécoise d'écoute et de référence spécialisée en matière de maltraitance envers les personnes âgées. La proportion de maltraitance organisationnelle déclarée y est de 4,11 %<sup>3</sup> (Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017).

### **1.1.3. Les facteurs mis en cause**

La maltraitance s'explique davantage par les caractéristiques de la personne maltraitante et par l'environnement de la personne maltraitée que par les facteurs de risque et de vulnérabilité de cette dernière (Beaulieu, Lebœuf et Thivierge, 2017; Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017). Ainsi, les facteurs de risque environnementaux seraient un meilleur prédicteur de maltraitance que les facteurs de risque individuels (Beaulieu et al., 2018). Au sein de la littérature scientifique, il est admis que les maltraitances institutionnelles puissent être perpétrées à la fois par un membre de la famille, un proche, un résident, un employé ou être encouragées par des politiques et des pratiques organisationnelles (Beaulieu et Leboeuf, 2016; Beaulieu, Manseau-Young, Pelletier et Spencer, 2015; Beaulieu, 2007). Ceci dit, malgré leurs reconnaissances, les facteurs spécifiques aux milieux d'hébergement restent peu documentés et décrivent principalement les caractéristiques du personnel (Israël, Soulières, Starnino, Fournier et Cortez, 2016).

---

<sup>3</sup> Ces données reflètent les inquiétudes, les questionnements et les préoccupations exprimés lors des 20 200 appels effectués entre le 1<sup>er</sup> octobre 2010 et le 31 décembre 2016 (Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017).



Déjà, en 1992, l'enquête qualitative de Beaulieu avait permis de distinguer deux types de mauvais traitements en milieu d'hébergement : l'un découle d'une responsabilité institutionnelle (organisation et conditions de travail) et l'autre d'une responsabilité individuelle (agissements ou comportements des employés) (Beaulieu, 1992; Beaulieu, 1994). Le premier concerne la façon dont fonctionne l'institution; il résulte à la fois des politiques et des pratiques d'un établissement, ou même des directives gouvernementales (Beaulieu, 1992; Beaulieu, 1994). Le second se situe au sein de l'établissement, mais n'est pas « organisationnel » à proprement parler (Amyot, 2010). Comme le souligne l'OMS (2002), « il faut faire la distinction entre les actes de violence ou de négligence individuels en milieu institutionnel et la violence institutionnalisée, où le régime de l'établissement lui-même est dominé par la violence ou la négligence » (p.148). En pratique toutefois, il s'avère difficile d'isoler ces composantes, car elles évoluent habituellement de manière simultanée (OMS, 2002). Ainsi, en milieu d'hébergement, « bien que la maltraitance puisse être commise par le personnel [...], elle peut s'inscrire plus largement dans une situation de maltraitance organisationnelle. » (Beaulieu et al., 2018, p.178).

## **1.2. Les milieux d'hébergement québécois**

Les principaux milieux d'hébergement au Québec apparaissent généralement dans l'une ou l'autre de ces quatre catégories : les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF) ou les résidences privées pour aînés (RPA).

### **1.2.1. Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)**

Si seulement 4,4 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivent en CHSLD (soit 28 427 personnes sur 641 501 (2016-2017)) (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017), une fois hébergées, plus de 4 personnes sur 5 (65 ans et plus) résident en CHSLD (80,8 %) (Gouvernement du Québec, 2012). Pour être admissible, une personne aînée doit présenter une perte d'autonomie fonctionnelle sévère qui devra d'abord être évaluée par un intervenant d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) (AQESSS, 2014). La mission d'un CHSLD 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. (Gouvernement du Québec, 2019, art. 83, p.41)

Au Québec, le réseau public chapeaute la majorité des lits de soins de longue durée. Sur les 37 468 lits publics recensés en 2016-2017, 31 098 provenaient de CHSLD publics et 6 370 de CHSLD privés conventionnés. Uniquement 3 333 lits étaient issus de CHSLD privés non conventionnés (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017). Voyer, Savoie et Lafrenière estiment « qu'environ 60 % des PAB du réseau de la santé et des services sociaux travaillent en CHSLD » et qu'« ils dispensent 80 % à 90 % de l'entièreté des soins reçus par les usagers. » (2020, p. 17).

### **1.2.2. Les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF)**

Les RI-RTF sont des ressources gérées de manière privative, toutefois le flux de résidents et le budget sont imposés par le MSSS. En 2010, elles représentaient respectivement 13,9 % et 5,3 % des milieux d'hébergements financés par le secteur public (Gouvernement du Québec, 2012a). Le nombre de places limité en CHSLD, accroît désormais leur taux d'occupation. Or, si ces types d'hébergement permettent de retarder un placement en CHSLD, leurs services s'adressent davantage à une clientèle en perte d'autonomie légère (Commissaire à la santé et au bien-être, 2017). Une ressource intermédiaire comprend :

toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition. (Gouvernement du Québec, 2019, art. 302, p.114)

Au sein d'une résidence d'accueil de type familial :

une ou deux personnes [...] accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel. (Gouvernement du Québec, 2019, art. 312, p.118)

Les personnes nécessitant plus de soins sont généralement orientées vers les RI, les autres sont redirigées vers les RTF. Au besoin, ces milieux recourent aux services professionnels d'un CISSS ou d'un CIUSSS. Les préposés aux bénéficiaires représentent 90 % des employés embauchés dans les RI (Germain, 2016). Exposés à des conditions de travail difficiles et à de faibles salaires, leur présence représente un enjeu considérable pour ces milieux (Laurence-Ruel, 2019).

### **1.2.3. Les résidences privées pour aînés (RPA)**

Les RPA ont une capacité d'accueil deux fois plus élevée que les milieux d'hébergement publics de type CHSLD (Hassine, 2014). Une résidence privée pour aînés est :

un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement : services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide-domestique, services de sécurité ou services de loisirs. Le coût de ces services peut être inclus dans le loyer ou être payé suivant un autre mode. (Gouvernement du Québec, 1991, art. 346.0.1.)

Le MSSS considère les résidences privées pour aînées, même celles avec services, comme du domiciliaire. Contrairement aux critères à rencontrer pour accéder à un CHSLD ou dans une RI-RTF, en RPA, la personne aînée peut s'adresser directement au responsable de l'établissement pour être intégrée dans ces milieux (Blanchard, 2008). Deux catégories de RPA se distinguent en fonction de leur offre de services (et non pas selon les besoins de leur clientèle) : il s'agit des résidences pour personnes autonomes ou semi-autonomes<sup>4</sup>. Seules les RPA s'adressant aux personnes semi-autonomes offrent des soins infirmiers ou une assistance personnelle, les résidences pour personnes autonomes ont généralement recours à un tiers, comme le CISSS ou le CIUSSS pour offrir ces services (Demers, Bravo, Dubois et Dubuc, 2015).

---

<sup>4</sup> En 2014, 8,8 % des RPA étaient du premier type, 80,1 % du second et 11,1 % offraient un service mixte (Demers, Bravo, Dubois et Dubuc, 2015).

### 1.3. Le rôle et les fonctions du préposé aux bénéficiaires en milieu d'hébergement

Le préposé aux bénéficiaires<sup>5</sup> offre des soins de base aux personnes âgées : « Il assure une présence auprès [des patients] et leur offre une assistance physique [...]. Il fait partie de l'équipe du personnel infirmier et aide les infirmières auxiliaires. » (Gouvernement du Québec cité dans Aubry, Couturier et Allaire, 2016, p.8). Leurs fonctions s'incarnent principalement autour de trois axes : la nutrition (prise des repas), les soins personnels (hygiène corporelle et excrétrice, habillement, soins de santé) et les déplacements (Fougeyrollas, Lepage et Noreau, 2014 ; Aubry, 2016).

Par la nature des tâches qui lui sont confiées, le préposé est considéré comme le soignant le plus près des résidents (Voyer, Savoie et Lafrenière, 2020). Le rapport de Voyer et al. (2020) situe le PAB dans une « position privilégiée et indispensable au sein de l'équipe de soins » et il conclut qu'il existe neuf grandes fonctions<sup>6</sup> caractérisant son rôle en milieu d'hébergement (p.9-10) :

1. Les soins et les services d'assistance personnelle concernant les activités de la vie quotidienne (AVQ);
2. L'établissement d'une relation de confiance avec l'utilisateur et ses proches;
3. L'observation, la collecte d'informations et la surveillance de l'état physique et mental de l'utilisateur;
4. La collaboration avec l'équipe soignante et l'équipe interdisciplinaire;
5. L'intervention et la gestion de situations de crise et de problèmes de comportement;
6. L'intervention et la gestion de situations d'urgence;
7. Les soins et les services d'assistance personnelle touchant les activités de la vie domestique (AVD);
8. Les activités liées à l'entretien, au rangement et à l'inventaire du matériel et de l'équipement;
9. Les activités déléguées d'après la Loi 90 [en RI, RPA et RTF seulement, car en

---

<sup>5</sup> Au Québec, les employés qui travaillent au sein d'un établissement de santé, les préposés aux bénéficiaires (PAB), se distinguent de ceux et celles qui travaillent à domicile ou dans la communauté, les auxiliaires de santé et de services sociaux (ASSS) (Aubry, Couturier et Allaire, 2016).

<sup>6</sup> « Ce ne sont pas tous les préposés aux bénéficiaires qui effectuent les neuf fonctions. Le préposé-CHSLD réalise, dans le cadre de son travail, huit fonctions sur les neuf, contrairement aux préposés-RI, préposés-RPA et préposés-SAD, qui accomplissent l'ensemble des neuf fonctions dans leur travail. Cependant, la nature des activités varie au sein d'une même fonction. Cette variabilité résulte de deux grands facteurs : le type de clientèle et le milieu de travail. » (Voyer et al., 2020, p.14).

CHSLD, le PAB n'est pas autorisé à exercer ces activités].

Bien qu'ils aient un travail significatif au cœur du continuum de soins de longue durée au Québec (Voyer et al., 2020), les préposés n'ont pas accès au dossier des usagers et aux notes des autres intervenants. Concernant ce droit à l'information, la distinction hiérarchique vécue par les PAB peut les prédisposer à des situations plus à risque et peut limiter la qualité des services qu'ils offrent aux résidents (Bourassa, 2105). D'ailleurs, comme les préposés sont situés au bas de la hiérarchie organisationnelle et qu'ils entretiennent un contact étroit avec les résidents, ils font fréquemment l'objet des critiques concernant les maltraitances observées en milieu d'hébergement.

## CHAPITRE 2 - La recension des écrits<sup>7</sup>

Dans ce chapitre, nous analyserons les définitions de la bientraitance et le lien complémentaire entre la lutte à la maltraitance et la promotion de la bientraitance. Ensuite, nous exposerons les « bonnes pratiques » mises en place au Québec, c'est-à-dire celles qui visent à promouvoir les principes et les valeurs associées à la bientraitance sans toutefois s'en réclamer. À cet égard, l'approche milieu de vie et les différentes compétences relatives au métier de préposé aux bénéficiaires seront expliquées et mises en relation. Finalement, nous retracerons les contraintes organisationnelles pouvant limiter la bientraitance en milieu d'hébergement.

### 2.1. La bientraitance : une définition à caractère variable

Durant les années 1990, afin d'atténuer le découragement des professionnels face aux situations de maltraitance vécues par de jeunes enfants, le concept de bien-traitance<sup>8</sup> émerge d'abord en France, avec *l'opération pouponnières* (ANESM, 2008 ; Rapoport, 2006). Ce n'est que quelques années plus tard, avec l'entrée en vigueur de la *loi rénovant l'action sociale et médico-sociale*, qu'apparaît la notion de bientraitance envers les personnes âgées. En 2007, le gouvernement français élabore un premier plan d'action en ce sens : le *Développement de la bientraitance et renforcement de la lutte contre la maltraitance*. Désormais, non seulement les maltraitements doivent être signalés et sanctionnés, mais il est tout aussi nécessaire de développer une culture de la bientraitance (Bressand, Chriqui-Reinecke et Schmitt, 2011).

Tout comme la France, le Québec a retenu l'approche de la bientraitance dans son *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (2017-2022). Pour le gouvernement québécois, la bientraitance s'applique à toutes les personnes âgées (vulnérables ou non), et elle s'étend à tous les contextes et à tous les milieux de vie.

---

<sup>7</sup> La démarche documentaire s'est construite sur les bases de données : *Abstract in gerontology*, Cairn, Érudit, Repère, *Social services Abstracts*. Les mots-clés utilisés sont : préposé aux bénéficiaires, milieu ou centre d'hébergement, pratique de bientraitance, qualité de vie, amélioration de la qualité, prendre-soin, approche relationnelle, approche centrée sur la personne, approche milieu de vie, modèle lié au changement de culture organisationnelle, projet de loi 115 et leurs équivalents anglophones.

<sup>8</sup> Le trait d'union de bien-traitance illustre le lien de ceux et celles qui participent à cette initiative (AMESM, 2008).

Sa définition est la suivante :

La bientraitance vise le bien-être, le respect de la dignité, l'épanouissement, l'estime de soi, l'inclusion et la sécurité de la personne. Elle s'exprime par des attentions, des attitudes, des actions et des pratiques respectueuses des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés de la personne âgée. (Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017, p. 38)

L'apparition récente de l'approche de la bientraitance au sein du 2<sup>e</sup> plan d'action gouvernemental en matière de maltraitance est la première initiative du gouvernement qui aborde clairement le thème de la bientraitance. Par cet apport, le gouvernement du Québec souligne son engagement à « réduire l'incidence de la maltraitance dans tous les milieux de vie des personnes âgées » (domicile, RPA, RI, RTF, CHSLD) (Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017, p.51). Malgré la noblesse du PAM 2017-2022, la bientraitance reste une « notion normative » qui s'inscrit dans le cadre d'un plan d'action ministériel. La définition québécoise s'oriente vers des attentions, des actions et des pratiques professionnelles : elle cible uniquement les aînés (Pomar Chiquette, 2019). Les notions de « culture » et de « management » y sont absentes : « elle ne fait pas référence à une culture à instaurer autant auprès des personnes aidées qu'auprès des professionnels, des directions, des cadres, etc. » (Pomar Chiquette, 2019, p.28).

Bien que le concept de *bientraitance* soit émergent au Québec, il est davantage documenté en contexte de soins européens (Mouliás, Mouliás, et Busby, 2010), où il y est perçu comme « une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement » (ANESM, 2008, p.14). Dans ce sens :

La bientraitance naît [...] d'un équilibre entre un fond commun d'exigences permanentes – celle de répondre aux besoins fondamentaux de l'utilisateur de la manière la plus individualisée et personnalisée possible – et une interprétation puis une mise en œuvre par définitions ponctuelles et dynamiques données par les professionnels au sein d'une structure déterminée. [Elle] se définit par conséquent au terme d'échanges continus entre tous les acteurs [...]. Ce n'est qu'au croisement et dans le respect de toutes ces analyses qu'une bientraitance réellement légitime peut se construire au sein des structures. (ANESM, 2008, p.14)

Par cette définition, l'ANESM souligne la rencontre entre deux acteurs, l'institution et le personnel. Elle nous positionne à la fois dans une logique de responsabilité individuelle et

organisationnelle. « La posture professionnelle de bientraitance est une manière d’être, d’agir et de dire, soucieuse de l’autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuses de ses choix et de ses refus », elle se construit dans la capacité de s’adapter à l’autre par la recherche d’une réponse plus personnalisée à ses besoins (ANESM, 2008, p.15). Pourtant « contrairement à ce que l’on pourrait croire, la bientraitance ne désigne pas tant des pratiques soignantes [...] » qu’une manière de « redonner le blason des institutions, n’y [associant] pas complètement les soignants » (Molinier, 2010, p.142). Comme le décrit Morvillers (2015), une offre de soins plus humanisés dépend largement de la dimension organisationnelle : pour promouvoir la bientraitance et des soins de qualité, on doit d’abord intervenir sur les institutions. L’institution a donc la responsabilité de mettre en place les moyens nécessaires à une prise en charge bientraitante. Selon le PAM 2017-2022, certains contextes ne permettent pas la mise en place de mesures bientraitantes (Gouvernement du Québec, 2017). Ainsi, en replaçant les pratiques bientraitantes au sein d’un contexte organisationnel, nous nous abstenons d’envisager la bientraitance comme un simple rapport linéaire entre un soignant, bienveillant ou non, et un soigné (Batis, 2013). En ce sens, repérer la part de responsabilité organisationnelle est un incontournable pour une meilleure compréhension des conditions dans lesquelles évoluent la bientraitance, et ce, qu’elles soient des obstacles ou des facilitateurs dans l’élaboration de ces pratiques.

Au Québec, Pomar Chiquette (2019) a procédé à une recension systématique des écrits portant sur le concept de bientraitance envers les personnes âgées. Selon elle, il n’existerait pas de traduction anglophone officielle pour ce terme, ainsi sa recension est constituée exclusivement d’articles francophones. Lors d’un premier tour d’horizon<sup>9</sup>, elle constate que les articles abordent divers sujets notamment :

- Les politiques, les lois et les règlements à mettre en place pour assurer une meilleure protection;
- Les droits des personnes âgées, le respect de l’autonomie individuelle et le respect des besoins en considération de la culture, des croyances ou de l’orientation sexuelle;
- L’adoption de pratiques novatrices (comme l’approche centrée sur le patient);

---

<sup>9</sup> Les premiers résultats : « La recension systématique des écrits dans les six banques de données francophones a permis de retenir 259 documents sur un total de 30 125 écrits trouvés » (Pomar Chiquette, 2019, p11).



- Les relations entre les professionnels et patients;
- La formation des professionnels;
- L'évaluation des pratiques professionnelles;
- Les compétences (savoir-faire), les attitudes et les comportements (savoir-être) à adopter;
- L'évitement de l'épuisement des professionnels;
- L'importance des pratiques collaboratives, interdisciplinaires et interprofessionnelles;
- Les distinctions entre le milieu urbain ou rural...

Pour l'auteurice la bientraitance se caractérise principalement par le respect : « des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie, de la singularité et des droits et libertés »; sa visée : « l'épanouissement, le bien-être, la sécurité et l'inclusion sociale » et son hétérogénéité : « actions, projets, attitudes et pratiques ». Par conséquent, elle conclut que « le concept de la bientraitance est un sujet vaste auquel il est pour l'heure impossible d'opérer une recension systématique valide » (Pomar Chiquette, 2019, p.17). Elle se rapproche de la vision de Ledroit, qui perçoit la bientraitance comme : « une notion complexe, fragile, évolutive et surtout jamais acquise [... où la bientraitance est] un projet, une démarche, un processus, une posture et une intention [... qui] ne consiste pas en des règles absolues » (2016, p. 45).

## 2.2. Une complémentarité entre la bientraitance et la lutte à la maltraitance

Certains éléments de la loi L-6.3 visent à renforcer la culture de bientraitance (Association Québécoise des secteurs public et parapublic, 2017). Bien que l'absence de maltraitance ne signifie pas la présence de la bientraitance, l'entrée en vigueur (le 30 mai 2017) de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* est une pratique qui favorise l'adoption de comportement bientraitant à l'égard des personnes âgées (Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017). La loi L-6.3 prévoit essentiellement six mesures de protection<sup>10</sup> qui visent à prévenir

---

<sup>10</sup> 1- L'adoption obligatoire d'une politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité pour tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (établissements publics ou privés; ressources intermédiaires et de type familial; résidences privées pour aînés; services offerts à domicile);

2- La bonification du rôle du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services qui traitera tous les signalements concernant une situation de maltraitance potentielle, incluant les signalements émis par d'autres personnes que l'utilisateur soit un membre de sa famille ou un employé;

et à lutter contre la maltraitance. Ces mesures comprennent le signalement obligatoire de certaines situations de maltraitance et elle indique que des mesures disciplinaires devraient être applicables lors d'un constat de maltraitance (avertissement, suspension ou congédiement d'un travailleur) (Gouvernement du Québec, 2019; Gouvernement du Québec, s.d.).

Avant l'avènement du signalement obligatoire, Beaulieu, Leboeuf et Thivierge (2017) ont soulevé des arguments en sa défaveur. D'abord, pour être applicable à tous les types de maltraitance, et plus spécifiquement à la maltraitance organisationnelle, la loi devrait cibler les organisations et mettre l'emphase sur les facteurs de risque liés à l'environnement. Or, à elles seules, les sanctions ne permettent pas de répondre adéquatement à ce type de situation et peuvent laisser sous-entendre que la maltraitance repose essentiellement sur des facteurs individuels. Une intervention visant à faire cesser une situation de maltraitance devrait s'adapter aux contextes et ne pas se limiter à des sanctions. Par exemple, dans le cas de maltraitances organisationnelles, les auteures proposent plutôt de « revoir le processus de soin » (p.18). Ensuite, elles considèrent que la dénonciation obligatoire favorise la mise en place d'un seuil critique (une retenue personnelle), qui contribuerait à passer sous silence les maltraitances institutionnelles. En effet, en « sachant qu'un système important sera mis en branle, [...] – les professionnels et autres intervenants – attendent souvent plus longtemps avant de signaler afin d'être assurés que les fondements de la dénonciation sont valides. » (Beaulieu, Leboeuf et Thivierge, 2017, p.2).

---

3) La levée du secret professionnel ou de la confidentialité s'il y a risque sérieux de mort ou de blessures graves. Par ailleurs, une personne participant de bonne foi à un signalement ou une plainte ne peut faire l'objet de mesures de représailles ou être poursuivie en justice.

4) L'utilisation à des fins de surveillance d'un usager, de tout mécanisme, dispositif ou moyen technologique, dissimulé ou non, permettant de capter des images ou des sons;

5) Une entente-cadre nationale visant à établir un partenariat et à favoriser la concertation ainsi que la mise en place d'un processus d'intervention concerté entre les différents intervenants;

6) Le signalement obligatoire de certaines situations de maltraitance pour tout prestataire de services de santé et de services sociaux et tout professionnel reconnu en vertu du Code des professions (à l'exclusion des avocats et notaires). Le signalement est obligatoire lorsqu'il concerne les usagers des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou des personnes inaptes protégées (sous tutelle, sous curatelle ou à l'égard desquelles un mandat de protection a été homologué) et, ce, indépendamment de leur lieu de résidence (Gouvernement du Québec, 2019).

### 2.3. L'approche milieu de vie : la « bonne manière » de faire au Québec

Dans sa recension systématique des écrits portant sur la bientraitance envers les personnes âgées, <sup>11</sup> Pomar Chiquette (2019) souligne qu'« à ce jour, peu d'écrits scientifiques s'intéressent spécifiquement à la promotion de la bientraitance envers les personnes âgées au Québec » (p.6). L'intérêt pour l'approche milieu de vie, dans une étude portant sur la bientraitance, est soulevé par Belzile, et ses collaborateurs (2011) : « [...] il importe de mieux comprendre comment des approches qui tiennent compte des principes et des valeurs associées à la bientraitance se traduisent dans la pratique [...] ». Toujours selon ces auteurs, l'approche milieu de vie encourage « de bonnes pratiques aptes à être qualifiées de bientraitantes » (Belzile, et al., p.33).

Afin d'assurer la mise en place de l'AMV, le MSSS a fait le choix d'adopter deux modèles de gestions concomitants : le modèle centré sur la personne (MSSS, 2003) et le modèle de changement de culture organisationnelle (Couturier, Etheridge et Boudjémaa, 2014). Inspiré des travaux de Carl Rogers, le modèle centré sur la personne :

encourage, chez le résident, la possibilité de faire des choix, le maintien de sa dignité, le respect, l'autodétermination et l'élaboration d'un projet de vie. Pour le personnel, l'implantation d'un modèle centré sur la personne implique une connaissance approfondie de l'histoire de vie du résident [...]. Ainsi, au-delà des tâches qu'il doit accomplir, le personnel considère le résident en avant-plan [...]. (INESSS, 2018, p.25)

Pour sa part, le modèle lié au changement de culture organisationnelle :

est un mouvement qui touche tous les aspects organisationnels d'un centre d'hébergement. Il prend racine dans le modèle de soins et services centré sur la personne [...] et cherche à améliorer la qualité de vie et le bien-être des résidents, plutôt que de se centrer seulement sur la qualité des soins cliniques. (INESSS, 2018, p. 27)

La finalité de l'AMV est l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées hébergées par le passage d'un modèle organisationnel axé sur les soins, à un modèle orienté vers les

---

<sup>11</sup> Lors de sa recension systématique des écrits portant sur la bientraitance envers les personnes âgées, Pomar Chiquette (2019) a employé des *mots clés* comme : « Milieu de vie, qualité de vie, qualité de soin, bonne pratique, bonne attitude, bien-être... » (p.10).

besoins des résidents (Boudjémaa et Couturier 2014). Depuis 2003, les centres d'hébergement sont perçus comme des lieux de vie (Belzile et coll., 2011) : les résidents doivent s'y sentir « comme à la maison » et être valorisés comme des membres à part entière de la collectivité (MSSS, 2006, p. 4). En 2018, la Direction de la qualité des milieux de vie du MSSS a mandaté l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) afin de définir les caractéristiques d'un milieu de vie de qualité (INESSS, 2018). L'état des connaissances<sup>12</sup> contenu au sein de ce rapport est exhaustif. Bien qu'il soit mentionné qu'un tel milieu comporte cinq caractéristiques, c'est-à-dire qu'il « 1) Permet de se sentir comme à la maison; 2) Adopte une gestion participative; 3) Peut compter sur du personnel compétent, engagé et reconnu; 4) Prête attention aux transitions; 5) S'engage dans un processus d'amélioration continue de la qualité », le paragraphe suivant ne présente que quelques-unes de ces caractéristiques (INESSS, 2018, p.9).

D'abord, sur le plan social, l'INESSS (2018) reconnaît la qualité des relations interpersonnelles comme un élément fondamental au bien-être des résidents. Pour Rijnaard et coll. (2016) lorsque les résidents ont l'impression de se sentir « comme à la maison », les membres du personnel se montrent fiables, flexibles et disponibles (tant physiquement qu'émotionnellement). Les employés favorisent une relation égalitaire et positive avec les résidents et encouragent leur participation et leur autonomie (Rijnaard et al., 2016, cité dans l'INESSS, 2018). Ensuite, sur le plan psychologique, il est impératif de préserver l'identité et le bien-être des résidents tout en favorisant la reconnaissance et le respect de leurs habitudes, de leurs préférences et de leurs valeurs. Être familier avec leur histoire de vie permet au personnel d'avoir une compréhension globale du résident et d'offrir des soins plus individualisés et plus personnalisés. De plus, les soins et les services doivent être évolutifs afin de s'ajuster; de s'adapter aux besoins changeants de la clientèle. Au niveau de l'autonomie et du contrôle, plusieurs auteurs suggèrent de privilégier la tolérance et la gestion des risques plutôt que de mettre l'accent sur des critères de sécurité qui amenuisent l'autonomie des résidents (Armstrong et Braedley, 2016; Rijnaard et al., 2016; Tuominen et

---

<sup>12</sup> « Une revue de la littérature scientifique ainsi qu'une recherche dans la littérature grise ont été effectuées. La recherche a ciblé les documents publiés depuis 2005 en anglais et en français. En raison du nombre élevé d'articles scientifiques [...], seuls ceux publiés depuis 2010 ont finalement été retenus » (INESSS, 2018, p.5).

al., 2016; Baines et Armstrong, 2015 cités par l'INESSS, 2018). Finalement, sur le plan environnemental, le nombre de lits par unité influence la qualité de vie des résidents (Xu, Kane et Shamliyan, 2013 ; INESSS, 2018). Les micromilieus<sup>13</sup> (le regroupement d'une clientèle ayant un profil similaire) et les petites unités de vie de 5 à 15 personnes ont un impact positif sur les comportements, le fonctionnement et la participation des résidents (INESSS, 2018).

## **2.4. Les compétences associées au métier de préposés aux bénéficiaires**

S'intéresser à la bienveillance en milieu d'hébergement invite à se questionner sur l'ensemble des conditions qui influencent « la capacité des acteurs à mieux faire » (Belzile et al., 2011, p.33). À ce propos, le MSSS (2018) situe les préposés aux bénéficiaires comme des acteurs de choix dans « le respect des besoins, des valeurs et des croyances du résident et de sa famille », il stipule qu'« il importe de protéger [la] proximité entre le préposé et le résident. » (MSSS, 2018, p. 13). Pour parvenir à développer et à maintenir un lien de proximité avec les résidents, les préposés doivent posséder certaines connaissances préalables et spécifiques. Afin de faciliter l'acquisition de leurs compétences, plusieurs formations leur sont adressées. Selon les préposés, les aptitudes relationnelles seraient l'une des compétences les plus essentielles à leur métier.

### **2.4.1. Les connaissances de bases**

D'entrée de jeu, tous les préposés travaillant en milieu d'hébergement doivent répondre à certains préalables. Ainsi :

Toute personne qui intervient directement auprès d'une personne âgée et qui assume les fonctions de préposé, en tout ou en partie, à temps complet ou à temps partiel, devra minimalement avoir acquis des connaissances générales sur le processus du vieillissement chez l'être humain et sur l'environnement de travail particulier aux résidences pour personnes âgées. (Gouvernement du Québec, 2012a, p.16)

---

<sup>13</sup> En CHSLD, le facteur commun est la perte d'autonomie, néanmoins plusieurs profils de clientèle se côtoient. Certains résidents présentent une démence (avec ou sans errance), des troubles cognitifs, des troubles de comportement, alors que d'autres ont simplement une déficience physique ou sont en fin de vie. Le CHSLD Bellerive, à La Malbaie, est le premier CHSLD québécois à avoir regroupé ses résidents en micromilieus. Depuis, le regroupement des clientèles a amélioré la qualité de vie de l'ensemble des résidents (Ouellet, 2016).

Minimalement, tout préposé devant intervenir directement auprès d'un résident doit détenir des connaissances générales portant sur les besoins des personnes âgées et être en mesure de se situer par rapport à son métier. La Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule que pour répondre aux conditions d'obtention d'une certification de conformité, les résidences pour personnes âgées (notamment les RI, RTF, RPA) doivent disposer, en tout temps, d'une personne majeure à l'emploi qui possède une formation à jour en secourisme et en réanimation cardiorespiratoire, ainsi que pour le déplacement sécuritaire des personnes (article 14 du Règlement) (Gouvernement du Québec, 2012a, p. 62). Les employeurs exigent donc que les préposés détiennent des compétences de base en secourisme, en réanimation cardiorespiratoire (RCR) et sur les principes de déplacement sécuritaires des bénéficiaires (PDSB) (Aubry, 2016a).

#### 2.4.2. Les compétences spécifiques

Selon le *Groupe de travail sur la formation des préposés de résidence pour personnes âgées du Québec*, les compétences spécifiques des préposés aux bénéficiaires regroupent toutes les compétences visant à répondre aux besoins « particuliers et complexes » des résidents. « Elles visent particulièrement l'intervention directe auprès de personnes en perte d'autonomie qui ont besoin de services d'assistance personnelle » (Gouvernement du Québec, 2012b, p.16). La maîtrise de ces compétences est importante, car les personnes admises dans une résidence pour personnes âgées sont susceptibles de présenter d'importants déficits physiques, sensoriels et cognitifs (Gouvernement du Québec, 2012b). Le tableau 1 résume les compétences du préposé dans un contexte d'intervention direct auprès des résidents.

**Tableau 1 : Les compétences du préposé dans un contexte d'intervention directe auprès des résidents**

Activités et fonctions liées au travail de préposé	Compétences spécifiques et particularités
<p><b>Service d'assistance en déficiences physiques, sensorielles et cognitives</b></p> <p>Activités de la vie quotidienne (AVQ) : soins d'hygiène, alimentation, mobilité, transfert,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Offrir des soins d'assistance;</li> <li>- Savoir reconnaître l'urgence d'une situation</li> <li>- Prendre en compte les particularités alimentaires de chacun;</li> <li>- Préserver l'intégrité physique;</li> <li>- S'adapter aux limitations fonctionnelles;</li> </ul>

surveillance liée au risque de chute, soins en fin de vie, situation d'urgence, soins invasifs et administration de médicaments, surveillance des risques d'errance, gestion des : troubles de comportement, incapacités intellectuelles, problèmes de santé mentale, orientation dans le temps et dans l'espace...

Activités de la vie domestique (AVD) : entretien ménager, literie, lessive, entretien des vêtements, préparation des repas...

- Assister lors des déplacements;
- Utiliser des aides techniques;
- Faciliter la communication;
- Simplifier la relation à l'environnement;
- Établir une relation d'aide;
- Adopter une approche relationnelle;
- Surveiller la personne;
- Intervenir adéquatement;
- Appliquer les mesures de contrôle et de contention en vigueur;
- Accompagner lors des soins palliatifs;
- Appliquer les règles et la procédure pour la prestation de soins invasifs et de médicaments.

---

### **Droits des résidents et de leurs habitudes de vie**

Habitude de vie, relation avec les proches, activité et loisir, abus et négligence...

- Adopter des comportements professionnels et conformes au décorum et à l'éthique du métier;
- Tenir compte du besoin des résidents selon une approche globale de la personne :
- Tenir compte des manifestations de maladies et d'incapacités physiques ainsi que des besoins particuliers des personnes atteintes;
- Connaître les habitudes de vie de la personne et en tenir compte dans la surveillance et dans les interventions;
- Intervenir auprès de la personne au moyen d'activités occupationnelles et de loisirs;
- Adapter ses interventions à la réalité sociale et familiale de la personne;
- Reconnaître et dénoncer les situations d'abus et de négligence (éviter de se mettre à risque).

---

### **Autres situations**

Prévention des infections  
Travail d'équipe

- Prévenir les infections et la contamination
- Interagir au sein d'une équipe
- Transmettre l'information pertinente concernant la condition de la personne aux membres de l'équipe et au supérieur immédiat.

---

(Tableau adapté du *Groupe de travail sur la formation des préposés de résidence pour personnes âgées du Québec*, Gouvernement du Québec, 2012a, p.40-41).

Les soins d'assistance se divisent selon deux axes : le premier fait référence aux aspects relationnels, c'est-à-dire aux interactions avec la personne âgée et son entourage, et le second, plus technique, se rapporte aux protocoles et aux pratiques matérielles (Gouvernement du Québec, 2018). Ceci dit, comme « les métiers d'assistance à la personne [n'appartiennent] à aucun ordre professionnel, les soignants ne peuvent s'appuyer sur des

balises claires quant aux compétences attendues pour exercer ces métiers. » (Voyer, Savoie et Lafrenière, 2020, p. 49).

### **2.4.3. Les formations et le perfectionnement en milieu de travail**

Le regroupement provincial des comités des usages [RPCU] considère que la formation est centrale au bien-être et à la qualité de vie. Il précise que le manque de connaissances du personnel soignant peut avoir une incidence négative sur les résidents (Soulières et Ouellette, 2012). En outre, l'INESSS (2018) reconnaît que la formation destinée aux préposés aux bénéficiaires doit contribuer à la relation de soins en favorisant l'acquisition de compétences sociales et communicationnelles. Sans traiter directement de la bientraitance, cette exigence relationnelle rejoint les propos de Pomar Chiquette (2019) qui affirment qu'outre la technicité, une formation sur la bientraitance doit s'orienter vers le savoir-être.

Aux États-Unis, la formation des préposés aux bénéficiaires est considérée comme un facteur déterminant lors du changement de culture organisationnelle (Couturier, Etheridge et Boudjémaa, 2014). Pourtant, au Québec, la formation n'est ni obligatoire (Aubry, Couturier et Allaire, 2016) ni uniforme (Aubry, Couturier et Godin, 2011). Par ailleurs, les formations offertes au Québec sont assez hétérogènes tant en termes de contenu que de durée : elles peuvent varier de quelques heures à plus de 1000 heures de cours (Gouvernement du Québec, 2012b; Voyer, Savoie et Lafrenière, 2020).

En 2020, un rapport portant sur le rôle des préposés aux bénéficiaires a mis en évidence le fait que, malgré un travail similaire, c'est-à-dire qui nécessite des connaissances et des compétences équivalentes, « les exigences de qualifications obligatoires pour travailler comme PAB diffèrent d'un milieu à un autre [à domicile, en CHSLD, en RI et en RPA] » (Voyer, Savoie et Lafrenière, 2020, p. 49). Et puisque les préposés ne sont pas reconnus dans le cadre d'un ordre professionnel ou d'une corporation de métier, les établissements ne sont pas contraints de leur imposer une formation (Aubry, 2016). Ainsi, aucune exigence formelle ne porte sur la formation initiale, chaque établissement est donc libre de déterminer ses propres critères d'embauche (Voyer, Savoie et Lafrenière, 2020). À titre d'exemple, en 2011, une étude portant sur les employés de 130 RPA avait révélé que moins



du tiers des préposés aux bénéficiaires avaient obtenu un diplôme d'études professionnelles (Mutuelle de formation des résidences privées pour aînées du Québec, 2011). D'ailleurs, comparativement aux RI, qui n'exigent généralement qu'une formation en réanimation cardiorespiratoire et en secourisme général, les CHSLD et les RPA seraient les plus exigeants en matière de formation (Voyer, Savoie et Lafrenière, 2020).

Pour certains chercheurs, le fait de détenir une formation initiale reste insuffisant, car dans les relations d'aide auprès de personnes aînées, l'expérience qui s'acquiert en cours d'emploi est un gage supplémentaire pour une offre de soin de qualité (Bravo, Charpentier, Dubois, DeWals et Émond, 1997). S'il est vrai que des employés sans formation peuvent occuper un poste de PAB et que les compétences associées à ce métier peuvent s'acquérir sur la base de l'expérience (Gouvernement du Québec, 2012a), la plupart des milieux d'hébergement privilégient la formation. En effet, bien qu'elle ne soit pas obligatoire, la formation est souvent recommandée et perçue comme un atout auprès des employeurs (Voyer, Savoie et Lafrenière, 2020). À ce jour, il existe de nombreuses formations qui contribuent à acquérir les compétences techniques et le savoir-être nécessaire au métier de PAB (Riendeau, 2006). Voici un court survol du contenu des formations les plus répandues :

#### ***La Réanimation cardiorespiratoire et secourisme général (RCR)***

Compte tenu de l'état de santé précaire des personnes admises en milieu d'hébergement, les préposés doivent posséder des techniques de secourisme et de RCR à jour. Faisant partie des connaissances essentielles à acquérir, cette formation vise à faciliter la prise en charge et à offrir les premiers secours auprès des personnes âgées en situation d'urgence (Gouvernement du Québec, 2012b).

#### ***Les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB)***

Développée par l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), le PDSB peut être enseigné aux PAB dans les écoles de formation professionnelle publiques et privées ou aux travailleurs déjà en fonction dans les établissements de santé ou en résidences privées (ASSTSAS, 2011). Selon l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), les objectifs de cette formation sont de favoriser : l'analyse globale de la situation et l'adaptabilité des soins

selon les contextes; les tâches de déplacements sécuritaires selon le niveau d'assistance requis (supervision, assistance partielle ou assistance totale); le choix de méthodes efficaces et sécuritaires tant pour le résident que pour le soignant; la formulation de consignes claires et adaptées (résident et/ou collègues); la transmission d'informations (liées à la sécurité) avec les membres de l'équipe (2017, p.14).

### ***Le diplôme d'études professionnelles (DEP)***

En CHSLD, les nouvelles recrues sont généralement titulaires d'un diplôme d'études professionnelles (DEP) reconnu par le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (Aubry et Couturier, 2017). Le DEP est axé sur les soins d'assistance et le bien-être des personnes. Il permet d'acquérir des compétences sur : la relation d'aide, l'approche relationnelle (santé mentale, déficits cognitifs, incapacités intellectuelles), les soins et services d'assistance en soin de longue durée; l'approche globale de la personne, etc. Il facilite donc la création d'un lien de qualité et l'adoption de bonnes pratiques (Aubry et Couturier, 2017).

Dans certains établissements d'enseignement, les candidats qui souhaitent devenir préposés aux bénéficiaires doivent suivre un DEP en *Assistance à la personne en établissement de santé* qui leur donne le titre de préposé aux bénéficiaires (PAB). Cette formation est généralement d'une durée de 750 heures (Centre de services scolaire des Navigateurs, 2020). Les candidats ont ensuite la possibilité de compléter cette formation par l'ajout des compétences nécessaires à l'obtention du diplôme *d'Assistance à la personne à domicile* qui leur donne également le titre d'auxiliaire aux services de santé et sociaux (ASSS) aussi connu sous le nom d'auxiliaire familiale à domicile. Ce DEP permet d'exercer le métier de PAB, il est d'une durée minimale de 975 heures et mets davantage d'emphase sur les AVQ et AVD à offrir à domicile (Centre de services scolaire des Navigateurs, 2020). Enfin, le DEP en *Assistance à la personne en établissement et à domicile* et d'auxiliaire aux services de santé et sociaux permet de suivre ces deux formations simultanément.

### ***L'Attestation d'études professionnelles (AEP)***

L'attestation d'étude professionnelle en *Assistance à la personne en résidence privée pour aînés* (APRPA) est une formation qui peut être offerte pour les préposés qui souhaitent travailler en résidences privées, elle est d'une durée de 180 heures et comprends les

compétences suivantes : situation au regard de l'exercice du métier; prévention des infections et de la contamination; premiers secours; services d'assistance personnelle de base; approche auprès d'une clientèle en déficits cognitifs ou intellectuels; services d'assistance personnelle non règlementés; règles et procédures au regard de l'administration de médicaments et de soins invasifs d'assistance (Centre multiservice des Samares, 2021). Depuis juin 2020, face au contexte de la pandémie de la COVID-19<sup>14</sup>, une nouvelle attestation d'études professionnelles de 375 heures nommée *Soutien aux soins d'assistance en établissement de santé* est désormais offerte pour ceux et celles qui souhaitent exercer le métier de PAB en CHSLD (Voyer, Savoie et Lafrenière, 2020, p. 17).

### **La loi 90**

Depuis juin 2012, avec l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Loi 90), les non-professionnels, incluant les PAB, peuvent faire des soins invasifs et non invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne (pour des personnes en perte d'autonomie et dans un contexte de soins de longue durée). Ces soins sont confiés seulement lorsque la condition de santé de la personne est stable. Pour se faire, les préposés doivent assister à un enseignement théorique, incluant une démonstration pratique, pour chacune des activités d'exception qui leur sont confiées. Les enseignements sont effectués par l'infirmière-assistante au supérieur immédiat, une infirmière ou une infirmière auxiliaire et se fondent sur les techniques de soin pour non-professionnels de l'AQESSS. Il devient également possible pour les PAB de distribuer et d'administrer des médicaments<sup>15</sup>. (Foisy et Sasseville, 2009);

---

<sup>14</sup> Le contexte pandémique entourant la COVID-19 a poussé le gouvernement caquiste de M. Legault à mettre sur pied une formation accélérée de 375 heures réparties sur 12 semaines pour augmenter le nombre de préposés aux bénéficiaires en CHSLD (Gouvernement du Québec, 2020). Cette formation représente moins de la moitié des 870 heures de formation offertes normalement. Une première cohorte de 9 800 étudiants a entrepris cette formation en juin 2020. Une seconde cohorte de 2000 personnes, principalement composée d'individus déjà présents en CHSLD, mais n'ayant pas reçu de formation comme PAB devait débiter à l'automne 2020 (Plante, 2020).

<sup>15</sup> La distribution d'un médicament suppose que la personne puisse se l'autoadministrer elle-même. Le médicament est alors préparé par un médecin, un pharmacien ou une infirmière. L'administration est une aide à la prise d'une médication déjà préparée sous forme de dosette ou d'unidose. Les préposés ne peuvent alors l'administrer que selon les voies d'administration prévues à cette fin : orale, topique, transderme, optique, rectale, vaginale ou par inhalation. Exceptionnellement, il est possible d'administrer de l'insuline sous-cutanée (Foisy et Sasseville, 2009).

### **La formation « AGIR auprès de la personne âgée »**

Développée en 2008, la formation « AGIR auprès de la personne âgée » cible les préposés aux bénéficiaires à l'emploi des CHSLD publics et privés conventionnés. De type perfectionnement en milieu de travail, la formation AGIR est basée sur une approche compagne (formation de formateurs) (Mutuelle de formation des résidences privées pour aînées du Québec, 2011). Mise en place par le MSSS (2008), elle doit :

permettre aux PAB de mettre à niveau leurs compétences en fonction des besoins et des caractéristiques de la clientèle, de l'organisation du travail et des approches privilégiées dans les établissements qui ont marqué les dernières années. En plus de miser sur l'acquisition, par les PAB, d'habiletés et de compétences leur permettant de jouer efficacement leur rôle dans le contexte de soins actuel, la formation « AGIR » avait également pour but de soutenir l'implantation des orientations ministérielles relatives à l'adaptation des approches, des services et des interventions destinés aux personnes âgées. (MSSS, 2014, p.1)

Elle comprend huit ateliers pouvant être choisis « à la carte » selon les besoins des établissements (Couturier, Aubry et Gilbert, 2013) :

*Agir pour maintenir et améliorer l'autonomie* (communication et relation d'aide)

*Agir pour protéger* (troubles cognitifs, troubles de comportement et situations de crise)

*Agir pour entourer* (soins palliatifs de fin de vie)

*Agir pour préserver* (besoins physiologiques)

*Agir pour collaborer* (rôle et contribution à l'équipe)

*Agir pour sécuriser* (observations pertinentes et situations à risque)

*Agir pour accompagner* (communication et relation avec les proches)

*Agir pour prévenir* (respect des droits et de la dignité/prévention de la maltraitance)

Plus particulièrement, elle vise à transmettre au PAB les bases de l'AMV (Couturier, Aubry et Gilbert, 2013).

### **L'approche relationnelle de soins (ARS)**

En continuité avec l'AMV, l'approche relationnelle de soins (ARS) « vise à améliorer les conditions dans lesquelles se déroulent les soins afin de préserver la santé et la sécurité des soignants, et d'augmenter leur satisfaction au travail, notamment par le biais d'une diminution des comportements perturbateurs des résidents (Poulin, Bleau, et Gineste, 2004; Poulin, 2005). » (Bellemare, Trudel, Viau-Guay, Desrosiers, Feillou, Guyon et Godi. 2014a, p.3). En abrégé, les trois visées et le contenu de cette formation sont les suivants :

*Adopter une posture relationnelle* (selon le principe d'humanité). Valeurs dans le soin (tendresse, dignité, autonomie, respect des besoins et des préférences).

*Réaliser un soin relationnel* (selon les principes/effets de la communication). Entrer en relation dès le début du soin (se présenter, toucher, regarder la personne dans les yeux); Stratégies verbales (annoncer ses gestes et les décrire au fur et à mesure; donner des consignes claires et positives; éviter la communication paradoxale; offrir des choix réalistes; faire du renforcement verbal); Stratégies tactiles (toucher doux; abandon des prises en pince; techniques de massage pour les rétractions musculaires); Stratégies permettant de demeurer centré sur le résident lors du travail en équipe.

*Favoriser l'autonomie du résident* (selon le principe d'adaptabilité au résident). Définir, en équipe, la manière de prodiguer les soins en fonction des capacités et des besoins des résidents; Tenir compte des rétroactions des résidents lors des soins; Encourager les résidents à participer à leurs soins, dans la mesure de leurs capacités. (Bellemare et al., 2014a; Bellemare, Trudel, Viau-Guay, Desrosiers, Feillou, Guyon et Godi. 2014b)

Enseignée, depuis 2002, par l'ASSTSAS, cette approche est intégrée à la suite d'une formation volontaire offerte aux établissements d'hébergement et de soins de longue durée (Bellemare et al., 2014a). Ce sont majoritairement les préposés aux bénéficiaires qui sont amenés à suivre cette formation (Bellemare et al., 2014 b).

### **Formarez**

La Mutuelle de formation des résidences privées pour aînées du Québec offre un programme de perfectionnement « d'assistance aux personnes âgées » qui s'adresse spécifiquement au PAB à l'emploi d'une résidence privée et n'ayant pas de formation initiale. Basé sur les principes du MSSS, il vise à assurer la qualité, la sécurité et l'humanité dans les soins. Plus spécifiquement, la formation propose un tronc commun de compétences : RCR; PDSB; considérations éthiques et légales; changements physiologiques et psychologiques liés au vieillissement; prévention des infections et des contaminations; assistance aux AVQ; administration de médicaments et soins invasifs (Mutuelle de formation des résidences privées pour aînées du Québec, 2011).

### **La formation Oméga**

La formation Oméga s'adresse à tous les intervenants, notamment aux préposés aux bénéficiaires, travaillant dans des milieux institutionnels où le niveau de dangerosité et le

risque d'agression sont élevés. Elle vise à développer des habilités et des modes d'intervention liés à la gestion et à la prévention des situations de violence et d'agressivité (ASSTSA, 2014). Le contenu pédagogique implique : des principes de base permettant de se protéger, d'évaluer, d'anticiper et de prendre le recul nécessaire; un processus de gestion de crises (évaluation, niveau d'alerte, grille de potentiel de dangerosité); une pyramide d'interventions valorisant la pacification et un plan de match; des techniques physiques de dégagement et de contrôle et une révision post-événement afin d'évacuer le stress et d'améliorer le processus (EJS-Aymara, 2020).

#### **2.4.2. Les aptitudes relationnelles**

Les préposés aux bénéficiaires entretiennent des relations de proximité avec les résidents et la dimension relationnelle est au cœur de leur travail (Raizenne, 2014). Ils veillent « à donner aux bénéficiaires les soins appropriés et à respecter leur intégrité et leur dignité, afin de contribuer à leur bien-être. » (MSSS, 2018). Pour la plupart : « le bien-être du résident est la finalité fondamentale de leur travail. » (Aubry, 2016, p. 175).

En plus de leurs savoirs techniques, les préposés reconnaissent qu'ils doivent posséder des aptitudes humaines particulières<sup>16</sup>. La rencontre entre la personne aînée et le PAB implique une dimension sociale importante : « prendre soin, c'est aussi connaître les préférences des résidents, c'est leur apporter des attentions particulières<sup>17</sup> par rapport à ce qu'ils aiment, et prendre en compte leurs habitudes » (Allaire, 2017, p.73). Pour Boissières-Dubourg, la bientraitance comporte « un ensemble de “petites” attentions qui permet à celui qui les reçoit d'être considéré comme une personne. » (2014, p. 108). La singularité des PAB se situe dans ce contact humain; dans le sentiment de « faire la différence », de venir en aide, de participer au plus grand bonheur et au plus grand bien-être des bénéficiaires (Anchisi et Gagnon, 2017).

---

<sup>16</sup> Au Québec, trois mémoires utilisant un devis de recherche qualitatif permettent de rendre compte des préoccupations des PAB pour la qualité des soins et des services qu'ils dispensent : l'étude de Allaire (2017) réalisée avec 14 préposés immigrants dans les centres d'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale; celle de Hassine (2014) sur la qualité de vie des personnes aînées en résidence d'hébergement privée (n=28 incluant un PAB répondant) et la recherche de Riendeau (2006) sur l'opinion des PAB quant à la qualité des soins offerts en CHSLD (n=10 réparti ainsi 2 PAB pour 5 CHSLD différents).

<sup>17</sup> Comme elles permettent d'installer un climat de confiance, chaque attention (faire sourire, rire, chanter, faire des blagues, etc.) compte (Allaire, 2017).

Le savoir-être est un critère d'évaluation qui permet de distinguer les qualités d'un « bon préposé » (Allaire, 2017). Il se compose de divers savoirs relationnels : « savoir s'ajuster, savoir approcher, savoir toucher, savoir écouter » (Allaire, 2017). Lorsqu'une action technique est annoncée et décrite, les savoir-faire apparaissent également comme des indicateurs de qualité (Riendeau, 2006; Allaire, 2017). Les PAB situent la tolérance face aux comportements difficiles<sup>18</sup> comme un élément d'évaluation de la qualité des soins offerts (Riendeau, 2006). Savoir effectuer des soins en absence d'un accord mutuelle (Allaire, 2017) ou lors de situations délicates et imprévisibles (Hassine, 2014) suppose l'adoption de bonnes conduites<sup>19</sup> : s'y prendre autrement, créer une diversion (Dubé, 2017); écouter, tenter de désamorcer, ne pas chercher à donner le soin à tout prix (Riendeau, 2006); respecter le choix de l'ainé (dans la mesure du possible), favoriser une prise en charge commune, accorder du temps ou quitter la chambre et revenir, faire un échange temporaire de bénéficiaire ou recourir au soutien ponctuel d'un collègue (Allaire, 2017; Aubry et Couturier, 2012).

Enfin, la culture organisationnelle donne lieu à des débats sur les tâches prescrites et non prescrites ce qui crée « une opposition entre les préposés qui en font trop et ceux qui n'en font pas assez » (Allaire, 2017, p.75-76). Selon Allaire (2017), les « petites attentions » sont des gestes naturels posés par les préposés. Toutefois, elles doivent être effectuées exclusivement si le temps le permet. Autrement, elles seront perçues comme des « tâches supplémentaires<sup>20</sup> ». Et comme les préposés considèrent leur travail comme « un don de soi », certains auraient du mal à établir les « frontières de leur implication personnelle dans la relation de soin » (Allaire, 2017, p.88). Aubry, Couturier et Gilbert (2013a; 2013b) constatent que les « bonnes pratiques » ne font pas l'unanimité entre tous les PAB. En effet, il existe une contradiction « entre la nécessité d'entrer dans le temps, pour le bien commun

---

<sup>18</sup> « La clientèle dite difficile peut faire des demandes constantes et harcelantes, des plaintes continuelles et des menaces ou démontrer de l'agressivité envers le personnel soignant et les autres résidents. Parfois, il arrive que des résidents dénigrent le travail de certains soignants. [...] Les premières personnes touchées par ces situations difficiles sont les préposés aux bénéficiaires puisque ce sont ces travailleurs qui sont le plus souvent et le plus étroitement en contact avec la clientèle » (Raizenne, 2014, p.14).

<sup>19</sup> « Si le client refuse le soin : arrêter-réfléchir : le soin est-il absolument nécessaire ? le moment est-il opportun ? le soin peut-il être donné autrement ? les conditions de réalisation sont-elles sécuritaires ? que puis-je faire pour obtenir l'accord du client ? » (Dubé, 2017p. 8).

<sup>20</sup> Pour gagner du temps auprès des résidents, certains PAB écourtent leur temps de pause (Allaire, 2017).

des résidents, et la nécessité d'adapter les pratiques aux besoins des résidents, pour leur bien-être individuel. » (2013a, p.10).

## 2.5. Les contraintes organisationnelles

Si les principes de l'approche milieu de vie sont porteurs de changement et favorisent une ambiance bienveillante, il importe de « donner aux acteurs des moyens pour incorporer les changements dans leurs pratiques » (Belzile, Etheridge, Couturier, Aubry, Beaulieu, et Boudjémaa, 2011, p.37). La bienveillance implique que les préposés qui assistent les résidents soient eux aussi bienveillés. Pour Casagrande (2016) :

[...] la bienveillance des « fragiles » est tributaire des conditions d'organisation et de reconnaissance du travail des professionnels par leur encadrement. Ce n'est donc pas dans la symétrie professionnels-usagers qu'il faut penser la géométrie de la bienveillance, mais dans sa résonance « qualité et humanité des soins » / « qualité de l'organisation et démarche managériale ancrée dans le respect et la reconnaissance des collaborateurs » (p. 24).

Il en va de même pour l'approche milieu de vie, le personnel, au même titre que les résidents, doivent « être traités avec dignité et respect », car le bien-être des résidents dépend du bien-être des membres du personnel (INESSS, 2018, p. 37; Couturier, Etheridge et Boudjémaa, 2014).

De nombreux auteurs rapportent un lien entre les moyens organisationnels disponibles et la qualité des soins et les services offerts par les préposés (MSSS, 2014, Allaire, 2017, IRSST, 2017; Doyon et Parent, 2017 : l'INESSS 2018; Riendeau, 2006; Couturier, Aubry et Gilbert, 2013; Aubry et Couturier; 2018; Raizenne, 2014; Couturier, Etheridge et Boudjémaa, 2014 ; Soulières et Ouellette, 2012; Bellemare et al. 2014a, 2014b; Boudjémaa et Couturier, 2014; Tremblay, 2017; Belzile et al., 2011). De fait, la majorité des chercheurs s'intéressant à l'AMV et aux PAB dénoncent la présence d'une charge de travail trop élevée. Pour Tremblay (2017), trois facteurs contribuent à la surcharge de travail. D'abord, *le ratio de patient par préposé est trop élevé*. Ensuite, les préposés ont *un niveau de responsabilités accru* en raison des changements de culture organisationnelle : l'ajout de nouvelles tâches est un facteur de stress important pour eux et il renforce leur impression que leurs réalités de travail ne sont pas considérées à leur juste valeur. Finalement, l'auteure constate un *alourdissement des conditions de santé* de la *clientèle* en raison du resserrement



des critères d'admissibilités en CHSLD.

Doyon et Parent (2017) ont réalisé une étude quantitative portant sur le vécu des préposés aux bénéficiaires au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS-MCQ). Ils ont analysé 405 questionnaires provenant de CHSLD (51,9 %), d'hôpitaux (39,1 %) et du CIUSSS-MCQ (9 %). Ils ont démontré que bien que la majorité (91 %) des préposés aux bénéficiaires se sentent compétents dans ce qu'ils font, 93 % considèrent qu'ils ont trop de patients sous leur responsabilité et que leur charge de travail est irréaliste (79 %). Ainsi, pour 88 % des préposés, le temps est insuffisant pour permettre d'accomplir toutes les tâches demandées. D'ailleurs, plus d'un préposé sur deux a l'impression d'avoir déjà laissé des patients dans un manque de sécurité (54 %) ou de confort (61 %) (Doyon et Parent, 2017).

Un contexte de surcharge de travail a des conséquences sur la qualité des soins et la sécurité des résidents. En mai 2019, suite à une consultation de la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN) portant sur les conditions de travail, la santé et le bien-être au travail des PAB (n=8 511), près de 90 % des participants ont décrit différentes situations de maltraitance organisationnelle présentes au sein des établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux du Québec (FSSS-CSN, 2019). Dans l'ordre, les conséquences de la surcharge de travail évoquées par les PAB étaient :

Moins de temps pour parler avec les résidents et établir une relation d'aide [89 %]; des cloches qui sonnent sans cesse [74 %]; augmentation des situations à risques (chute, agression de la part des autres résidents, etc.) [72 %]; compromis sur la qualité de mon travail [71 %]; des soins d'hygiène qui ne sont pas faits aussi souvent qu'il le devrait (rasage, brosser les dents) [68 %]; des résidents qu'on devrait lever à certains moments, mais qu'on laisse coucher [60 %]; des délais dans la réponse aux demandes des résidents qui entraînent des chutes [55 %]; culottes d'incontinence qui ne sont pas changées lorsque nécessaire et dans les délais raisonnables [50 %]; des résidents qui ne peuvent terminer leur repas et qui ne mangent pas à leur faim [27 %]. (FSSS-CSN, 2019, p.11)

Les PAB ont donc l'impression de ne pas prendre suffisamment soin des résidents et de manquer de temps pour réaliser un travail de qualité (Aubry et Couturier, 2017).

La surcharge de travail intensifie le rythme de travail et contribue au développement d'une

fatigue physique et mentale (Tremblay, 2017). Au sein du réseau de la santé et des services sociaux, les PAB forment le groupe ayant rapporté le plus d'absences au travail pour des problèmes de santé mentale ou des troubles musculo-squelettiques (IRSST, 2017 ; MSSS, 2010). La consultation de la FSSS-CSN (2019) sur les conditions de travail, la santé et le bien-être au travail des PAB a permis de constater que la surcharge de travail avait des conséquences chez près de 90 % des participants :

Fatigue physique durant ou à la fin de mon quart de travail [89 %]; des douleurs physiques durant ou à la fin de mon quart de travail [86 %]; fatigue mentale durant ou à la fin de mon quart de travail [83 %]; augmentation de situations à risque de blessures ou d'accidents [79 %]; augmentation du stress [78 %]; insatisfaction ou culpabilité quant à la qualité des soins que je suis en mesure de prodiguer; [73 %] se sentir abandonné-e avec le problème de surcharge de travail et devoir se débrouiller entre PAB pour trouver des solutions [70 %]; frustration des résidents et augmentations des agressions (verbales et physiques) [60 %]; compromis sur les pratiques de travail sécuritaire [55 %]; difficultés à m'endormir ou réveil durant la nuit [50 %]; impacts négatifs sur ma vie personnelle ou familiale [47 %]; situation conflictuelle avec des collègues de travail [46 %]; pleurer avant d'aller au travail ou à la fin d'une journée de travail [30 %]. (FSSS-CSN, 2019, p.14)

Dans le même sens, Bourassa (2015) soutient que les préposés aux bénéficiaires représentent une population vulnérable, car leurs besoins au travail sont difficilement comblés. Elle poursuit en mentionnant que la qualité de leur milieu de travail impacte directement la qualité des soins offerts aux personnes âgées hébergées. À cet égard, le métier de préposé aux bénéficiaires apparaît comme un métier présentant un haut potentiel de risques psychosociaux. Les contraintes organisationnelles ont des conséquences tant sur leur santé que sur les soins à offrir aux résidents (FSSS-CSN, 2019). Face à l'augmentation de la charge de travail et au manque de personnel, les préposés se sentent pressés, ils n'ont plus l'impression de respecter le rythme des résidents, de parvenir à répondre à leur besoin et d'établir une relation d'aide adéquate (FSSS-CSN, 2019). Conscients de leur rôle et de leur fonction, ces derniers se désolent de ne pas pouvoir faire plus (Riendeau, 2006). La demande psychologique est très élevée si bien que près du trois quarts d'entre eux seraient en situation de détresse psychologique (FSSS-CSN, 2019).

La pénurie de main-d'œuvre liée au manque de préposés qui touchent l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux est occasionnée par les faibles conditions de travail

offertes à ces travailleurs (Aubry, 2018). Voyer, Savoie et Lafrenière (2020) soutiennent que la pénurie touche tous les types d'établissements et qu'elle peut être perceptible par le manque de candidats présents dans les programmes de formations associés à ce métier et par une révision conséquente des critères d'embauche. Selon Aubry (2018), le problème de pénurie de PAB est tributaire de la précarité de leur situation salariale et à leur faible ratio par résidents. Pour sa part, le faible taux de rétention des employés est attribuable à l'intensification de la charge de travail, à la présence d'une fatigue physique et mentale importante et aux injustices salariales (Aubry, 2017; Laurence-Ruel, 2019).

Concernant la faiblesse des salaires, Aubry insiste sur les différences salariales entre les divers milieux d'hébergement. Les préposés les mieux rémunérés reçoivent un salaire variant entre 19,47 \$ et 21,37 \$ l'heure<sup>21</sup>, et ils sont généralement à l'emploi d'un CHSLD public. Bien que leur salaire soit envié par leurs homologues travaillant en RI-RTF ou en RPA, en comparaison avec les autres professionnels de la santé, leurs possibilités de progressions salariales restent minimales. Suite au rapport indépendant sur le travail des préposées aux bénéficiaires dans les ressources intermédiaires, l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) conclut que le salaire de 14 \$ de l'heure des préposés travaillant en RI est inéquitable par rapport à ceux des CHSLD (2020). D'une part, les préposés travaillant en RI ont généralement plus de responsabilités en raison de la Loi 90. D'autre part, cette faible rémunération, alors que le financement est assumé en totalité par le gouvernement, « engendre une concurrence contreproductive entre les deux branches du continuum de soins pour l'accès à la main-d'œuvre et contribue à augmenter la pénurie criante de main d'œuvre dans les ressources intermédiaires ». Cette situation met à risque la qualité des services offerts dans ce milieu (ARIHQ, 2020, n.p.). Des conditions salariales significativement moins avantageuses créeraient un sentiment d'injustice chez les PAB travaillant en RI, ces derniers seraient alors portés à compléter une formation professionnelle pour se rediriger vers les CHSLD publics (Laurence-Ruel, 2019).

---

<sup>21</sup> Face au dilemme imposé par le Coronavirus, le gouvernement de M. Legault souhaitait également augmenter le salaire de préposés aux bénéficiaires (en CHSLD) par l'ajout de primes incitatives temporaires. « Le salaire de base des préposés aux bénéficiaires de 20,55 \$ l'heure et trois primes — prime de non-chevauchement de 2 % (0,41 \$ l'heure), prime COVID de 8 % (1,65 \$ l'heure) et la prime de 100 \$ par semaine pour les inciter à travailler à temps plein (2,76 \$ l'heure). La rémunération peut grimper à 29,50 \$ l'heure pour une personne qui travaillerait 4 semaines d'affiliée à temps complet en raison d'une autre prime incitative » (Crête, M. 2020).

## CHAPITRE 3 – La pertinence de l'étude

Le troisième chapitre replace notre étude dans le contexte d'une démarche plus large de mise en valeur des pratiques de bientraitance en milieu d'hébergement au Québec. Il souligne les objectifs de la recherche et situe sa pertinence sociale, disciplinaire et scientifique.

### 3.1. La démarche de mise en valeur des pratiques de bientraitance

Comme mentionné plus haut, cette étude s'inscrit au sein d'un projet financé par le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC) : *Démarche de mise en valeur des pratiques de bientraitance « ordinaire » en milieu d'hébergement au Québec : un travail de mobilisation de tous les acteurs concernés* qui tente de mettre en lumière les pratiques existantes de bientraitance dans les CHSLD, RI et RPA au Québec. Cette recherche comprend quatre objectifs :

(1) repérer les pratiques existantes de bientraitance ordinaire dans les milieux d'hébergement; (2) valoriser ces pratiques, et le personnel qui les adopte, en mettant en œuvre une démarche de leur mise en valeur; (3) identifier les conditions gagnantes et les obstacles au développement des pratiques bientraitantes afin de proposer une réflexion sur la mise en place, le maintien et la valorisation de ces pratiques au sein de CHSLD, RI et RPA; (4) approfondir notre compréhension de la bientraitance, ses formes et ses significations, ainsi que la pertinence du concept. (Éthier, Gagnon, Couture et Aubry, 2019-2021)

Par l'apport du point de vue spécifique des préposés aux bénéficiaires, ce mémoire vise à compléter l'identification du troisième objectif.

### 3.2. Les objectifs de la recherche

En portant un regard différent sur le travail des préposés aux bénéficiaires, ce projet de recherche vise à répondre à la question suivante : « *En quoi la bientraitance "ordinaire" en milieu d'hébergement peut-elle être facilitée par les savoir-faire et les savoir-être des préposés aux bénéficiaires ?* » Les objectifs spécifiques consistent à : 1) Définir la notion de bientraitance en milieu d'hébergement selon les préposés aux bénéficiaires; 2) Identifier les savoir-être et les savoir-faire qui favorisent la bientraitance des résidents au quotidien; 3) Cerner les conditions organisationnelles freinant ou facilitant l'application de ces savoir-

faire et savoir-être; 4) Saisir les enjeux relationnels présents dans les pratiques de bienveillance.

### 3.3. La pertinence sociale

Les économistes québécois envisagent que d'ici 2030, les dépenses associées au secteur de la santé et des services sociaux occuperont plus de 68,9 % des revenus gouvernementaux (Clavet, Duclos, Fortin, Marchand et Michaud, 2013). On estime alors qu'un Québécois sur quatre sera âgé de 65 ans et plus (MF, 2017; ISQ, 2014;). À moyen terme, le vieillissement de la population cumulé à une importante diminution de la population active (ISQ, 2014) aura un impact majeur sur la viabilité des systèmes financés par les fonds publics (Statistique Canada, 2016; OCDE, 2005). Précisément, la demande de soins de longue durée augmentera plus rapidement que leur capacité de financement (INSPQ, 2010). Pour éviter que les coûts du vieillissement soient absorbés sous la forme d'une réduction de la qualité des soins et des services (Hogan et Hogan 2002), le réseau de la santé et des services sociaux devra s'ajuster aux changements démographiques en s'adaptant aux conditions de vie des aînés (MSSS, 2017).

Depuis le tournant des années 1990, les centres d'hébergement québécois ne cessent de subir des transformations (Beaulieu, 1992). D'une part, la clientèle s'alourdit en raison du vieillissement démographique et de la comorbidité, d'autre part, la nouvelle gestion publique a un impact considérable sur la quantité et sur la qualité des services offerts (INESSS, 2018; Doyon et Parent 2017; Aubry 2016; Beaulieu et coll., 2015; AQESSS, 2014; Beaulieu, 1992). En s'orientant sur des principes managériaux de rationalisation, d'optimisation et de performance (Gaudreault, 2017; MSSS, 2017), les indicateurs de performance entraînent des effets pervers pour les personnes aînées hébergées. Comme la qualité des soins n'est pas totalement objectivable ou mesurable, certaines tâches quantifiables sont privilégiées au détriment de la dimension relationnelle (Loriol, 2012). À ce sujet, Raizenne (2014) mentionne qu'un nombre important de contraintes organisationnelles sont perceptibles et que « les préposés aux bénéficiaires se retrouvent confrontés à une grande souffrance morale, car ils se voient obligés de faire subir les effets de ces contraintes à la clientèle » (p.33). En effet, comme le soulignent Belzile, Pelletier et Beaulieu (2014), les pratiques organisationnelles peuvent causer du tort et des préjudices

aux résidents et aux PAB (les préposés peuvent également servir de boucs émissaires pour un « système maltraitant »).

L'apparition récente de l'approche de la bientraitance au sein du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (2017-2022) est la première initiative du gouvernement québécois qui aborde clairement le thème de la bientraitance. Par cet apport, le Gouvernement du Québec souligne son engagement à « réduire l'incidence de la maltraitance dans tous les milieux de vie des personnes âgées » (domicile, RPA, RI, RTF, CHSLD) (Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017, p.51). La première orientation du PAM est de *Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance*. L'objectif 1.3 est de *Développer et valoriser des comportements bientraitants à l'égard des personnes âgées*. (Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017, p.53). Cette recherche s'inscrit dans cette perspective.

Malgré la noblesse du PAM 2017-2022, la bientraitance reste une « notion normative » qui s'inscrit dans le cadre d'un plan d'action ministérielle. Pour Molinier (2010), « contrairement à ce que l'on pourrait croire, la bientraitance ne désigne donc pas tant des pratiques soignantes [...] » qu'une manière de « redonner le blason des institutions, n'y [associant] pas complètement les soignants » (p.142). Concernant les préposés aux bénéficiaires et l'implantation de l'approche milieu de vie, « en raison de la forte inertie caractérisant l'organisation du travail, cette approche est vue comme appartenant au registre du discours de principe insuffisamment opératoire, voire purement rhétorique, incapable de faire advenir dans la réalité ses prétentions. » (Boudjémeaa et Couturier, 2014, p.98).

### **3.4. La pertinence disciplinaire**

Selon l'Association internationale des écoles de travail social (AITS), la définition internationale du travail social est la suivante :

Le Travail social est une pratique professionnelle et une discipline. Il promeut le changement et le développement social, la cohésion sociale, le pouvoir d'agir et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, de droit de la personne, de responsabilité sociale collective et de respect des diversités sont au cœur du travail social. [...] le travail social encourage les personnes et les structures à relever les défis de la vie et agit pour améliorer le bien-être de tous. (European Association of Schools of Social Work (EASSW), 2017)

Mais quel rapport pouvons-nous établir entre les pratiques de bientraitance des préposées aux bénéficiaires et le travail social ? À mi-chemin entre la personne âgée et son environnement; entre les préposés et leur environnement, nous nous intéressons à deux catégories d'individus « vulnérables » voire opprimés, interagissant au sein d'une même institution. Selon l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec [OPTSQ], l'approche centrée sur l'interaction avec l'environnement « caractérise la finalité de l'intervention sociale : la recherche d'un équilibre entre les besoins d'une personne ou d'une collectivité et la capacité de l'environnement à répondre à ces besoins » (OPTSQ, 2005, p.12). Plus précisément, nous étudions l'interaction dynamique entre le milieu d'hébergement, les préposés aux bénéficiaires et les résidents. Nous cherchons ainsi à faire reconnaître l'éminence du travail relationnel des PAB auprès des résidents et souhaitons amorcer une réflexion critique sur les processus de changement structurel nécessaires aux pratiques de bientraitance envers les aînés dans les milieux d'hébergement. Rappelons ici que la bientraitance est ancrée dans les principes du travail social soit *les droits de l'homme, la dignité humaine, et la justice sociale* (Deslauriers et Hurtubise, 2007). D'ailleurs, la gérontologie et les milieux d'hébergement sont aussi des préoccupations pour les travailleurs sociaux.

### **3.5. La pertinence scientifique**

La pertinence scientifique s'appuie d'abord sur le fait qu'un nombre limité d'écrits porte sur la bientraitance envers les personnes âgées au Québec (Pomar Chiquette, 2019). D'ailleurs, l'état des connaissances actuelles est construit essentiellement sur des études européennes (Pomar Chiquette, 2019; Éthier, Gagnon, Couture et Aubry, 2019). En déterminant l'approche milieu de vie comme une orientation ministérielle contribuant à la promotion de la bientraitance (Belzile, et al., 2011), nous avons découvert des pistes permettant d'appréhender son contexte en milieux d'hébergement québécois.

Un deuxième élément de pertinence scientifique concerne les compétences sous-jacentes à la bientraitance. Plusieurs chercheurs québécois s'intéressent à la mise en application des différents savoirs enseignés aux préposés aux bénéficiaires. Toutefois, jusqu'à maintenant, aucun d'entre eux n'a pris en compte le lien spécifique entre leur savoir-être et leur savoir-

faire et la bienveillance. D'ailleurs, cette recherche est innovante, car elle retrace des pratiques « ordinaires » c'est-à-dire à la portée de tous. Elle se confronte à un modèle organisationnel *top-down*<sup>22</sup> qui n'accorde que peu d'intérêt aux PAB lors des efforts d'amélioration de la qualité (Belzile, Pelletier et Beaulieu, 2014). En dirigeant notre attention sur un groupe d'individus directement concerné par la bienveillance, nous reconnaissons le rôle actif des préposés aux bénéficiaires et cherchons à mettre en lumière des actions concrètes, réalistes et qui respectent leurs réalités objectives.

Finalement, l'étude dans laquelle s'inscrit ce mémoire est effectuée dans le cadre d'une action concertée entre le Secrétariat aux aînés du Ministère de la Famille (Famille-SA); le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC). Cette dernière s'arrime aux mesures 6, 8 (objectif 1.3.) et 50 (objectif 4.2.) prévues par *le PAM 2017-2022* soit celles de : « recenser les pratiques dites bienveillantes en contexte de soins, alliant savoir-faire et savoir-être, et en faire la promotion auprès des employés du réseau de la santé et des services sociaux »; « promouvoir la bienveillance en résidences privées pour aînés (RPA) par des activités et des outils de sensibilisation » et « soutenir le développement de différents projets de recherche concernant la maltraitance, la bienveillance et les bonnes pratiques à mettre en place auprès de différents groupes de personnes âgées » (Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017, p.53 et p.65).

---

<sup>22</sup> Les décisions sont prises de haut en bas, de manière hiérarchisée et centrale : « Le concepteur de politiques détermine centralement comment se fera la mise en œuvre qui sera réalisée par des “metteurs en œuvre” » (traduction libre de Lazin [1995] citée dans Carpentier, 2012, p.16).



## CHAPITRE 4 - L'éthique du *care*

Le chapitre quatre décrit l'éthique du *care* qui servira de cadre théorique pour cette étude. Il trace un bref portrait de ses origines féministes pour la repositionner comme une théorie critique qui tente de dénoncer les rapports de pouvoirs. Ensuite, la politique du *care* de Joan Tronto est abordée afin de détailler le processus actif du *care*. Une fois présenté, le cadre théorique de l'éthique du *care* est mis en contexte et actualisé par rapport à notre sujet d'étude. Enfin, le chapitre se termine sur la définition des concepts liés à notre question de recherche.

### 4.1. D'une « moralité féminine » à la critique sociale

L'Éthique du *care* prend naissance dans l'œuvre de la psychologue Carol Gilligan, *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development* (1982), traduit sous *Une voix différente : Pour une éthique du care* (1986). Dans cet ouvrage, Gilligan critique l'idée de Kohlberg selon laquelle le degré de raisonnement moral le plus élevé repose sur « des principes de justice abstraits et impartiaux » (Guilligan, 2008, p. XI). De manière empirique, elle démontre que « [l]es femmes perçoivent le dilemme moral comme un problème de préoccupation et de bien-être [*care*] de l'autre et non comme une question de droits et de règles » (p.121). Pour Gilligan qui marquera la première génération de l'éthique du *care*, il ne s'agit pas d'opposer la morale à l'éthique<sup>23</sup>, il s'agit plutôt de faire entendre une voix différente, celle des femmes, et de proposer une alternative aux principes de justice actuels. L'éthique du *care* est donc essentiellement féministe, en ce sens qu'elle « ne véhicule pas les normes et les valeurs du patriarcat » (Laugier, 2010, p.121). Elle dépasse le genre pour mettre en lumière tous ceux et celles qui sont concernés par les activités du *care* (Brugère, 2017). Brugère dira, en parlant de l'éthique féministe de Gilligan : « [elle] vaut comme une attitude de défense de tous les dominé(e)s, au nom de leur parole effacée par différentes formes d'exploitation. » (Brugère, 2017, p. 45).

Selon Joan Tronto, philosophe américaine auteure de *Moral boundaries : a political argument for an ethic of care* (1993), en valorisant la sphère des femmes et la domination

---

<sup>23</sup> La morale se rapporte aux exigences de justice, elle est neutre, impersonnelle et envisage l'égalité comme sa finalité. Pour sa part, l'éthique n'est jamais totalement rationnelle et correspond aux réponses les plus appropriées selon la complexité d'une situation donnée (Brugère, 2011).

de genre, l'interprétation de Gilligan n'a pas été prise au sérieux (Tronto, 2009). Par une approche plus dé-genrée, Tronto propose plutôt de diriger notre attention sur les rapports de pouvoir et de « dénoncer les inégalités structurelles (de genre, d'ethnicité, de classe) permettant aux privilégié.e.s de profiter du soin des démunie.e.s tout en excluant ces derniers du pouvoir d'agir et de parler au sein des institutions politiques. » (Deschêne, 2015, p. 69). Cette perspective marque le point de départ d'une seconde génération théorique et servira d'assise pour des théoriciennes telles que Fisher, Molinier, Paperman, Le Goff et Garrau (pour ne nommer que celles-ci) (Laroche, 2018).

Au sens large, les deux vagues théoriques partagent une vision commune. Chez Gilligan, l'éthique du *care* est l'achèvement d'un processus moral :

[elle] reflète une connaissance accrue des relations humaines [et] pivote autour d'une vérité centrale, celle de l'interdépendance entre soi et autrui. Reconnaître cette interdépendance signifie reconnaître qu'un acte de violence finit toujours par se retourner contre soi, tout comme on bénéficie du bien [*care*] fait à autrui. (Gilligan, 2008, p. 123)

Au niveau le plus général, Tronto suggère :

que le *care* soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. (Tronto, 2009, p. 143)

Pour Gilligan, une fois au stade du *care*<sup>24</sup>, l'individu « se concentre sur la dynamique des rapports et dissipe la tension entre égoïsme [stade 1] et responsabilité [stade 2] grâce à une nouvelle compréhension entre l'autre et soi » (André, 2013, p. 36). En situant le *care* comme un souci de soi, de l'autre et du monde (*care* pour l'environnement), Tronto poursuit dans ce sens. Elle met toutefois en garde contre une trop grande abnégation et un surinvestissement de soi (Tronto, 2008), qui correspondraient au stade de *Responsabilité* (stade 2) de Gilligan, où prendre soin signifierait bien agir, mais où la référence au *care* pour soi-même serait absente (André, 2016).

---

<sup>24</sup> Les stades du développement de l'éthique du *care* (d'après Gilligan 2008) : Stade 1 – égoïste : l'individu s'occupe initialement de ses propres besoins afin d'assurer sa survie. Stade 2 – responsabilité; Stade 3 – *care* (citée dans André, 2013 p.36).

## 4.2. La politique du *care* de Joan Tronto

Joan Tronto situe l'éthique du *care* à la fois comme « une pratique et une disposition » :

Le *care* peut caractériser une activité singulière ou décrire un processus. À cet égard, il n'est pas simplement une préoccupation intellectuelle, ou un trait de caractère, mais un souci porté à la vie engageant l'activité d'êtres humains dans les processus de la vie quotidienne (Tronto, 2008, p. 245).

Elle emploie le terme *care* « pour ne [s]'y référer que lorsque l'activité et la disposition sont toutes deux présentes. » (Tronto, 2008 p. 247). Le *care* en tant que processus actif se divise en quatre phases « auxquelles correspondent quatre qualités morales spécifiques » (Zielinski, 2010, p.633; Tronto, 2008). Ces phases sont interreliées et préalables au « bon *care* ». Elles se rapprochent de la conceptualisation du *care* de Noddings (attention-souci<sup>25</sup>, engagement, empathie, réciprocité). Toutefois, là où Noddings ne voit qu'une « forme de relation interpersonnelle » (la conception dyadique du *care*), Tronto repositionne le *care* comme un « un rapport au monde » (la conception sociale du *care*) (André, 2013, p.39, Tronto, 2009). L'éthique du *care* selon Tronto, n'impose pas de critères *a priori*, ou de grands principes universels. Ce qui compte avant tout, c'est qu'il permette de s'ajuster et de répondre adéquatement aux besoins des bénéficiaires et à leurs situations particulières (Gagnon, 2017).

Les phases du *care* (Tronto, 2008; Tronto, 2009; Zielinski, 2010; André, 2013) sont synthétisées et illustrées dans le tableau à la page suivante :

---

<sup>25</sup> Tronto ne développe pas le présupposé du souci. Pour elle, le constat du besoin signifie la capacité de s'identifier à l'autre (Zielinski, 2010).

**Tableau 2 : Les phases du *care* à mettre en œuvre par les PAB (selon Tronto)**

PHASES	QUALITÉS MORALES	EXPLICATIONS
1. Se soucier de « <i>caring about</i> »	Attention (disposition et compétence). Percevoir la vulnérabilité. Être attentif au besoin pour y répondre. Suppose la dimension de réciprocité : être touché par (empathie).	Reconnaître et constater l'existence d'un besoin. Évaluer la possibilité d'y apporter une réponse (au niveau culturel, individuel ou social et politique; considérer les capacités ou les capabilités).
2. Se charger de « <i>taking care of</i> »	Responsabilité (attitude). Chercher à répondre efficacement au besoin identifié, se mettre en action.	Accepter la prise en charge. Reconnaître que l'on peut agir pour traiter des besoins non satisfaits et déterminer la nature de la réponse (quel est le soin approprié; le financement et le don d'argent se situent à ce stade).
3. Accorder des soins « <i>care giving</i> »	Compétence (attitude et dimension relationnelle). Il ne suffit pas d'entrer en contact avec l'autre, il est nécessaire d'apporter une réponse adéquate (Professionnalisation, perfectionnement, habileté).	Prendre soin. Rencontre ou contact direct entre celui qui donne le soin et celui qui le reçoit (absence ou réduction des intermédiaires). Singularité du soin. La compétence est requise, l'intention de la sollicitude est insuffisante en soi.
4. Recevoir des soins « <i>care receiving</i> »	Capacité de réponse (disposition et dimension de réciprocité). Se centrer sur l'autre. Réceptivité, interprétation et compréhension de la réponse.	Évaluation par l'autre : savoir entendre et reconnaître comment le soin est reçu (réponse – réaction). Seule manière de savoir si le soin est bon. Le receveur guide, évalue et dirige le soin (l'objet du soin devient sujet du soin).

Ce qui pourrait empêcher la réalisation d'un « bon *care* » peut se situer à plusieurs niveaux : individuel (compétences), interpersonnel (relation), professionnel (formation et pratique) et organisationnel (conditions et organisation du travail) (Gonin, Grenier et Lapierre, 2013). Pour Tronto, l'existence de ces limitations devrait attirer notre attention. Il ne suffit pas de penser le *care* en termes de disposition, ce qui en ferait une responsabilité individuelle, il doit plutôt être envisagé en termes de pratique et considérer tout son contexte. Ainsi, « nous devons prendre en considération les préoccupations du destinataire comme les compétences du dispensateur et le rôle de ceux qui « se chargent de ». » (Tronto, 2008, p.255).

En envisageant le *care* « sous l'angle des rapports sociaux de pouvoir, soit sous un

éclairage politique », Tronto repousse les limites entre le privé et le public (Deschênes, 2015, p. 69). En reconnaissant la centralité, l'omniprésence et l'universalisme des activités du *care* (Tronto, 2008 ; Tronto, 2009), elle conteste la société néolibérale : l'ordre masculin enraciné dans l'indépendance individuelle et la quête de l'autonomie. D'ailleurs, le cheval de bataille de Tronto est de révéler les mécanismes de marginalisation du *care* et les rapports de pouvoir mis en place (Tronto, 2008).

Lorsque l'organisation du *care* dans notre société est examinée d'un point de vue critique, des modèles commencent à apparaître illustrant de quelle manière elle donne un aperçu des positions de pouvoir et d'assujettissement. Le *care* apparaît comme la préoccupation de ceux qui ont le moins de pouvoir ou d'importance dans la société [...] (Tronto, 2009, p.168)

Alors même que l'activité du *care* est fondamentale à l'existence humaine, Tronto note que plus un métier s'écarte d'une prise en charge (ex : fonctionnaires ou médecins), et plus il se rapproche de la pratique du *care* (de la fragilité et des préoccupations de la vie privée) (ex : PAB), plus il est susceptible de faire l'objet d'un travail mal rémunéré, peu considéré et dévalorisé (Tronto, 2009). En effet, les privilégiés s'arrêtent bien souvent à la phase 2, celle de la *prise en charge*. La tâche de donner et de recevoir le soin (phase 3 et 4) ne leur revient pas. Pourtant, dans les institutions de soins, ceux et celles qui réalisent « un travail indispensable et vital » sont « mal considérées, leurs besoins ignorés, leur savoir et leur savoir-faire rabaissés et déniés. » (Laugier, 2010, p.116).

### 4.3. L'actualité du *care* pour notre sujet d'étude

Afin d'illustrer en quoi l'éthique du *care* est pertinente pour cette étude, nous retiendrons ces propos de Pascale Molinier (2010) :

Bien que le travail des aides-soignantes (*care*) soit jugé par chacun comme primordial, il reste en bas de l'échelle du travail soignant où culmine le soin médical (*cure*) et il n'est pas habituel de considérer, même en gériatrie où le pouvoir médical est moindre, que des travailleuses subalternes puissent être des expertes en leur domaine et que l'on ait à apprendre d'elles. Le travail qu'elles réalisent est, pour une part, « naturalisé » dans le registre des aptitudes féminines domestiques – tout le monde pourrait le faire –, et pour l'autre, assujetti à des formes de connaissances jugées supérieures, quand bien même celles-ci reposeraient sur la captation et la récupération de leurs savoirs pratiques, comme on le constate parfois dans certaines formations aux « bonnes pratiques ». (p. 138)

Pour Molinier, le travail du *care* est un puissant facteur de hiérarchisation (de genre, du personnel, des intellectuels et de la société néolibérale) et nous n'entendons pas assez « la voix des travailleuses elles-mêmes » (Molinier, 2013, p.47). L'expérience des pourvoyeuses du *care* doit être légitimée, car les « soignantes créent un monde où il est possible de vivre une vie décente, selon leur critère, pour les personnes âgées et pour elles ensemble » (Molinier, 2013, p. 152).

Ce qui retient l'attention du *care* est la vie quotidienne (Laroche 2018; Tronto, 2008) et les circonstances réelles dans lesquelles il apparaît (Tronto, 2009). Pour Laugier (2010), « le *care* ramène la morale à son terrain propre, celui de nos pratiques » (p.116). Il part des expériences rattachées à « des problèmes moraux de personnes réelles dans leur vie ordinaire. » (Laugier, 2010, p.114). Le point de vue et l'expérience des travailleur(e)s du *care* sont centraux : « [l]a connaissance du *care* [...] commence avec la connaissance qu'en ont ses protagonistes les plus souvent exclus en tant que sujets » (Paperman, 2015b, p.63-64). Il devient alors légitime de considérer les préposés aux bénéficiaires lors du processus de production de connaissances (Paperman, 2015a). D'ailleurs, Molinier répond à ceux et celles qui prétendraient qu'une absence de *care* serait d'abord un défaut de formation des soignants qu'elle soupçonne davantage un problème d'ordre organisationnel. Pour elle, si nous voulons nous déplacer vers la bientraitance, il faut apprendre à évaluer et à juger en partant des expériences de ces derniers, « en fonction des besoins qu'elles et ils sont en mesure d'identifier au décours d'une analyse de leur travail » (Molinier, 2010 p.144).

#### **4.4. La définition des concepts**

Afin de mieux cerner l'objet d'étude, il importe de clarifier certains éléments proposés par la question de recherche. Les principaux concepts à définir sont la bientraitance « ordinaire » ainsi que les savoir-faire et savoir-être des préposés aux bénéficiaires.

##### **4.4.1. La bientraitance ordinaire**

Rappelons ici que selon le PAM 2017-2022,

la bientraitance est considérée comme étant une approche positive et représente un levier complémentaire dans la lutte contre la maltraitance. Elle peut prévenir l'apparition de la maltraitance en faisant la promotion d'attitudes et de comportements positifs et respectueux des souhaits et des préférences de la

personne âgée. Elle n'est ni le contraire ni l'absence de la maltraitance. (Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017, p. 38-39)

Comme nous l'avons vu précédemment, la bientraitance naît d'un équilibre entre l'exigence de répondre aux besoins fondamentaux d'un usager et d'une initiative prise par un professionnel au sein d'une structure déterminée (ANESM, 2008). Elle est « une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement » (ANESM, 2008, p.14). La responsabilité organisationnelle y est fondamentale, ainsi le choix du terme « bientraitance ordinaire » n'est pas anodin : il traduit des attitudes ou des actions quotidiennes, sans grande visibilité qui existent en dépit de certaines contraintes organisationnelles (Éthier, Gagnon, Couture et Aubry, 2018).

#### **4.4.2. Les savoir-faire et savoir-être des préposés aux bénéficiaires**

Au niveau de la responsabilité individuelle, la bientraitance en hébergement suppose la conjugaison de deux différents savoirs : le savoir-faire et le savoir-être.

##### ***Le savoir-faire***

Dans le PAM 2017-2022,

Le savoir-faire se définit par la compétence acquise pour résoudre des problèmes pratiques dans l'exercice d'un métier ou d'une profession. Il fait référence aux connaissances, aux habiletés que développe une personne dans sa façon d'intervenir, dans sa manière d'intégrer les techniques et de déterminer le moment propice pour les utiliser. (Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017, p.43)

Pour œuvrer auprès des personnes âgées hébergées, il est attendu que le personnel dispose de connaissances (en gérontologie, en gériatrie; des soins et services offerts, des techniques et approches particulières, des équipements spécialisés) et d'aptitudes ou d'habiletés (en communication, de présence thérapeutique; en travail d'équipe, d'adaptation [milieu/clientèle], d'analyse, de résolution de problèmes) (MSSS, 2003).

##### ***Le savoir-être***

Selon le PAM 2017-2022,

le savoir-être peut se définir comme étant des « compétences sociales ou relationnelles attendues ». Il se traduit par les attitudes, les comportements et la façon d'être de l'individu qui intervient. C'est la capacité à prendre une décision, à s'adapter à une situation complexe. Elle renvoie à l'attitude, à la manière d'être. L'empathie, l'ouverture d'esprit et la volonté de connaître

l'autre sont autant d'habiletés de savoir-être qui peuvent aider à mieux comprendre la personne. (Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017, p.43)

Les attitudes et comportements attendus en gériatrie sont : la chaleur, la générosité, le respect, l'empathie, l'intérêt pour la clientèle, la patience, la tolérance, la flexibilité, la disponibilité, la souplesse, la motivation et la créativité (MSSS, 2003).



## **CHAPITRE 5 - La méthodologie**

Ce chapitre précise la démarche méthodologique utilisée pour répondre aux objectifs de cette étude. Dans un premier temps, il présente : le paradigme épistémologique, l'approche et le type de recherche privilégiés, la population à l'étude et l'échantillonnage. Dans un deuxième temps, il dépeint les méthodes de collecte et d'analyse des données. À la fin du chapitre, les considérations éthiques et les limites méthodologiques sont présentées.

### **5.1. Le paradigme épistémologique**

En s'appuyant sur des épistémologies variées, issues du paradigme des théories sociales critique, ce travail s'inscrit au sein des pratiques anti-oppressives. Dans le contexte de cette étude, la remise en question du système d'oppression s'effectue par une analyse critique des conditions de vie et de la maltraitance des personnes hébergées. Ainsi, au lieu de présumer que ce sont les préposés qui engendrent des conditions de vie préjudiciables pour les personnes âgées hébergées, la perspective anti-oppressive décrit la source de l'oppression comme le produit des rapports sociaux qui modèlent les lois et les institutions en fonction de l'intérêt des groupes dominants (Mullaly, 2010). Spécifiquement, c'est par le biais du travail des préposées aux bénéficiaires que nous cherchons à savoir dans quelle mesure les structures existantes en milieu d'hébergement créent ou maintiennent les personnes âgées dans des situations oppressives ou, au contraire, bientraitantes.

### **5.2. L'approche et le type de recherche privilégiés**

La recherche qualitative est une façon d'aborder la réalité, elle est souple, progressive et s'ajuste aux caractéristiques de l'objet d'étude (Anadón et Guillemette, 2007; Anadón, 2006). Non seulement elle permet une compréhension et une description détaillée des phénomènes humains (Alain et Dessureault, 2010 ; Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, Turcotte et coll., 2000), mais elle contribue également à générer des hypothèses (Kohn et Christiaens, 2014). Selon cette perspective, les phénomènes sociaux ne peuvent être étudiés qu'en fonction du sens que les acteurs leur attribuent (Muchielli, 2005) : une place centrale est accordée à leurs expériences et à leurs points de vue subjectifs (Mayer et coll., 2000; Anadón et Guillemette, 2007). Les contextes entourant la bientraitance étant peu explorés au Québec, la recherche comporte également une visée exploratoire. Le caractère original

de l'étude servira à baliser les connaissances<sup>26</sup> sur la mise en valeur des pratiques de bientraitance en milieu d'hébergement québécois (Trudel, Simard, Vonarx, 2007).

### 5.3. La population à l'étude et l'échantillonnage

La population retenue doit être celle qui est le plus à même de répondre à la question de recherche (Côté et Turgeon, 2002). En milieu d'hébergement, les préposés aux bénéficiaires sont étroitement impliqués dans la mise en application de pratiques bientraitantes. Ils sont également en mesure d'identifier les conditions freinant ou facilitant leur développement. Le processus de recrutement des participants est organisé autour d'un échantillon non probabiliste de volontaires. Comme il s'agit d'une recherche qualitative, la constitution d'un échantillon représentatif n'est pas essentielle, ce qui importe est la capacité du répondant de témoigner de façon intéressante et pertinente de l'objet d'étude (Côté et Turgeon, 2002; Mayer et al., 2000).

L'étude aborde l'influence des structures organisationnelles sur la capacité des PAB à appliquer des savoir-faire et des savoir-être relatifs à la bientraitance. Ainsi, pour être retenus, les participants devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : être un homme ou une femme parlant français et étant employé dans l'un ou l'autre des milieux (CHSLD, RI, RPA) au sein desquels se déroulait la recherche plus vaste dans laquelle s'inscrit ce mémoire et y travailler depuis un minimum de 6<sup>27</sup> mois. Le recrutement s'est fait à l'aide d'affiches standardisées qui ont été distribuées au sein des établissements concernés (Annexe I). Les préposés intéressés par la recherche pouvaient nous contacter par téléphone ou par courriel pour une première prise de contact (Annexe II). Ceci dit, toutes les participantes ont préféré signaler leur intérêt directement auprès de leur direction. Ce sont donc les directrices qui ont joué le rôle d'intermédiaires entre les préposées et l'équipe de recherche.

---

<sup>26</sup> Un Guide *Démarche de mise en valeur des pratiques de bientraitance ordinaire en milieux d'hébergement* sera produit par les chercheurs principaux en fin de recherche. Ce guide contribuera au transfert de connaissances. Les chercheurs prévoient mettre ce guide à la disposition des milieux d'hébergement qui souhaiteraient adopter la démarche de valorisation des pratiques bientraitantes (Éthier, Gagnon, Couture et Aubry, 2018).

<sup>27</sup> Lors du recrutement, la participation d'une candidate ayant seulement 4 mois d'expérience au sein de l'un de ces établissements fût acceptée. Sa candidature a été retenue, car elle cumulait un total de 2,5 années d'expérience comme PAB.

## 5.4. La méthode de collecte des données

Afin de présenter plus d'une culture organisationnelle, 13 préposées dans trois établissements ont servi à la collecte des données pour la vaste étude financée par l'action concertée-FRQSC : un CHSLD en milieu rural (103 résidents) une RI-RPA (41 résidents) en milieu urbain et une RI-RPA en milieu semi-urbain (112 résidents). Le choix de ces milieux a été réalisé par l'équipe de recherche, car ils permettent de représenter des personnes provenant d'endroits, de niveaux socio-économiques, de genres et des cultures diversifiées (Éthier, Gagnon, Couture et Aubry, 2018). Pour chacun des établissements, un nombre différent d'entretiens a été réalisé soit n=7 en RI-RPA et n=6 en CHSLD. Le nombre de participants prévu était de 3 par milieu pour un total de 12 entretiens. Le 4<sup>e</sup> milieu s'est retiré de l'étude dans le contexte de la COVID-19. Le nombre de participants total (n=13) correspond aux personnes ayant manifesté un intérêt pour participer à la recherche dans les trois autres milieux. Ce mémoire s'intéresse aux 10 premières entrevues qui ont été effectuées dans deux de ces trois milieux.

Cherchant à mieux comprendre les représentations des préposés aux bénéficiaires et à accéder directement à leur perception, l'entretien semi-directif a été utilisé comme méthode de collecte de données (Mayer et al., 2000). « L'entretien est l'un des meilleurs moyens pour saisir le sens que les acteurs donnent à leurs conduites [et à] la façon dont ils se représentent le monde [...], les acteurs étant vus comme les mieux placés pour en parler » (Poupart, 1997, p. 175). L'interaction entre le chercheur et les participants facilite la prise en compte de leur réalité (Baribeau et Royer, 2012). Par l'élaboration préalable d'un ensemble de thèmes, l'entretien semi-directif permet de rediriger les répondants vers des aspects particuliers (Mayer et al., 2000). Ainsi, « [si] l'*interviewé* n'aborde pas spontanément un ou plusieurs thèmes du schéma, l'*interviewer* doit lui proposer le thème » (Ghiglione et Matalon, 1978, p. 75).

Les entrevues étaient précédées d'un questionnaire sociodémographique (Annexe III). La durée totale de l'entretien avec les PAB variait entre 48 et 91 minutes. La complicité des directrices a permis de rencontrer les participantes dans un bureau fermé situé sur leur lieu de travail. En début d'entretien, un formulaire de consentement (Annexe IV) et une compensation financière de 40 \$ fût remis aux participantes. Notre schéma d'entrevue

(Annexe V) se concentrait sur la bientraitance en milieu d'hébergement. Il portait sur les savoir-être, les savoir-faire, les conditions organisationnelles et les enjeux relationnels tant avec les bénéficiaires que dans les relations de travail. Enfin, le type d'entrevue sélectionné nous a permis de reprendre certaines thématiques tout en collectant de nouvelles informations sur le sujet (Ghiglione et Matalon, 1978 ; Mayer et al., 2000).

## **5.5. La méthode d'analyse des données**

Bien que notre schéma d'entrevue soit semi-directif et que des thématiques précèdent et guident notre recherche, nous attribuons une grande importance à la subjectivité des participants et à la possibilité qu'un certain nombre de catégories émergent en cours d'analyse (Mayer et al., 2000). En ce sens, nous avons choisi d'adopter une approche inductive, car elle « se prête particulièrement bien à l'analyse de données portant sur des objets de recherche à caractère exploratoire » (Blais et Martineau, 2006. p.4).

### **5.5.1. L'analyse inductive générale**

Miles et Huberman (2003) décrivent l'analyse inductive générale « comme une démarche systématique de réduction, de condensation et de présentation des données qui vise à donner du sens aux données brutes ayant été recueillies » (Caron, 2017, p.54). Pour Thomas (2006), le but premier d'une analyse inductive est de faire émerger des explications « universelles », en examinant des thèmes récurrents, dominants ou significatifs inhérents aux données brutes ([traduction libre], Thomas, 2006, p. 236). L'utilisation de l'analyse inductive permet : « de condenser des données brutes [...] dans un format résumé; d'établir des liens entre les objectifs de la recherche et les catégories découlant des données brutes; de développer un cadre de référence ou un modèle à partir des nouvelles catégories émergentes » (Blais et Martineau, 2006).

### **5.5.2. Le processus de codification inductif menant à la réduction des données**

Pour Thomas, 2006, le processus de codification inductif menant à la réduction des données comporte quatre grandes étapes (Blais et Martineau, 2006) :

*Étape 1 : Préparer les données brutes.* Organisations des données et mise en place d'un format commun. Dans cette étude, il s'agira de transcrire

intégralement les entretiens semi-directifs sous forme de verbatim.

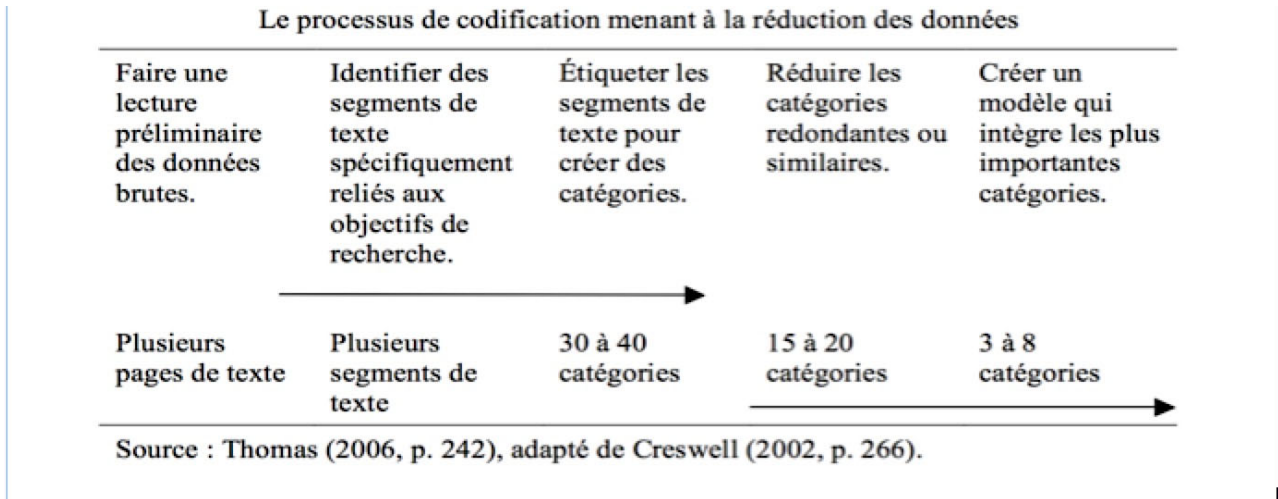
*Étape 2 : Procéder à une lecture attentive et approfondie.* Lecture et relectures des verbatim afin de se familiariser avec leur contenu et d'avoir une vue d'ensemble des sujets abordés. Afin de mettre en évidence les points saillants abordés par les préposées, nous avons effectué un résumé de chacun des entretiens.

*Étape 3 : Procéder à l'identification et à la description des premières catégories.* Premier niveau de catégorie qui devrait habituellement être en lien avec les objectifs ou la question de recherche : 1) Sélectionner les segments de texte présentant une unité de sens. 2) Nommer chaque unité de sens par une étiquette (mot ou une courte phrase). 3) Faire de même pour toutes les unités de sens identifiées. Pour notre étude, cela consistera en une compréhension préliminaire du discours des préposés aux bénéficiaires, à la codification semi-émergente et à l'apparition de catégories préliminaires.

*Étape 4 : Poursuivre la révision et le raffinement des catégories.* 1) Pour chaque catégorie, rechercher des sous-catégories et y inclure les points de vue contradictoires et de nouvelles perspectives. 2) Sélectionner des citations ou des segments de texte illustrant ces catégories. 3) Réduire les catégories redondantes ou similaires afin d'en conserver un nombre restreint qui fournira une vue d'ensemble sur les éléments significatifs contenus dans les verbatim. Il s'agira pour nous de raffiner et de regrouper les catégories préliminaires étant les plus importantes par rapport à nos objectifs de recherche c'est-à-dire celles qui sont le plus à même de dresser un portrait des pratiques de bienveillance en centre d'hébergement.

La figure 2, reprise de Blais et Martineau (2006) résume ces quatre étapes.

**Figure 2 : Le processus de codification menant à la réduction des données**



(Blais et Martineau, 2006, p. 9)

## 5.6. Les considérations éthiques

Comme cette étude s’inscrit au sein d’une recherche plus large financée par l’action concertée-FRQSC, intitulée *Démarche de mise en valeur des pratiques de bienveillance « ordinaire » en milieu d’hébergement au Québec : un travail de mobilisation de tous les acteurs concernés*, la chercheuse principale, Mme Sophie Éthier (qui est également directrice de ce projet de mémoire) a reçu une approbation éthique du comité éthique de la recherche sectorielle en santé des populations et première ligne du CIUSSS de la Capitale-Nationale le 29 mars 2019 (Annexe VI). Dans le cadre de ce mémoire, les schémas d’entrevues individuelles avaient donc été approuvés, ainsi que les procédures de recrutement des participants. Dès lors, il ne restait qu’à faire une demande d’exemption au comité éthique de la recherche de l’Université Laval.

## 5.7. Les limites méthodologiques de l’étude

L’utilisation de l’entretien semi-directif comme mode de collecte de données possède quelques désavantages. D’une part, le rôle joué par le chercheur est indissociable à la production de données, puisque ce dernier représente une ressource essentielle dans le « processus de connaissance » (Soulnière, 2007, p.36). En effet, selon ses références épistémologiques, théoriques et méthodologiques, sa compréhension et le sens qu’il

accorde aux données, il est amené à se situer sur des positions éthiques et politiques (Blais et Martineau, 2006; 1997; Dorais 1993). Notre étude ne se soustrait pas à cette subjectivité; elle est teintée par une décennie de pratique comme préposée aux bénéficiaires et adopte une vision critique de cette réalité. D'autre part, en empruntant une logique anti-oppressive, le chercheur en travail social doit être attentif à ses croyances, à ses valeurs et à la manière dont celles-ci affectent sa lecture de la réalité (Pullen Sansfaçon, 2013). En reconnaissant que le chercheur n'est ni objectif ni neutre, nous avons porté une attention particulière aux différentes dimensions subjectives pouvant influencer notre processus de recherche. Par conséquent, la subjectivité est devenue un atout qui a contribué à traduire « au-delà du sens » exprimé par les participantes (Kohn et Christiaens, 2014).

L'échantillon est constitué de dix préposés aux bénéficiaires travaillant au sein d'une RI-RPA ou d'un CHSLD public. Un biais de sélection est présent puisque les participantes diffèrent de la population de référence. D'abord, aucun homme n'a participé à l'étude, ils y sont donc sous-représentés. Ensuite, la proportion de personnes immigrantes interviewées est équivalente aux 20 % qui pratiquent ce métier (Aubry, 2017). Cependant, l'un des principaux facteurs de refus de soins est souvent l'origine ethnique, notamment la couleur de la peau, du préposé<sup>28</sup> (Allaire, 2017). Dans notre étude, toutes les préposées étaient blanches. Pourtant dans certains milieux d'hébergement québécois, plusieurs préposés sont issues de communautés culturelles notamment d'Afrique, d'Asie, d'Europe de l'Est et d'Haïti (Mutuelle de formation des résidences privées pour aînées du Québec, 2011). Comme les « différences ethniques » affectent la relation de soin, il aurait été pertinent d'inclure cette caractéristique à notre analyse. D'autant plus que la division du *care* comporte une dimension raciale (Tronto, 2009) qui concerne souvent des travailleurs immigrants moins qualifiés et moins bien payés (Brugère, 2008).

En bref, avec un nombre de participants et des milieux aussi restreints, la saturation empirique pourrait ne pas avoir été atteinte (Côté, et Turgeon, 2002; Mayer et al., 2000). Ceci dit, dans une recherche qualitative de type inductive, les données sont comparées et analysées au fur et à mesure que la recherche avance et les chercheurs priorisent davantage

---

<sup>28</sup> En revanche, l'ethnicité semble être un avantage quand la religion ou la langue est la même pour le soigné et le soignant (Allaire, 2017)

une étude approfondie que le nombre de cas étudié (Mayers et al., 2000). Ainsi, en dépit du petit échantillon, nous croyons que le point de saturation théorique fût atteint, car la majorité des concepts et des catégories à l'étude ont été saturés. Les résultats ne pourront pas être généralisés. Toutefois dans une recherche qualitative « le but de l'échantillonnage est de produire le maximum d'informations : qu'il soit petit ou grand importe peu pourvu qu'il produise de nouveaux faits. » (Deslauriers, 1991, p. 58). À cet égard, la capacité de mise en valeur des pratiques bienveillantes n'est pas remise en question, puisque toutes les participantes ont fourni des informations pertinentes qui ont permis d'approfondir les connaissances sur le sujet (Kohn et Christiaens, 2014).

Enfin, comme les préposés étaient invités à discuter de pratiques bienveillantes, il est probable que ceux et celles qui commettent des actes malveillants aient préféré s'abstenir de commenter ces situations. D'ailleurs, le biais de désirabilité sociale peut susciter un certain questionnement concernant les propos tenus par les participantes. Nous ne pouvons pas exclure la possibilité que certaines d'entre elles aient orienté la discussion en fonction des aspects que le chercheur souhaitait entendre ou sachant que leurs supérieurs étaient informés qu'elles devaient se prononcer sur l'organisation du travail.



## CHAPITRE 6 - La présentation des résultats

Ce chapitre présente l'analyse de 10 entrevues qualitatives menées auprès de préposées aux bénéficiaires travaillant en milieu d'hébergement québécois soit un CHSLD public et une RI-RPA. Débutant par des précisions sociodémographiques sur les préposées interrogées, il expose leurs définitions de la bientraitance. Il fait ensuite ressortir la bientraitance comme une forme de relation interpersonnelle et énonce les savoir-être et les savoir-faire impliqués au sein de ce processus. Les deux derniers points présentent donc le message dominant des préposées, c'est-à-dire celui qui tend à individualiser la bientraitance. Pour sa part, en considérant les enjeux organisationnels et sociopolitiques<sup>29</sup>, le dernier point tente de replacer cette vision au sein de son contexte culturel.

### 6.1. Le profil sociodémographique

L'échantillon<sup>30</sup> est composé de 10 femmes âgées de 25 à 63 ans, l'âge moyen des participantes est d'un peu plus de 43 ans. La nationalité de huit d'entre elles est canadienne, alors que deux sont originaires d'Europe. Leur expérience de travail comme préposée aux bénéficiaires varie de 2,5 ans à 23 ans, soit une moyenne de 11,75 ans. Concernant les milieux d'hébergement, quatre occupent un emploi dans une résidence privée pour aînées (RI-RPA) située en Mauricie. Les six autres sont employées d'un Centre d'hébergement et de soins de longue durée public dans une région rurale de la Capitale-Nationale. Les participantes ont entre 0,33 et 16 années d'ancienneté au sein de ces milieux. Présentes de 3 à 5 jours par semaine, parfois plus en heures supplémentaires, elles travaillent autant de soirs que de jours et certaines alternent entre ces deux quarts de travail.

Le tableau 3 résume les principales données sociodémographiques rapportées par les participantes.

**Tableau 3: Les caractéristiques sociodémographiques des participantes**

Caractéristiques personnelles	Caractéristiques liées au milieu de travail
-------------------------------	---

<sup>29</sup> La dimension politique sous-jacente à ces réflexions sera abordée plus amplement lors de la discussion présentée au chapitre 7.

<sup>30</sup> L'échantillon étant composé exclusivement de femme, nous utiliserons le féminin pour la suite de ce document.

Participant <sup>31</sup>	Âge	Années d'expérience comme PAB	Nombre de jours travaillés /quinzaine	Quart de travail	Ratio de préposées / nombre de résidents	Années d'ancienneté
1	58	18	9	Jour Soir	6/41 2/41	15
2	63	15	8	Jour	3/41	2
3	41	4	7-8	Soir	2/20	4
4	25	2.5	8-10	Soir	2/20	0.33
5	41	16	10	Jour	8/35	16
6	35	16	10	Jour	6/35	16
7	49	4	10	Soir	2/33	3.5
8	40	23	10	Jour	6/33	3
9	30	12	10 + 2 <sup>32</sup>	Soir	3/33	10
10	57	7	6	Jour Soir	3/30 2/30	1

## 6.2. La notion de bientraitance en milieu d'hébergement

Le premier objectif de cette étude est de *définir la notion de bientraitance en milieu d'hébergement selon les préposés aux bénéficiaires*. Lors des entrevues individuelles, aucune définition n'a été proposée aux préposées afin que les résultats illustrent le sens qu'elles donnent à ce concept. La bientraitance apparaît ainsi selon trois dimensions : elles l'associent à une pratique fondée sur les préceptes du prendre soin et de l'adaptabilité; elles la présentent comme une norme sociale à privilégier, et enfin, comme une approche préventive qui permet de se distancier de la maltraitance.

### 6.2.1. La description d'une pratique fondée sur le prendre soin et l'adaptabilité

Les préposées ne définissent pas la notion de bientraitance dans une perspective théorique, elles la décrivent plutôt par l'intermédiaire de gestes quotidiens. Leur définition est d'abord descriptive, puisqu'elles la présentent comme une pratique concrète qui se manifeste au contact des résidents. En effet, lorsqu'elles sont amenées à la définir, elles illustrent

<sup>31</sup> Pour rendre compte de la proximité que les préposées partagent avec les résidents, des prénoms fictifs leur ont été attribués. Ces prénoms ne figurent pas dans les données sociodémographiques afin de préserver l'anonymat des participantes.

<sup>32</sup> Journée moyenne par quinzaine travaillée en heures supplémentaires.

comment celle-ci coordonne leurs activités du prendre soin. La bientraitance semble donc être un concept omniprésent et peu employé par les préposées, car elles l'associent spontanément au prendre soin. Le prendre soin évoque la capacité de percevoir un besoin, la responsabilisation et la prise en charge. En spécifiant qu'il est leur principale raison d'être et que ses fonctions sont d'assurer le bien-être et le confort des résidents, les préposées associent directement leur travail à un « métier bientraitant ». Leur quotidien s'organise « autour de » et « avec » le souci de la bientraitance :

À toutes les minutes, j'en fais une bientraitance parce que je leur fais en fin de compte, ce qu'ils ne sont pas capables, mais je ne serais pas là, ils ne pourraient pas faire ce qu'ils veulent. C'est pour ça je me dis : le métier de préposé c'est un métier bientraitant (Catherine).

La minute que je rentre sur le plancher, je vais toujours faire du mieux que je peux pour qu'ils soient bien, c'est ça la job. C'est important que nos clients soient bien, c'est ça de la bientraitance, il faut qu'ils soient bien. On n'est pas là pour les bourrasser ce n'est pas des machines. Comme je dis, on ne travaille pas avec des machines, c'est des êtres humains (Amélie).

Elles décrivent aussi la bientraitance comme une démarche permanente n'étant jamais entièrement acquise. Elles expliquent qu'à tout moment, elles sont amenées à adapter leurs pratiques aux capacités, au rythme, aux habitudes et à l'humeur des résidents. Pour être bientraitantes, il ne leur suffit pas de répondre à une demande, encore faut-il que cette réponse soit juste et pertinente. En d'autres termes, elles reconnaissent que l'action qui suit une prise en charge doit être fondée sur l'intérêt et le bien-être du destinataire : idéalement, ce dernier devrait y être favorable ou du moins y consentir. L'adaptabilité exprime cette préoccupation constante qu'ont les préposées quant aux résultats éventuels de leurs actions. Elle fait référence aux stratégies, aux moyens et aux compétences nécessaires pour parvenir à personnaliser et à ajuster leurs soins. Elle rappelle l'importance de porter une attention à la rétroaction des résidents, à savoir si la perception du besoin et la réponse apportée correspondent bel et bien à leurs attentes initiales. Une préposée qui agirait en croyant être bientraitante alors qu'elle aurait mal interprété une demande pourrait poser des gestes inopportuns. Cependant, si elle modifie ses interventions suite à la rétroaction d'un résident, sa pratique devient alors plus individualisée et plus respectueuse de chacun.

Parce que tu pourras à peu près établir n'importe quelle organisation, elle tombe à l'eau si tu n'as pas la personne avec toi et que tu n'as pas le regard juste. Et

non seulement ça [mais] tu poses des gestes qui n'auraient pas à être posés la plupart du temps, alors beaucoup moins de brusqueries. Je travaille beaucoup dans ce sens, je laisse essentiellement la plus grande autonomie possible à la personne (Élizabeth).

La bientraitance est comprise comme une pratique qui combine simultanément le prendre soin et la capacité d'adaptation. En conséquence, avant d'intervenir, les préposées évaluent la singularité des résidents et le contexte dans lequel s'inscrivent leurs demandes. Elles déterminent ensuite quelles sont les solutions envisageables et comment elles s'y prendront pour les mettre en place. En fonction des aptitudes, des compétences et des habilités dont elles disposent, deux savoirs se conjuguent : le savoir-être et le savoir-faire. Comme le souligne cette préposée, ces deux savoirs coexistent dans une démarche de bientraitance :

Et c'est de A à Z [...] Il faut avoir du savoir-faire, mais il faut avoir du savoir-être aussi, c'est les deux qui jouent par rapport à la personne. La personne [...] dans une journée, elle peut changer quatre fois, cinq fois de mentalité, d'attitudes, de comportements, donc il faut savoir s'adapter. Donc, la bientraitance c'est de ne pas ignorer le patient ou le résident, c'est de ne pas ignorer ses besoins et puis c'est de s'adapter à ses besoins, à ses demandes. C'est à nous de faire l'effort, lui il est ici, mais on rentre comme chez lui, donc il faut s'adapter à lui (Lise).

Au niveau du savoir-être, les préposées modulent leurs attitudes et leurs comportements à ceux des résidents. Conscientes de leur responsabilité humaniste et de ses enjeux, elles associent la bientraitance à certaines compétences sociales comme le sourire, la bonne humeur, la bienveillance, l'écoute, la douceur, la présence, l'ouverture d'esprit, la compassion, l'empathie, la patience et le respect. Le savoir-être détermine donc leur manière de réagir et d'entrer en relation avec les résidents.

Ça va être de recevoir la personne donc d'être souriant, d'être présent à la personne et non dans la pratique de tes tâches seulement. Tu es avant tout là pour la personne qui est devant toi et par la bienveillance, par le sourire, c'est ce que tu lui offres. Alors c'est à partir du moment que tu mets tes pieds sur un plancher de travail, tu as cette attitude qui est ta carte de visite, ta façon d'être avec les gens (Élizabeth).

À ce savoir-être, s'ajoute le savoir-faire, lequel s'actualise par leurs compétences professionnelles. Ces compétences prennent différentes formes notamment l'analyse et la résolution de problème, le partage d'informations, l'acquisition de connaissances et

l'utilisation de techniques ou d'approches particulières.

Tout le travail qu'il [l'employé] doit faire, s'il le fait en gros c'est la bienveillance, mais s'il apporte aussi des questions parce qu'il ne comprend pas quelque chose ou qu'il amène des informations sur une telle ou une telle résidente, qui est un peu plus confuse aujourd'hui, ou qui avait plus de rougeurs dans son visage. Parce qu'il est à l'écoute, a regardé, ou la personne a dit : « J'ai mal à la tête », il prend des notes. Il fait toujours des suivis, dans le fond, il s'attarde au travail bien fait et à faire le suivi sur chaque résident. Pour que chaque personne aille ce qu'il faut ou pas juste ce qu'il faut, aussi pour être capable d'apporter de meilleurs soins que juste basique (Audrey).

Les propos de cette participante rappellent l'importance d'un travail bien fait, soit de savoir user adroitement de ses savoir-faire et de viser une certaine excellence dans son travail.

### **6.2.2. Une norme sociale partagée**

Le discours des participantes permet de rendre compte tant du caractère individuel que du caractère collectif de la bienveillance. Abordée sous un angle normatif, la bienveillance est considérée comme une norme sociale partagée, consentie et idéalisée. Mise en valeur comme un idéal professionnel, elle justifie à la fois l'intention, la visée et la finalité de leurs actions. En effet, les participantes considèrent qu'il est souhaitable, voire usuel, que la bienveillance se manifeste chez elles et chez leurs collègues :

Ça devrait venir naturellement pour toutes les préposées, de bien s'occuper des résidents, de leur donner de l'attention [...] quand on les aime et qu'on a de l'empathie et qu'on prend du temps pour eux autres, c'est ça, c'est ça le petit plus de la bienveillance, mais qui devrait être normal, que tu ne devrais pas être obligé de te poser la question ou de dire à quelqu'un : « Et bien là ! Fais attention à ci ou à ça ! », ça devrait être là, naturellement (Marie-Eve).

La normalisation de la bienveillance repose sur des aptitudes professionnelles reconnues. Des dispositions telles que : l'équilibre émotif, la disponibilité, la capacité d'écoute, le professionnalisme, le dévouement, l'altruisme, la gentillesse, la tolérance et le sens des responsabilités correspondent aux qualités nécessaires pour bien accomplir ce métier. Les participantes conjuguent naturellement leurs qualités professionnelles à la bienveillance :

Bienveillance, premièrement c'est de travailler avec les gens, tu dois être respectueux, tu dois être professionnel... tu dois être gentil [...] Mais la bienveillance c'est écoute, il faut que tu sois aimable, j'imagine que ça te prend

les qualités pour pouvoir faire ce métier-là [...] Avoir de la compassion, avoir de l'humilité, être doux, être patient, etc. (Valérie).

Comme les participantes épousent intuitivement la bientraitance, lorsqu'elles constatent qu'elle est absente ou insuffisante, les services proposés leur semblent inappropriés. Et pour cause, dans un « métier bientraitant », le non-respect de cette norme de bientraitance est fortement désapprouvé. Il conduit à des remises en question, aux jugements, à la critique des pairs et parfois même au rejet professionnel.

C'est un métier qu'il faut faire attention, parce que ce n'est pas les années que tu as qui font que tu es très bonne préposée. [...] J'en avais deux qui étaient là-bas depuis une dizaine d'années et qui faisaient un travail comme routinier. Ils arrivaient *punchaient*, partaient, distribuaient les trucs, mais pas de petites finitions, pas la petite chose qu'il faut chercher [...] Je me disais : « mon Dieu, ça fait dix ans que tu es là toi ! Mais dis donc, ce n'est pas une gloire et je ne te laisserais pas ma mère entre les mains », mais je ne le disais pas. Mais tu as des personnes qui sont faites pour ça et tu as des personnes qui sont faites pour d'autres choses (Lise).

Même si les participantes fondent leur définition sur l'a priori qu'une « bonne préposée » devrait être bientraitante, cela ne signifie pas que toutes les préposées soient bientraitantes ou du moins, qu'elles le soient à tout moment. La plupart reconnaissent que malgré leurs intentions bienveillantes, il est parfois impossible d'atteindre cet idéal. Elles soulignent d'ailleurs les possibilités qu'une préposée puisse offrir un soin sans bientraitance.

Mais des fois, c'est juste des réflexes qu'on n'a pas ou ce qui peut nous arriver aussi, et ça, je l'ai fait et je le referai sûrement : des fois, on va faire une chose à deux et on va discuter entre nous de petites soirées agréables, tu sais un truc vachement bien [...] et l'autre, il est là et toi tu le roules et puis tu le roules et tu lui mets sa culotte [...] On ne s'en rend pas toujours compte. Il n'y a personne de parfait et on ne réfléchit pas toujours à ce qu'il faut faire et ne pas faire. (Lise).

Ce qu'elles distinguent alors est la dispensation du soin et la pratique bientraitante. À cet égard, le savoir-être relationnel constitue la principale raison évoquée pour justifier cette différence.

Je pense que c'est l'humanité qu'il y a autour. [...] la bientraitance, c'est toujours dans : de faire participer la personne aussi dans ce qu'elle aime, dans ce qu'elle est [...]. Un soin tout court, c'est juste froid. Pour moi, c'est différent. C'est juste faire le soin sans rentrer en contact avec la personne, sans

contact visuel, sans contact, sans toucher à la personne. On en voit certaines personnes n'ont pas le côté humain (Véronique).

Plus précisément, un soin empreint d'humanisme est plus susceptible d'être bientraitant qu'un soin qui se concentrerait exclusivement sur une tâche technique, même si le geste technique est bien maîtrisé.

### 6.2.3. Une approche préventive qui permet de se distancier de la maltraitance

Somme toute, les manières de nommer et de décrire la bientraitance, qu'elles qualifient parfois de bienveillance, ne varient que légèrement d'une participante à l'autre. Certaines affirment cependant que la bientraitance est « l'inverse » ou « le contraire » de la maltraitance, alors que pour d'autres, « l'une ne va pas sans l'autre ». Cette participante illustre comment la bientraitance peut servir à se distancier de la maltraitance.

Je dirais que la bientraitance en fait, c'est l'inverse de la négligence, de la maltraitance. Si tu le négliges, bien tu vas rentrer chez lui : tu ne frapperas pas, tu ne diras pas bonjour, tu ne diras pas pourquoi tu viens, qu'est-ce que tu viens faire. Tu vas le faire comme anonymement, comme un numéro, comme quelqu'un qui n'est pas un individu. Tu en passes, tu donnes ta douche, on l'habille, salut ! Non, ce n'est pas ça. La bienveillance c'est le respect, c'est l'aide, c'est le côtoyer avec humanité, avec individualisme personnel. Il faut s'adapter c'est vraiment ça le *best*, c'est de vouloir aider et puis de respecter ses forces, ses capacités et ses faiblesses (Lise).

Malgré un désir partagé de protéger les résidents, la maltraitance semble être un concept nuancé et perçu différemment d'une préposée à l'autre. Deux préposées soulignent d'ailleurs l'importance d'arriver à bien la reconnaître pour parvenir à l'éviter. Elizabeth verbalise qu'elle « temporise » avec elle-même, car une maltraitance qu'elle perçoit « pourrait passer inaperçue pour quelqu'un d'autre ». À titre d'exemple, toutes décrivent des maltraitements organisationnels freinant la bientraitance, mais Elizabeth est la seule qui les nomme directement :

L'aspect automatisé des gestes ça peut devenir très très lourd : le travail en institution enlève facilement cet aspect et tu peux honnêtement espérer qu'il y ait des machines qui s'occupent de ramasser, oui. [...] C'est là où la maltraitance peut devenir tout à fait normale ! [...] Parce qu'il y a d'autres types plus subtils et là, ce n'est même pas en regard de la personne. Ce serait

plus en regard du système parce que je crois que c'est des systèmes qui amènent une vision aussi maltraitante (Élizabeth).

Dans le même sens, Audrey aborde la question de l'ignorance et du caractère non intentionnel de la maltraitance. Elle souligne l'effet opportun qu'exerce la conscientisation sur la diminution des maltraitances.

Pour la bientraitance, il faut être conscient de ce que c'est la maltraitance parce que l'ignorance des fois, elle fait faire des choses que pour moi ça n'a pas d'allure, mais pour l'autre, qui ne le sait pas... Je pense que quand on est conscient de ça, on est capable d'y mettre un terme et d'amener des solutions (Audrey).

Il serait donc possible de supposer que pour qu'un acte soit considéré comme maltraitant pour une préposée, il doit être clair et visible (voir section 3.1.3). Ceci dit, bien que les préposées les décrivent comme des obstacles à la bientraitance, pour la plupart, elles n'associent pas la négligence et la maltraitance organisationnelle à des formes importantes de maltraitance dans leur milieu.

Le tableau suivant résume les différentes composantes de la bientraitance. Les éléments présentés sont dynamiques et s'influencent mutuellement. Ils expriment la notion de bientraitance telle qu'elle est définie par les préposées.

**Tableau 4 : Tableau synthèse de la notion de bientraitance telle qu'elle est perçue par les préposées.**

Définitions	Descriptions	Caractéristiques	Aspects impliqués
<b>Descriptive</b>	Pratiques concrètes, démarche continue et permanente	À tout moment Au contact des résidents Prendre soin et adaptabilité	Dimension relationnelle Savoir-être et savoir-faire Attitudes individuelles
<b>Normative</b>	Norme sociale et idéal professionnel	Intention, visée, finalité Humanisme	Pressions collectives Dimensions culturelles
<b>Préventive</b>	Mesure de distanciation avec la maltraitance	Ignorance et conscientisation	Responsabilités individuelles Responsabilités organisationnelles

Ainsi, la bientraitance est décrite comme une forme de relation qui s'inscrit au sein d'une pratique descriptive, normative et préventive. Elle implique des savoir-être (attitudes



individuelles) et des savoir-faire (connaissances et compétences) qui seront maintenant abordés.

### **6.3. La bientraitance dans la relation interpersonnelle**

Le second et le quatrième objectif de cette étude sont d'*identifier les savoir-être et les savoir-faire qui favorisent la bientraitance en centre d'hébergement et de saisir les enjeux relationnels présents dans une pratique de bientraitance*. Ces deux objectifs sont combinés dans une seule et même section, car le discours des préposées a permis de mettre en évidence le lien indissociable entre ces savoirs et l'aspect relationnel de la bientraitance. De toute évidence, la pratique bientraitante se définit par l'adoption de comportements (savoir-être ou savoir-faire) spécifiques et implique inévitablement des enjeux relationnels. Ainsi plutôt que de chercher à différencier ces objectifs, il nous semblait plus opportun de les regrouper et de discerner ce qui influence la bientraitance au sein d'une relation interpersonnelle.

Les savoir-être sont liés aux qualités personnelles et comportementales des préposées. D'une part, ils reflètent les compétences sociales et relationnelles qu'elles possèdent. Ils désignent notamment la dimension « innée » de leurs attitudes et de leurs comportements. D'autre part, les savoir-être peuvent être associés à des compétences acquises; ils sont donc susceptibles de refléter des savoir-faire professionnels. D'ailleurs, la maîtrise des savoir-faire professionnels renvoie à l'application de connaissances, d'habilités et de techniques apprises. Comme la bientraitance se perçoit par des gestes concrets et des comportements, elle se situe à mi-chemin entre les savoir-être et les savoir-faire des préposées aux bénéficiaires.

#### **6.3.1. Les attitudes de bientraitance associées au savoir-être**

Cette section détaille les attitudes sous-jacentes à la bientraitance. Les attitudes se situent davantage au niveau cognitif et sont de l'ordre des dispositions psychiques. Si elles ne sont pas directement observables, ce sont elles qui conduisent les préposées à agir de manière bientraitante. Elles regroupent des valeurs, des émotions, des croyances et des composantes affectives telles que la bienveillance, la compassion, l'empathie, la régulation des émotions,

la responsabilisation, le lien de confiance, l'engagement professionnel, le besoin de reconnaissance et l'investissement affectif.

### *La bienveillance, la compassion et l'empathie*

La bienveillance, la compassion et l'empathie sont toutes des valeurs présentes chez les préposées. De fait, toutes adoptent des comportements altruistes qui les poussent à écouter les résidents et à se rendre disponibles pour eux. Elles sont dévouées et l'intérêt qu'elles leur portent est authentique. En faisant preuve de bienveillance, les préposées affichent une attitude plus favorable à leur égard. À titre d'exemple, Élisabeth fait allusion à « la conscience d'avoir un être humain devant soi » pour évoquer la nécessité de rester patiente, sereine et attentive envers les plus exigeants.

Tu vois quand quelqu'un est présent, il est conscient, donc quand tu es conscient évidemment, tu tiens compte de la personne qui est devant toi. Un employé qui n'est pas présent, tu le vois tout de suite. Habituellement, c'est des visages fermés, c'est des gens que tu sens la fatigue énormément. Et c'est un métier que tu ne peux pas cacher ça parce que c'est évident. Or tu le perçois tout de suite. [...] c'est sûr que c'est exigeant parce qu'on travaille aussi avec des pertes importantes, c'est des gens qui ont des pertes cognitives, alors tu sais répéter, répéter, répéter, répéter, répéter, répéter... Beaucoup, beaucoup de patience alors si tu n'as pas ça, si tu n'es pas présent, tu ne peux pas avoir cette patience. Je ne peux pas avoir cette écoute : il y a l'énervement qui sort tout de suite. [...] il va avoir de l'énervement sur le fait que : « Ben ! Je te l'ai déjà dit ! » qui fait que tu vois que la personne perd patience rapidement ou porte des jugements qui ne sont pas opportuns (Élisabeth).

À la bienveillance des préposées, s'ajoute la compassion qui témoigne de leur capacité à s'émouvoir de la souffrance des résidents. La compassion permet aux préposées d'accueillir, de recevoir et d'apaiser les douleurs. Dans cet extrait, Catherine souligne que la bienveillance passe par le fait de se laisser attendrir par la situation des résidents : d'« être toute là » sentimentalement et physiquement. De plus, elle avance que le soutien accordé par les préposées est parfois plus significatif que celui des familles.

Quand ils ont de la peine, on est là et quand ils vivent des émotions, je ne sais pas un décès de quelqu'un, on est là. Comme je disais on est comme leur famille : ils parlent bien plus à nous autres qu'ils peuvent parler à leur propre famille. [...] Être toute là, autant sentimentale, autant physique... C'est comme si je m'occupais de ma fille, je veux dire [...] C'est [que] des fois ils viennent nous chercher, ça fait quand même un bout, il y avait un client [...] il pleurait,

mon Dieu il est venu nous chercher aussi, pauvre petit. Le voir pleurer de même qu'est-ce que tu veux c'est sentimental aussi (Catherine).

Enfin, à la différence de la compassion, l'empathie est la capacité de se mettre à la place des résidents afin de mieux saisir leurs pensées et leurs émotions. Ce faisant, Audrey exprime qu'elle parvient à « écarter les mauvaises paroles » exprimées à son endroit, tout en maintenant la qualité de ses soins et en restant attentive aux indices qui pourraient se dissimuler derrière une frustration ou un excès de colère.

C'est quelque chose de vivre en communauté comme ça, ce n'est pas facile et il faut se mettre à leur place. [...] quand ils sont fâchés, il ne faut vraiment pas le prendre personnel, il y a quelque chose, c'est sûr qu'il y a quelque chose. Bon, ça peut être quelqu'un de très confus à ce moment-là, c'est plus ou moins de notre ressort, mais on reste professionnel, on écarte les mauvaises paroles et on continue à apporter un bon soin pareil. Mais, des fois, ça cache de la douleur, c'est important aussi, encore là, de rester à l'affût même si la personne : « Tu n'es pas bonne, tu ne sais pas travailler ! » (Audrey).

En bref, la bienveillance, la compassion et l'empathie sont des valeurs que les préposées préconisent. Elles leur permettent d'adopter des attitudes positives auprès des résidents.

### *La régulation émotionnelle*

La régulation des émotions est une attitude indispensable chez les préposées bientraitantes. En effet, en évaluant les différents contextes, les préposées tentent généralement de moduler leurs propres émotions et d'exprimer des affects plus positifs aux résidents. Plusieurs rappellent l'idée que par souci des résidents, elles doivent se présenter au travail « souriantes et de bonne humeur », en laissant derrière elles leurs problèmes personnels : « Ça fait partie de la bientraitance, on laisse notre problème à la porte quand on rentre » (Audrey).

Les clients, ils n'ont pas besoin d'endurer notre humeur, si ça ne va pas bien chez vous et bien reste chez vous au pire s'il y a moyen ou arrive ici avec le sourire et fais ta job. Tu repartiras à 3 heures en brillant si tu veux, mais on est ici pour les soigner. Je pense qu'ils en ont déjà beaucoup sur le dos nos clients : ils sont en douleur, ils ne voient pas leurs familles, ils sont enfermés ici, ce n'est pas chez eux (Véronique).

En outre, savoir maîtriser ses émotions permet aux préposées d'adopter et de maintenir une attitude respectueuse envers les résidents. Elizabeth précise qu'en milieu d'hébergement la

réalité est telle que les préposées doivent souvent « faire face à des comportements très difficiles ». Elle donne des exemples de situations « peu appréciées ou appréciables » et poursuit en rappelant qu'une préposée « doit être très bien avec [elle]-même » pour exercer ce métier : « il faut que tu sois sacrément bien dans tes chaussures pour palier à tout ça [et pour] ne pas perdre la raison pour laquelle tu es là ». De plus, au-delà de la gestion comportementale, la régulation des émotions contribue à préserver la dignité des résidents.

Parce que tu ne rends pas [le résident] bien, rien que le son que tu fais. [Quand tu as des haut-le-cœur] il ne faut pas que dans ta face on le voie. Même le son, il faut que ça arrête, ça aussi. [...] Moi, après tant d'années des fois, j'ai mal au cœur aussi. Le vomi, je ne suis pas capable et je le fais quand même. [...] je revomirais par en arrière tellement que ça m'écœure, mais regarde, je pense à autre chose. Je respire par la bouche et ça finit là. Et tu fais des *jokes* c'est tout. Tu changes l'atmosphère (Amélie).

Comme le souligne Amélie, en inhibant l'expression de leurs émotions négatives comme le dégoût, les préposées restent centrées sur le bien-être des résidents.

### **La responsabilisation**

La responsabilisation est présente chez les préposées qui sont conscientes de leurs obligations : elles évitent ainsi de sombrer dans l'indifférence, la négligence ou la violence. En reconnaissant les résidents comme des individus vulnérables et dépendants, toutes s'entendent sur leur responsabilité de les protéger. D'ailleurs, assurer leur sécurité leur semble d'autant plus préoccupant que certains n'arrivent plus à s'exprimer clairement et que d'autres, par crainte de représailles, gardent le silence sur les situations de maltraitance qu'ils subissent. L'extrait suivant résume ce qui pousse les préposées à se mobiliser pour défendre l'intérêt des résidents.

Les résidents, il y en a beaucoup qui ne sont même pas capables de parler. Il y en a beaucoup qui ne sont pas capables de dire ce qu'ils auraient à dire ou il y en a qui verbalisent bien, mais c'est des personnes âgées de 80 ans, ce n'est pas dans leur mentalité d'arriver et de dire : « telle personne m'a fait ci ou elle m'a fait ça. » Eux autres, ils veulent acheter la paix, ils ne veulent pas avoir de problème (Marie-Ève).

S'en prendre à un résident est perçu comme un comportement « aberrant », « inapproprié », « intolérable » et même « inexcusable ». En travaillant dans ces milieux, les préposées sont conscientes qu'elles seront exposées à des situations délicates et qu'elles devront intervenir

avec des personnes aux « comportements très difficiles ». Elles partagent toutes ces « réalités qui peuvent être très dures », mais précisent que celles-ci ne devraient jamais justifier une maltraitance. À leurs yeux, une préposée devrait savoir reconnaître ses limites et se retirer à temps. Elles sont unanimes : la maltraitance n'a pas sa place en milieu d'hébergement.

Tu connais tes conséquences, tu connais ton travail, tu connais tes limites [...] Il n'y a pas de provocation ici : ils sont tellement... vulnérables, vulnérables ! [...] Tu ne touches pas à une personne âgée ou tu ne maltraites pas [...] tu sais que tu vas être appelé à travailler avec ce genre de clientèle, tu sais que tu dois composer avec ça quand tu es engagée, tu le sais, il faut que tu composes avec ! Non ! Non ! Moi, il n'y a aucune excuse, aucune ! Zéro tolérance ! (Valérie).

Si elles perçoivent une maltraitance, les préposées se sentent interpellées et sont portées à réagir. Sur huit préposées ayant été témoins d'un acte de maltraitance, toutes décrivent des interventions qu'elles ont entreprises afin de corriger la situation. Malgré le fait que seulement cinq d'entre elles identifient ces actes comme des maltraitements, les démarches entreprises pour assurer la sécurité des résidents concordent avec ce qu'elles projetteraient de faire dans une telle situation. Dans un premier temps, neuf préposées sur dix interpelleraient la personne fautive afin de mettre un terme à la maltraitance. Elles iraient ensuite prendre soin du résident et inviteraient leur collègue, le cas échéant, à se retirer et à prendre une certaine distance :

Quand je sens que ça pourrait glisser... je vais amener la personne à se retirer, je vais lui offrir une pause, je vais faire : « Ah ! Je vais te remplacer, va ventiler un petit peu ». Parce qu'on peut tous avoir ces moments-là, vraiment, vraiment beaucoup parce que c'est des réalités qui peuvent être très dures. Si tu reçois une claqué, tu peux réagir et tu peux sortir des mots qui vont être très durs, mais ça peut être vu comme de la maltraitance, il faut faire attention (Élizabeth).

D'autres proposeraient ensuite de faire un échange de résidents :

Mettons qu'elle agit comme plus brusquement, je lui dirais : « Ça ne marche pas, tu n'entends pas ? Si ce client là aujourd'hui ne te fait pas, dis-moi-le, je vais m'en occuper. On va passer au suivant, je vais t'en donner un des miens » et je vais prendre un des siens et ça va faire (Catherine).

Quelques-unes tenteraient également de sensibiliser ou de « former » leurs collègues afin d'éviter qu'une telle situation ne se reproduise :

Des fois, c'est des petites choses ça peut être juste, justement, passer la débarbouillette trop sec. [...] Déjà, c'est de prendre ta collègue, de l'amener à l'extérieur de la chambre, de demander une minute à la madame, fermer la porte et être toute seule avec elle et de régler ça : « La madame elle a un bobo, si je te frotte sur le bobo, ça va faire quoi ? Bon, elle aussi, il faut que tu y ailles... » [...] peu importe c'est quoi la maltraitance, il faut que ce soit corrigé, des fois ce n'est pas volontaire (Audrey).

Sept préposées sur neuf iraient plus loin et exposeraient la situation à un de leurs supérieurs. Les membres de la direction et l'assistance-infirmière chef sont les deux principales ressources qu'elles préviendraient : « C'est sûr que je ne tolère pas ça et je vais aller ailleurs. Mon infirmière d'étage et s'il ne se passe rien, je vais aller voir ma boss » (Véronique). Il est important de souligner que lorsqu'elles optent pour le signalement auprès de leurs supérieurs, aucune ne fait la mention de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* qui oblige le signalement des situations de maltraitance dans les deux cas suivants : les usagers en CHSLD et les personnes inaptes sous régime de protection.

### **La confiance et la qualité du lien**

Les préposées développent des affinités avec les résidents. Même si la plupart mentionnent avoir des préférences et être « plus connectées » ou ne pas « aimer tout le monde », savoir établir une relation de qualité est essentiel pour elles. Elles s'efforcent donc de créer des liens, même avec ceux et celles qu'elles considèrent comme les « plus difficiles » :

Parce que oui, tout le monde est bien gentil, mais tout le monde n'a pas les mêmes affinités. [...] Donc automatiquement, on fait notre tri sans le montrer trop et on le développe [le côté relationnel]. Par contre, il faut essayer toujours de tricoter avec celui qui nous attire le moins, ça, c'est plus difficile parce que tu as des personnes, elles ne t'attirent pas [...] Celle avec laquelle on a le plus de mérite, c'est celle qui nous donne justement un peu de fil à retordre, automatiquement, il faut aller la chercher (Lise).

De plus, lorsqu'elles parviennent à développer des liens fondés sur la confiance, elles rapportent qu'elles ont un plus grand accès aux pensées des résidents. Le lien de confiance favoriserait la compréhension et contribuerait à une offre de services plus individualisée. En limitant les erreurs d'interprétation, le lien de confiance permettrait également d'augmenter l'efficacité des préposées.

Dans n'importe quelles circonstances, si tu établis un lien, alors tu peux

toujours aller chercher la personne. Tu peux toujours savoir qu'est-ce qui se passe, tu peux communiquer. Autant tu comprends le langage corporel de la personne, son langage évidemment ou son manque. L'interprétation ou l'échange est vraiment efficace (Elizabeth).

Ceci étant dit, les préposées admettent que certaines caractéristiques des résidents peuvent influencer la nature de la relation qu'elles entretiennent avec eux. Ainsi, il sera plus difficile de créer des liens et d'offrir une réponse adaptée à des individus en fin de vie, inconscients, quadraplégiques, avec atteintes cognitives ou incapables de s'exprimer clairement. Elles devront alors déployer plus d'énergie pour tenter de les comprendre et pour les satisfaire. Or, malgré leurs efforts, elles n'y parviendront pas toujours.

Mais bien des fois, ils ne peuvent pas nous le dire non plus. Il y a ça aussi, il y a le non verbal, c'est dur à détecter. [...] Une personne qui fait de l'aphasie qui dit des mots, tu ne comprends pas nécessairement qu'est-ce qu'elle veut. Elle dit tout plein d'affaires, mais ça n'a ni queue ni tête et ce n'est pas ça qu'elle veut : « Voulez-vous aller aux toilettes ? », – « Non ! ». « Avez-vous faim ? » – « Non ! » « Avez-vous soif ? », – « Oui ! », tu lui donnes un verre, – « Non ! Ce n'est pas ça que je veux ». OK ! Mais ça, ça me déçoit de ne pas pouvoir la satisfaire (Valérie).

Ces incapacités peuvent freiner l'établissement d'une relation de qualité. Au niveau psychique, la démence, la confusion et les troubles cognitifs sont généralement associés à des « personnalités plus corsées » : ces résidents sont quelquefois perçus comme « moins collaboratifs, moins agréables, plus exigeants, absents, désinhibés, possédés, sournois, agressifs, colériques ou blessants ». La compréhension mutuelle y est alors plus difficile et certains échanges, anodins en apparence, représenteraient de réels défis quotidiens. En parlant d'une résidente, Linda décrit l'influence des capacités physiques et mentales de cette dernière sur ses propres comportements. En plus d'évoquer des difficultés relationnelles, elle raconte n'être pas tentée de lui offrir des friandises comme du chocolat. Elle explique : « elle va en avoir partout dans la face ». Sans le nommer précisément, elle sous-entend qu'elle devra ensuite la nettoyer. Ainsi, en dépit du bien-être qu'il pourrait procurer à la résidente, ce geste ne sera pas réalisé parce qu'il créerait un surcroît de travail.

J'essaie, oui j'essaie [d'avoir de bonnes relations avec les résidents]. Il y en a une en particulier, elle ne comprend pas, tu lui parles et elle ne comprend pas. Je ne peux pas avoir vraiment de conversation avec elle, tu lui parles elle n'est même pas là, elle ne parle à personne. J'ai comme plus de difficulté avec elle,

mais c'est elle qui échappe tout. Je ne peux pas lui donner un chocolat, elle va en avoir partout dans la face (Linda).

En outre, les préposées semblent plus disposées à entretenir des relations avec des résidents avec qui elles partagent des échanges plus positifs. Savoir qu'un résident les apprécie favorise la création d'une relation de qualité : elles sont alors tentées de créer plus d'occasions pour interagir avec ces derniers. Le fait de maintenir et de participer à de tels échanges engendrerait plus d'opportunités de bienveillance :

Si ça leur fait du bien eux [les résidents], qu'on ait plus un petit lien avec eux. Il y a une madame, je sais qu'elle m'apprécie vraiment beaucoup, le plus que je peux, je vais la voir et elle est vraiment, vraiment contente de me voir. Je vais la voir quand je peux, je m'intéresse plus à elle. [...] elle, ça va la rendre joyeuse, elle va être mieux disposée durant sa journée ou ça peut aider les autres préposées aussi (Florence).

En contrepartie, avoir le sentiment que la relation n'est pas souhaitée limite la possibilité d'établir une relation de qualité. Le rejet d'un préposé restreint la quantité et la qualité de ses interactions avec un résident. Il peut s'agir d'un refus de soin en raison du ton de la voix de la préposée, de la couleur de sa peau ou de ses cheveux, de sa nationalité, de son genre, de son orientation sexuelle, de son manque d'expérience, de son statut d'étudiante, de son attitude ou de son choix d'approche. Ou encore à cause d'un événement survenu précédemment, mais, il est possible qu'il n'y ait pas de motif apparent. Quoi qu'il en soit, indépendamment des motivations exprimées par le résident, le rejet crée une distanciation relationnelle et diminue les possibilités de bienveillance :

Il y en a une qui ne m'aime vraiment pas, mais elle est cognitive et elle choisit spécifiquement les personnes qu'elle aime. [...] Je n'ai aucune idée de pourquoi, c'est juste comme ça. [...] je trouve ça plate, mais je respecte ça et j'y vais juste si je n'ai pas le choix. Sinon, je demande à d'autres collègues et on s'arrange. [...] Mettons, elle avait de la misère à se lever de sa chaise, j'ai été la voir je lui ai demandé : « Est-ce que vous voulez que je vous aide ? » et elle est comme : « Va-t'en ! Je ne veux pas te voir ! » – « OK ! C'est beau, je vais m'en aller... » (Florence).

Afin de respecter les préférences des résidents, les préposées doivent parfois limiter leurs interventions, prendre un certain recul et demander l'aide d'une collègue. Elles feront alors appel à une préposée qui entretient un lien plus significatif avec celui ou celle qui les repousse. La qualité de la relation et le lien de confiance viennent donc faciliter le soin et



les échanges.

Si les préposées savent que moi j'ai un lien spécial avec une telle madame, elles vont venir me voir pour me dire : « Marie-Ève, on a telle médication à donner... » ou « ça ne fonctionne pas, elle ne veut pas prendre son bain » ou « voudrais-tu aller y parler ? ». Ça facilite tellement les choses, la personne nous fait confiance, c'est le lien de confiance aussi beaucoup (Marie-Ève).

Le lien de confiance limite les interventions négatives et favorise le consentement. Cette préposée rapporte comment se déroule un échange non consenti où un résident agressif est forcé d'obtempérer au moyen de contentions physiques :

Des fois, on est quatre pour un client parce qu'il est en crise. Si on ne l'arrête pas, il va faire du mal à d'autres ou à nous. Ça, ça me rend plus triste un peu parce qu'on est quand même plus raide, il faut le tenir et il faut faire une intervention quand même plus stricte. C'est plate, mais on n'a pas le choix, c'est ça qui est triste [...] C'est difficile parce que je n'imagine pas comment on doit le traumatiser, se faire attacher... (Amélie).

Or, une relation de qualité peut parfois prévenir de telles situations. De toute évidence, miser sur le lien de confiance est une stratégie que les préposées emploient avec des résidents confus ou agressifs. En les plaçant au contact d'une préposée qu'ils apprécient, bien souvent, les résidents agités modifient leurs comportements.

Des fois, ils ont des troubles avec un monsieur, c'est sûr, ils vont me *caller* au CB. Je vais aller au monsieur [...] Il est tout heureux, il est tout content, il me voit arriver : « Bon c'est la mienne ! », il part. Peu importe ce qu'il a fait, il est en crise n'importe quoi, il faut lui donner une injection, il va partir avec moi. Il va se calmer, il va s'asseoir et je lui dis : « Tu sais Roger, il faut que je t'attache », – « oui, je sais », « Tu sais Roger on va te donner une injection, ça ne va pas bien », « Ben oui, je le sais ». [...] On rit ensemble, lui pour lui ça lui fait tout oublier. Il me voit, il trouve ça drôle. Il me voit rentrer sur le département, il se lève et il vient me trouver, il m'a pris d'attache [...] je sais que j'ai un bon lien ce qui fait que c'est aidant (Véronique).

Ainsi, la qualité de la relation favorise la collaboration et réduit les risques d'agressivité. Éventuellement, le lien de confiance peut aussi permettre d'éviter les interventions forcées et leurs impacts « traumatisants » sur le résident.

### *Le niveau d'engagement professionnel*

La principale raison qui guide les préposées vers cette profession est l'aspect humain notamment la relation d'aide : elles aiment rendre service, offrir leur attention, faire plaisir, créer des petits moments de bonheur et vivre des interactions positives avec les résidents.

Moi je sais bien que ce qui m'a apporté à faire le travail de préposée aux bénéficiaires [...] j'avais besoin de me sentir utile, de donner de l'amour, de donner de l'attention, j'avais besoin de m'occuper des gens. Et ça, ici, c'est sûr que je le retrouve à 100 % (Marie-Ève).

Leur choix de carrière semble donc orienté par des valeurs intrinsèques : elles nomment avoir ce métier « en elle », ou même l'avoir dans le « cœur ». Trois parlent d'une « vocation » alors qu'une autre fait référence à la « passion ». Si ce métier s'accorde avec leurs valeurs, elles reconnaissent toutefois que toutes ne possèdent pas ces dispositions personnelles. Sur le plan individuel, certaines seraient donc plus portées à « prendre bien soin » des résidents et à « tenter de les rendre heureux ».

De toute façon, le métier de préposée tu l'as dans le cœur, tu ne l'as pas pour le salaire. [...] Mais non, c'est sûr qu'on ne fait pas ça pour le salaire. Non, on fait ça parce qu'on est née de même, c'est une vocation, ça, c'est sûr, et je n'arrête pas de le dire. Il faut que ce soit dans toi ce métier-là, mais infirmière auxiliaire et infirmière aussi, mais ça prend toute une vocation. Ce n'est pas tout le monde qui est fait pour faire ça (Catherine).

Huit préposées expriment qu'elles aiment leur travail. Celles qui affectionnent leur métier sont identifiées comme étant plus dévouées envers les résidents. Ainsi, manifester un sentiment positif à l'égard de son emploi suggérait de meilleures dispositions à la bientraitance.

Tu ne peux pas aimer ça et ne pas vouloir la bientraitance des gens et être préposé, tu ne feras pas ça 30 ans, c'est sûr et garanti [...] Si tu fais ça juste pour le salaire, tu vas être malheureux en tabarouette. [Les préposés qui ne sont pas à leur place], ce ne sont pas des gens qui s'approchent beaucoup des clients, ils font plus de piétinage que d'aide au client. [...] Ils se sauvent remplir une petite lingerie. La cliente, tu vois qu'elle crie pour aller aux toilettes ou quelque chose, elle est agitée, mais tu vas faire autre chose. Il y en a qui se défilent (Véronique).

Inversement, le fait de ne pas aimer son travail, de s'y sentir malheureux, de ne « plus avoir le goût d'être là » ou d'être là « pour les mauvaises raisons », c'est-à-dire de s'intéresser

principalement aux avantages sociaux ou aux aspects financiers, pourrait nuire à la bienveillance.

### **Le besoin de reconnaissance**

Toutes les préposées confient que les relations qu'elles partagent avec les résidents sont gratifiantes et bénéfiques pour elles. Avoir la possibilité de vivre de tels échanges est l'aspect qu'elles apprécient le plus de leur métier. La reconnaissance est leur première source de motivation au travail. Elles précisent d'ailleurs que leurs véritables « payes » sont les signes de confiance et de contentement que les résidents manifestent en leur présence, notamment, les remerciements, les sourires, les rires et les moments de plaisir partagés :

À chaque fois que j'entends rire, que je vois sourire, que je vois qu'ils sont contents de me voir dans leurs attitudes, ça c'est une paye, ça c'est ce que j'apprécie le plus. [...] Ils en ont des choses, tu sais de la reconnaissance à nous donner quand on apporte le bon soin et qu'on les met confortables et qu'ils sont bien : « Hey là, hey ! Veux-tu du chocolat ? » – « Non merci, je suis au régime ». « Veux-tu une pomme », – « Non merci, je n'ai pas faim », ils sont extrêmement donnants aussi (Audrey).

Si la reconnaissance semble exercer une grande influence sur la bienveillance, le contact avec les résidents permet aux préposées de se sentir valorisées. Les marques d'affection reçues, pour ne nommer que celles-ci, sont des sources de satisfaction et de réconfort pour elles.

J'adore rentrer ici [...] rien que rentrer ici me fait du bien. Juste : « Ah, ma belle chérie », j'ai une cliente qui m'appelle « ma petite poulette », déjà là, ça me met le sourire dans la face et ça me fait du bien, on se sent valorisé par nos résidents, même si c'est de l'Alzheimer, c'est ça qui est le *fun* (Amélie).

Les compliments, les commentaires positifs et l'appréciation générale des résidents les encouragent à faire plus et à le faire mieux. La gratification agirait ici comme un moteur à la bienveillance. En cherchant la reconnaissance et la valorisation des résidents, les préposées accomplissent leur travail en étant plus vigilantes. Comme le bien-être des résidents procure un sentiment de satisfaction aux préposées, elles sont tentées d'intervenir pour améliorer leur niveau de confort : « Savoir qu'aujourd'hui que j'ai fait une bonne journée, que j'ai tout donné tout ce que j'ai pu et [que] tous mes clients sont satisfaits et bien, je suis satisfaite : je pars chez nous heureuse » (Catherine). Inversement, le fait de

constater qu'elles n'ont pas su répondre adéquatement à leurs besoins provoque un sentiment de travail bâclé, d'inachèvement, d'insatisfaction, d'inquiétude ou de déception.

On a le sentiment qu'il manque de quoi, on n'est pas bien, parce que la personne n'est pas bien. Parce que tu sais à l'inverse notre paye, c'est de dire : « Oui, je suis super ! Ça va bien dormir, merci beaucoup ! », mais là, il n'y a pas ça. Il y a un sentiment de manque et une inquiétude à savoir si la personne : est-ce que ça cache autre chose que je ne suis pas capable de voir ? (Audrey).

La reconnaissance est également associée à un plus haut niveau d'engagement et les préposées engagées seraient plus susceptibles de se remettre en question et de s'interroger sur leurs pratiques. Certaines tentent alors de « faire autrement pour essayer de calmer [les résidents et de] répondre au mieux à leurs attentes », d'autres s'investissent émotionnellement : elles éprouvent de la colère, de l'impuissance ou même de la tristesse. Dans l'ensemble, les sentiments qui découlent « de l'insatisfaction d'un résident » les amènent à se dépasser en cherchant à s'améliorer.

Ce jour-là, je n'étais vraiment pas contente de moi, ça m'a fâché contre moi [...] Je n'ai pas trop aimé mon service. Je n'ai pas aimé, d'ailleurs, la madame est venue déjeuner puis elle était en colère [...] Mais je me suis dit crime au bout de tant d'années, si je n'y arrive pas, il y a quelque chose à faire, à travailler sur moi. [...] J'ai dit : « Je me donne une deuxième chance, je vais aller la refaire, je vais refaire cette unité-là » et aujourd'hui ça va (Lise).

Cette attitude illustre la capacité et la nécessité de placer les résidents au centre de leurs préoccupations. En étant sensibles à la réception du soin et aux marques de reconnaissance, les préposées cherchent à s'adapter et à mieux satisfaire les résidents.

### ***L'investissement affectif***

En ce qui a trait à l'affectivité, trois préposées considèrent les résidents comme des amis et cinq les perçoivent comme des membres de leur famille. Décrire un résident comme un ami ou comme un membre de sa propre famille implique un niveau d'engagement affectif considérable qui faciliterait la tenue de la bienveillance.

J'ai été quatre mois en arrêt de travail et je vais vous dire que quand le médecin m'a dit : « Tu retournes au travail », c'était comme si je venais de gagner le million, j'étais contente. Ça me manquait beaucoup. [...] C'est comme mes amis, mon activité, mon loisir, ça fait partie [de ma vie], ce n'est pas juste ma job. [...]. C'est sûr que je laisse les problèmes de chez nous en dehors d'ici,

mais je ne suis pas capable de le mettre dehors de chez nous, c'est comme ça que je le vois (Audrey).

Je suis comme dans ma deuxième famille ici, moi, c'est ma deuxième famille. C'est pour ça que je chiale quand je n'ai pas assez d'heures. Bien justement, moi, je me mets des limites, parce que sinon, je serais tout le temps là. Je viens même au party quand je ne suis pas invitée. [...] C'est ma deuxième famille, je m'implique, je m'implique beaucoup dans tout pour eux. Ils vont me demander de faire une petite course, je vais le faire. Même si on n'a pas le droit, je vais leur rendre service (Lise).

En effet, la charge affective est un état permanent qui ne se limite pas aux frontières d'un établissement. Pour la majorité des préposées, les relations qu'elles entretiennent avec les résidents les suivent à l'extérieur de leur travail. À vrai dire, ces relations sont une partie intégrante de leur vie et influencent même leurs temps libres. Huit préposées soulignent d'ailleurs qu'en leur absence, elles ont des pensées pour les résidents : elles s'ennuient, parlent d'eux avec passion, s'informent de leurs situations, leur rendent visite ou amassent des objets dans l'espoir de leur faire plaisir.

Ils s'ennuient et moi aussi. Souvent, je suis chez nous et j'ai des flashes, je pense à, pour raisons x/y/z, « Ah ! C'est vrai monsieur Tanguay il aimerait ça » ou « qu'il doit être content, aujourd'hui, c'est sa fête », je pense à eux oui ! Oui et j'en jase souvent [...] Autant mes enfants, quand je commence, je me laisse emporter et des fois (rire) c'est long. Ils me disent : « OK ! Maman, on va changer de sujet ! », mais je suis toujours contente de parler d'eux autres (Marie-Ève).

Dans une relation investie, le niveau de réciprocité est important : chacun donne et chacun reçoit.

J'ai des journées de congé, des fois, je vais passer juste venir leur dire un petit bonjour en passant [...] « Ça as-tu bien été ? Tes enfants vont bien ? », ils s'informent, ils savent tout de ma vie. Moi, je suis un grand livre ouvert et ils s'informent beaucoup de mes affaires et ils comptent les journées à savoir quand est-ce que je vais revenir. [...] Là, là ils me voient revenir : « Mon Dieu, on se demandait si tu n'avais pas changé de travail ou si tu n'allais plus revenir ! On était inquiets ! Et qu'est-ce qui s'est passé ? » (Marie-Ève).

Dans une relation affective, le niveau de révélation de soi est élevé : tantôt, ce sera la préposée qui donnera de l'information personnelle, tantôt ce sera au tour du résident de partager son vécu, ses expériences, ses enseignements et son soutien. En bref, dans

l'intimité, les barrières tombent, chacun s'ouvre à l'autre et l'intérêt réciproque augmente. Le tableau 5 résume les attitudes personnelles sous-jacentes à la bientraitance.

**Tableau 5 : La synthèse des attitudes personnelles sous-jacentes à la bientraitance et associées au savoir-être**

Attitudes	Composantes
<b>La bienveillance, la compassion et l'empathie</b>	Conscience de l'autre – Présence humaine – Compréhension
<b>La régulation émotionnelle</b>	Bonne humeur – Dignité – Inhibition – Maitrise de soi
<b>La responsabilisation</b>	Obligation – Protection – Irrecevabilité de la maltraitance
<b>La qualité du lien</b>	Liens – Confiance – Collaboration – Consentement – Échanges
<b>L'engagement professionnel</b>	Valeurs – Choix de carrière – Relation d'aide – Amour du métier
<b>Le besoin de reconnaissance</b>	Valorisation – Engagement – Remise en question
<b>L'investissement affectif</b>	Famille et Amitié – Implication – Intimité – Réciprocité

### 6.3.2. Les savoir-faire professionnels

En plus des savoir-être, la bientraitance implique des savoir-faire. Les savoir-faire professionnels comprennent les savoirs techniques et les connaissances liés au processus du vieillissement. Pour les préposées, deux niveaux de connaissances sont directement considérés comme des conditions favorisant la bientraitance : les formations initiales et les formations complémentaires<sup>33</sup>. En outre, l'analyse des données a permis d'identifier trois compétences professionnelles liées à la bientraitance : l'esprit d'analyse; le sens de l'organisation et la transmission de l'information.

#### *Les formations générales*

Pour les préposées interrogées, posséder des connaissances de base tant sur les caractéristiques de la clientèle que sur les soins, les techniques et les services à prodiguer peut faciliter la bientraitance. Dans l'échantillon étudié, sept préposées possèdent une formation générale liée à leur titre d'emploi<sup>34</sup>. Or, bien que facilitante, la formation initiale n'apparaît pas comme un incontournable à la bientraitance. En fait, trois préposées travaillant en RI-RPA n'ont jamais reçu ce type de formation et sont malgré tout en mesure

---

<sup>34</sup> Diplôme d'études professionnelles en *Assistance à la personne en établissement et à domicile* (n=2), diplôme d'études professionnelles en *Assistance à la personne à domicile* (n=4) et attestation d'études collégiales en gérontologie (n=1).

d'adopter de nombreux comportements bienveillants. Ceci dit, lorsqu'elles sont enseignées, les connaissances initiales permettent de prévenir et de dédramatiser certaines situations. À titre d'exemple, Amélie explique que plusieurs troubles comportementaux sont souvent corrélés à des maladies spécifiques.

J'ai un collègue que je travaille avec de soir, il peut même se choquer après le client, il va lui dire : « Ferme-toi ! Ferme ta gueule ! » [Le client] va le traiter de tapette et de toutes sortes d'affaires et lui ça va le choquer. [...] « Reviens à toi et retire-toi, c'est tout ! » Je ne sais pas s'il comprend, mais je lui explique souvent [...] Que c'est sa maladie que ce n'est pas de sa faute et [que] si tu embarques dans ça, ça va être pire. [...] tu me le fais péter. C'est moi qui [suis] pognée avec le soir, parce que tu t'en vas. Parce que veux, veux pas, être bien formé ça aide pour travailler. Parce que quand tu es formé tout croche et que tu n'as pas d'approche, tu fais chier l'autre bord (Amélie).

À ses yeux, les préposés devraient être suffisamment formés pour interpréter correctement ces manifestations. Elle rapporte également qu'une intervention qui résulte d'une formation suffisante diminue les répercussions négatives, allège la charge de travail et facilite le travail d'équipe.

### **Les formations complémentaires**

Pour huit préposées, le milieu d'hébergement a permis de parfaire leurs connaissances en les faisant participer à des formations complémentaires. Quatre préposées sur dix ont ainsi pu mettre à jour leur *RCR* et leur *PDSB*. En résidence privée, une préposée a suivi une formation portant sur la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90)*. Certaines ont participé à la formation *FORMAREZ*, néanmoins elles n'expliquent pas comment ces connaissances peuvent être utilisées dans leur quotidien. Cela dit, une d'entre elles regrette que la formation ait été abandonnée par les structures gouvernementales qui l'avaient mis en place : « ils font des plans d'action d'une sorte ou d'une autre, comme exemple *FORMAREZ* et il n'y a pas de suivi, il n'y a pas d'aboutissement » (Lise). En CHSLD, d'autres ont assisté à la fois à la formation *OMÉGA* et à l'*AMV*<sup>35</sup>, mais elles ne précisent pas quel est le contenu de ces formations et quelles sont leurs répercussions sur la bienveillance.

---

<sup>35</sup> Elles ne nomment toutefois pas s'il s'agit ou non de la formation *Agir*.

Pour décrire le lien qui existe entre les enjeux relationnels et la bientraitance en CHSLD, cinq préposées sur six évoquent *l'Approche relationnelle de soin*. Elles soulignent que cette approche est bénéfique et permet de développer ou d'entériner de nombreuses habiletés relationnelles (autonomisation, posture et soin relationnel, stratégies de communication). D'ailleurs, lorsqu'elles parviennent à intégrer *l'Approche relationnelle* au temps dont elles disposent, ces enseignements favorisent l'adoption de comportements bientraitants.

Parce que tu sais quand on arrive, on a toutes la bientraitance finalement, on a toutes l'Approche relationnelle. On a toutes le cours frais dans la tête et on a du temps. On pense qu'on a le temps de tout faire ça, mais il faut réaliser un moment donné que faut le faire, mais vite et bien (Véronique).

Pour Véronique *l'Approche relationnelle* est « merveilleuse » et devrait être enseignée dans tous les établissements : « parce que c'est important, c'est la base de tout. Si tu n'as pas l'approche, tu n'as pas les clients. Surtout [...] avec les troubles cognitifs, oublie ça ! » Une préposée ajoute aussi que la formation *Agir* est un outil d'apprentissage particulièrement adapté pour ce type de clientèle. Elle précise : « ça nous montre à embarquer, que les impacts sont pas mal moindres, que si tu dis [à une résidente qui croit faussement être allée magasiner avec sa mère] : “Ben non, hier vous étiez ici !” ». Les techniques enseignées, qui recommandent de poursuivre la discussion sans confrontation, ne créent ni frustrations ni agressivité chez la résidente. L'échange demeure positif et les « soins de force » sont évités. Les formations complémentaires sont donc perçues positivement par l'ensemble des préposées qui y voient une occasion de se rafraîchir la mémoire et de parfaire leurs connaissances. Il importe aussi de souligner que les savoir-faire acquis lors de formations sont généralement renforcés par la pratique et l'expérience.

C'est sûr que le savoir-faire, il s'acquiert avec les expériences. On va te donner le cours et on va te dire « tu fais ci, tu fais ça » et c'est toujours dans un beau milieu. [...] Le savoir-faire tu l'as, donc avec les années d'expérience, tu vas apprendre à mieux gérer ça. Tu vas apprendre à mieux travailler selon les conditions de l'environnement qu'on a. Ça, ça s'acquiert au fur et à mesure, c'est le fait de s'adapter, ça s'acquiert aussi avec les années (Lise).

Cette préposée explique que les personnes nouvellement formées disposent généralement de savoir-faire qui seront bonifiés avec l'environnement de travail, les années de pratique et l'expérience.



### *Les compétences professionnelles*

Au-delà des formations initiales et complémentaires, certaines compétences se présentent comme des savoir-faire favorisant la bientraitance. Tout d'abord, **l'esprit d'analyse** est une compétence que toutes les préposées possèdent. Elles en font la démonstration lorsqu'elles optent pour des interventions judicieuses. Cette compétence reflète la justesse de leur raisonnement et représente une dimension plus intellectuelle de la bientraitance. Comme le souligne Amélie, prendre le temps de bien analyser avant d'intervenir permet de mieux cerner les besoins et d'agir en adéquation avec les attentes des résidents.

Il faut vraiment que j'analyse beaucoup mes clients et ça prend du temps parce que souvent, ils ne parlent pas, ils frappent, ils crient. C'est sûr qu'ils ont de la douleur, mais juste ça, les prendre à analyser, moi ça va me [permettre] de comprendre qu'est-ce qu'il veut. [...] Les gens devraient prendre le temps d'analyser les personnes pour savoir ce qu'elles veulent vraiment parce que moi écoute, elle [une résidente connue pour ses agressions physiques envers les préposées] ne m'a jamais grafignée, elle ne m'a jamais craché dessus, rien de ça (Amélie).

La bientraitance ne se limite donc pas à un geste, une émotion ou une attitude morale, elle repose sur un effort de compréhension. La préposée fait une analyse des situations, même si celle-ci n'est pas explicite ou entièrement consciente. D'ailleurs, à la suite d'une intervention ou même l'absence d'intervention, la rétroaction du résident, qu'elle soit positive ou négative, devient un élément central de la relation interpersonnelle. Elle permet à la préposée de saisir si elle est bientraitante ou non, si les soins sont bons ou non. Elle peut passer par des gestes comme des sourires, l'apaisement ou la raideur du corps; par des mots tels que des remerciements ou encore de nouvelles demandes. Autant d'indices qui permettent de percevoir si la préposée ou ses collègues sont bientraitantes.

L'esprit d'analyse contribue aussi à minimiser les interactions négatives entre résidents. En effet, l'entente n'est pas toujours des plus harmonieuse en centre d'hébergement, si bien que les préposées doivent parfois s'interposer afin de limiter les offenses. À titre d'exemple, Linda est intervenue pour faire cesser l'intimidation que vivait une résidente atteinte de Parkinson. En prenant l'initiative de s'adresser à la direction pour signaler qu'un changement de table lui serait bénéfique, le discernement de la préposée a contribué à repousser les désagréments occasionnés par les moqueries d'une autre résidente.

De la bienveillance bon : une madame, elle a le Parkinson. À table une madame n'arrête pas de rire d'elle, ce qui fait que la madame, elle ne vient plus manger, elle n'aime pas ça [...] je l'ai pris sur mon cas, j'ai dit : « m'a l'assoir avec le monsieur ! ». [...] Je l'ai changé de table ! Elle vient manger, c'est rare qu'elle manque un repas. [...] Je n'ai pas le droit de changer quelqu'un de ma part, j'ai écrit une note [à la direction] et c'était bien correct. [...] Elle et le monsieur] ils sont bien contents de se voir, il l'aide si elle a besoin (Linda).

À propos des relations entre les résidents, toutes les préposées ressentent un dilemme entre la bienveillance collective et la bienveillance individuelle. Pour expliquer ce dilemme, certaines évoquent des limites occasionnées par la jalousie. À cet effet, Audrey aborde la question des « petites attentions » qui doivent être partagées également entre tous. Elle précise d'ailleurs qu'il est important d'agir de manière équitable pour ne pas donner l'impression aux résidents d'avoir des favoris et pour éviter qu'ils se jalouent entre eux.

C'est une communauté, ils vivent ensemble. Les soins qu'on apporte à un, si on le gâte un peu trop, ça va peut-être créer de la jalousie, ça se peut, c'est possible. Faut aussi être capable de dire tout le monde à leurs soins, les soins les plus importants et de l'écouter. Tu sais être capable de partager d'une journée à l'autre, si une journée tu en donnes à un, et bien le lendemain, il faut [que tu en donnes à l'autre]. (Audrey).

Toutes les préposées insistent sur le partage équitable de leur temps. Par souci de justice, elles tentent donc d'offrir la même qualité de soins à tous les résidents, et ce, en dépit de leurs préférences personnelles. L'extrait suivant illustre clairement ces propos :

Il faut être juste et moi j'aime la justice, la justice pour que ce soit pour tout le monde la même base. Après tu finis des petites affaires, ça c'est ton choix et c'est ta personne, c'est ton attribut avec l'autre, c'est ton affinité, mais la justice des soins, des bons soins donnés, ça il faut que ça soit égal à tout le monde qu'ils soient désagréables ou qu'ils ne le soient pas (Lise).

Le souci de justice implique une seconde compétence professionnelle : **le sens de l'organisation**. En effet, les préposées rapportent qu'avant de poser un acte bienveillant, elles priorisent le bien-être du plus grand nombre. Toutes soutiennent que prendre du retard pour offrir de « petites attentions » pourrait nuire à l'ensemble des pratiques de bienveillance. Le temps étant une ressource limitée, celles qui allongent volontairement la durée de leurs soins risqueraient alors de compromettre le bien-être de leurs résidents et celui de leurs collègues. Cette situation se répercute également sur les résidents de leurs collègues qui tentent de pallier leur retard. Dans cet extrait, la préposée fait allusion à un

cercle vicieux pour illustrer les limites temporelles et l'interdépendance qui en découle :

C'est sûr que si son ouvrage n'est pas fait parce qu'elle a passé beaucoup de temps avec un client, oui je suis d'accord qu'elle passe du temps avec le client et c'est beau je suis contente, mais as-tu pensé à tes autres clients qui ont besoin de toi aussi ? Là, ils te demandent, mais tu n'y vas pas... C'est sûr que pour nous autres on veut donner à nos clients, mais il faut pallier pour ses clients. En fin de compte, c'est comme nos clients qui paient, on va aller aider les siens. C'est une roue qui tourne (Catherine).

En outre, les préposées organisent leur quotidien par ordre de priorité : elles ont tendance à prioriser les tâches directement associées aux résidents : « L'important c'est d'être capable d'établir les priorités : les soins de la personne, de s'occuper d'eux autres » (Audrey). La tendance est donc de miser sur le prendre soin : « la personne elle passe en premier [...] après on s'adapte pour le reste » (Lise). De même, pour Amélie, certaines de ses collègues devraient apprendre à mieux s'organiser afin d'éviter les pertes de temps inutiles. Elle donne l'exemple d'une préposée qui « marche pour rien » et qui « perd son temps » pour des futilités. Elle déplore que ce temps ne soit pas investi correctement et qu'elle ait à pallier pour ce genre de situation.

Elle perd tellement de temps à marcher pour rien : elle va défaire son lit, revenir prendre son stock si elle a oublié des affaires, aller le reporter dans la chambre et revenir chercher le client ou laisser les poches à l'autre bout [...] J'y ai dit : « Jamais que je ne chialerai le temps que tu passeras avec ton client, jamais ! Mais ça, c'est de la perte de temps et ça me fait perdre mon temps moi aussi parce que ça me donne plus d'ouvrage. » (Amélie).

Les préposées doivent donc être en mesure de trouver des astuces pour assumer leur charge de travail tout en étant bientraitantes. Elles développent alors des techniques de planification visant à améliorer le bien-être des résidents, sans avoir à hypothéquer l'ensemble des soins qu'elles ont à offrir. Un exemple de ces techniques est cité par Valérie qui explique qu'elle profite d'un passage à la salle de bain pour nettoyer les prothèses dentaires d'une résidente. Pour elle, ce genre d'attention bientraitante est peu coûteuse :

Exemple : la madame veut aller à la salle de bain, oui on va y aller, mais je prends le temps d'y faire ses dents. Elle vient de finir de manger, elle a peut-être de la nourriture de pogner en dessous des dentiers. Bien juste ça, de se remettre les dents fraîches dans la bouche et ça prend 30 secondes. Je me dis : « Regarde, je vais bien la traiter, je vais laver ses dents [...] ». Tu n'as pas

beaucoup de temps, mais tu en trouves quand tu veux, tu en trouves pour les satisfaire (Valérie).

De la même manière, quand les préposées ont terminé de dispenser tous leurs soins, elles profitent généralement du temps restant pour aller discuter, « agacer » ou offrir de petits « extras » aux résidents :

Pas toujours au moment du soin, mais dans la journée après on se rencontre [...] Tu as le temps, tu en croises une, tu croises l'autre, tu peux aller jaser. Moi, souvent ce que je fais c'est que j'en profite pour aller couper les ongles, faire des petits poils, faire une demie lulu à la madame, deux petites barrettes et je vais lui mettre un peu de parfum. C'est de là que ça va être plus de l'extra que le soin est déjà donné (Lise).

La dernière compétence soulevée par les préposées est **la transmission de l'information**. Cette compétence est perceptible chez celles qui considèrent les services offerts aux résidents dans leur globalité, c'est-à-dire dans un continuum de soin se poursuivant au-delà de leur quart de travail. En effet, les préposées bientraitantes s'assurent de communiquer des informations pertinentes ou d'échanger des trucs avec leurs collègues, notamment avec celles qui travaillent sur des horaires différents. Dépendamment des outils dont elles disposent (histoires de vie, plans de travail, tableaux, grilles, technologies numériques, etc.), les préposées qui possèdent cette compétence emploient convenablement la communication. Dans cet extrait, la préposée affirme l'importance de la communication pour faciliter les soins et les bonnes techniques de travail. Elle donne un exemple où, afin d'éviter de faire souffrir inutilement une dame, elle a communiqué ses particularités et ses préférences sur un logiciel informatique.

On se donne des trucs pour que ce soit plus facile pour nous et en même temps plus agréable pour la résidente. Le moyen de communication, c'est ce que j'ai trouvé de mieux pour appliquer ça, j'ai un exemple : de ces temps-ci, il y a une madame qui a des petits bobos aux plis inter fessier et un peu dans l'aine. [...] Il y en a qui sont un peu rudes, ce qui fait que la madame, elle m'en a parlé. Moi, j'ai laissé le message d'être très doux, très délicat [...] J'ai communiqué l'information par notre service, par notre outil informatique. On a un logiciel où on se communique les informations et je l'ai répété même à deux ou trois places pour être sûr que tout le monde qui font des soins avec cette madame-là, qu'ils soient très doux. Je me dis que la communication, ça aide beaucoup. Ça favorise les bonnes techniques de travail (Audrey).

Enfin, les préposées sont en contact constant avec les résidents, elles sont « les yeux [et] les oreilles de la personne : pour la résidente, pour la famille, pour la direction, pour tout » (Lise). En ce sens, elles ont la responsabilité de prendre en notes les « petits détails » et les « changements » qu'elles observent. Elles doivent ensuite transmettre ces informations aux personnes concernées : aux infirmières auxiliaires, aux infirmières, à la direction ou encore à l'entourage du résident. Cet échange d'informations est crucial, car il permet d'assurer le bien-être, la sécurité et la survie des résidents. Il sert également de point de départ pour établir de nouvelles interventions.

Tu es là pour le résident plus que l'infirmière, plus que la direction qui gère ses choses administratives, toi c'est leur vie que tu veilles parce que s'ils font une infection urinaire qui tombent en démente et que personne ne l'a vu [et que] personne ne l'a signalé, la préposée elle n'a rien dit. Et bien la personne, elle peut en mourir [...] (Lise).

Dès que tu dénotes un changement, il va être communiqué et là, dépendamment des équipes, dépendamment de la réception, il va y avoir des interventions faites rapidement. [...], Ça va être peut-être la première démarche vers un travail en commun, mais ça ne veut pas dire que ça déclenche ça automatiquement... C'est à la bonne intendance de la personne qui reçoit l'information à vrai dire (Élizabeth).

Suite à la transmission d'une information initiée par une préposée, tous doivent collaborer afin d'offrir le soin le plus adapté au résident. Cela signifie que les méthodes de travail établies doivent être adoptées par l'ensemble des membres de l'équipe.

### **6.3.3. Les comportements bientraitants**

À mi-chemin entre les savoir-être et les savoir-faire, les comportements bientraitants traduisent des compétences comportementales pouvant être observées au moment où une préposée entre en interaction avec un résident. Ces comportements sont présents dans deux circonstances : sur les heures de travail et à l'extérieur des heures de travail.

#### ***Les bonnes conduites pouvant être adoptées au travail***

Plus concrètement, cette section présente les comportements bientraitants pouvant généralement être adoptés par les préposées en milieu d'hébergement. Ils sont classés et divisés selon cinq grands axes :

- a) **Les comportements associés au respect de la dignité et de l'intimité :**  
Respecter l'intimité; frapper avant d'entrer; obtenir le consentement; assurer la confidentialité; se présenter, s'annoncer; agir avec intégrité.
- b) **Les comportements associés à la sécurité et à l'intégrité physique**  
Préserver l'intégrité physique; soigner l'apparence physique; garantir l'hygiène corporelle; employer le matériel adapté; apaiser la douleur; observer avec vigilance; faire des tournées régulières; répondre rapidement; garder les lieux propres.
- c) **Les comportements associés à la personnalisation des soins :**  
Regarder; sourire; complimenter; sécuriser, rassurer; encourager et stimuler; adapter son langage; employer des familiarités; s'intéresser au parcours de vie et l'utiliser; interagir et discuter lors du soin; décrire ses gestes au fur et à mesure; expliquer son manque de temps et proposer une solution; justifier ses écarts; prendre un temps d'arrêt; faire une diversion.
- d) **Les comportements associés au respect de l'autonomie et des préférences :**  
Favoriser l'autonomie; offrir des alternatives; respecter les préférences; faciliter la collaboration; tenir compte de l'horaire de vie; faire participer aux soins; s'ajuster au rythme.
- e) **Les comportements socialement inclusifs :**  
Toucher; accompagner chaleureusement; reconnaître les différents rôles sociaux occupés; avoir de la considération pour la personne; avoir de « petites attentions »; valoriser les expériences et les connaissances; solliciter la participation; favoriser la socialisation; utiliser l'humour pour créer une complicité; assurer une présence lors de fêtes ou d'événements spéciaux; s'impliquer dans les activités du milieu.

En annexe (Annexe VII), des citations appuient chacun de ces éléments. Non exhaustive, l'annexe vise simplement à illustrer la grande diversité des comportements bientraitants pouvant être adoptés par les préposées au quotidien.

### ***Les initiatives personnelles présentes à l'extérieur des heures de travail***

Lorsque les préposées adoptent des comportements bientraitants à l'extérieur de leurs heures de travail, les savoir-être et les compétences comportementales soulignent l'aspect volontaire de la bienveillance. À vrai dire, la plupart des préposées vont au-delà de leur rôle d'employées et s'investissent auprès des résidents durant leur temps personnel. Elles fournissent de nombreux exemples à ce sujet : elles arrivent plus tôt au travail : « J'arrive toujours quelques minutes d'avance et je fais ma petite tournée, je vais voir chacun et je m'en vais leur dire un petit bonjour spécial. » (Marie-Ève); elles laissent tomber leur

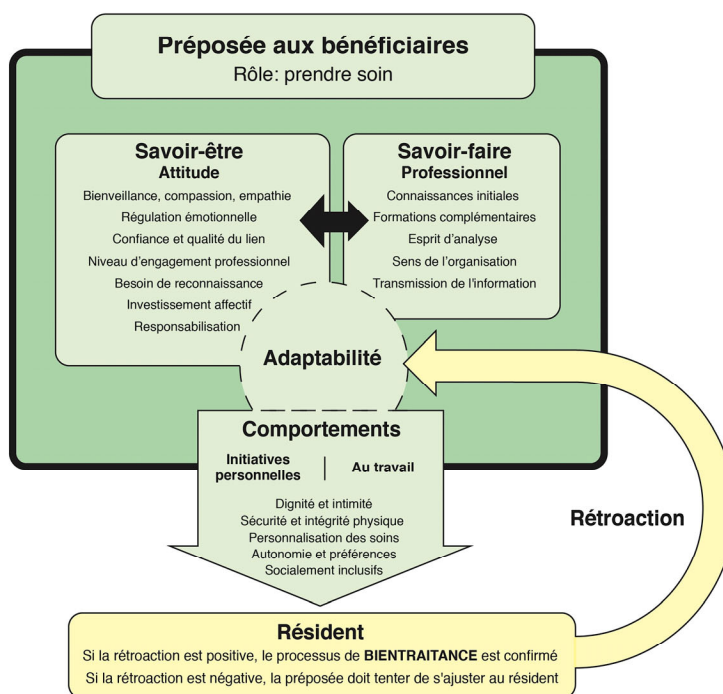
pause pour ne pas faire attendre les résidents : « Tu ne prends pas de pause, ça m'est déjà arrivé de ne pas diner [...] Je mange debout. » (Linda) et elles restent après leur service : « ça m'est arrivé après mon temps d'avoir *punché*, de dire : “Je vais aller vous faire ça”. » (Lise).

De plus, durant leurs congés, certaines s'informent des résidents : « même durant mes congés, si j'ai trois journées d'affilée, je vais aller voir qu'est-ce qui s'est passé, je m'intéresse à eux-autres. » (Audrey). Quelques-unes organisent des activités qui concernent les résidents ou y participent. Pour Audrey, cela signifie faire partie d'un club de bénévoles : « Je suis impliquée, avant ça aussi je faisais partie du club bénévolement. Ça fait des activités, organiser des activités, aller manger au restaurant, des choses comme ça. » De son côté, Catherine, souligne les fêtes comme l'Halloween, en préparant les résidents à la visite de sa fille : « L'Halloween passée, j'avais amené ma fille, j'avais acheté des bonbons, j'avais préparé mon étage. [...] Les employés les avaient déguisés [les résidents], on avait tellement ri ». Amélie pour sa part, amène son chien : « Quand je suis en congé, j'apporte mon chien, je fais de la zoothérapie ici, gratuit ». Certaines participent également à des projets de recherche sur leurs pratiques, dans l'espoir d'améliorer la qualité de vie des résidents.

Enfin, huit participantes rapportent qu'elles ont déjà amené des objets (cadeaux, Publisac, laine, vêtements, produits de beauté – vernis, parfum, barrettes, élastiques) ou de la nourriture (gâteries, bonbons, croustille, desserts, petits plats cuisinés, etc.) aux résidents. En bref, les dons et le bénévolat suggèrent que pour les préposées être bienfaitantes est plus qu'un investissement professionnel : c'est une implication et un engagement personnel. La bienveillance passerait donc par un effort supplémentaire des préposées afin de « faire la différence » auprès des résidents. En outre, leurs initiatives personnelles laissent sous-entendre qu'une partie importante de leurs actions serait façonnée par leur personnalité. En ce sens, il est possible de supposer que les préposées ont individualisé la notion de bienveillance. Elles auraient ainsi tendance à en faire une affaire personnelle, voire interactionnelle, alors qu'il existe de nombreux effets organisationnels et politiques derrière cette perception, lesquels seront abordés plus loin.

En résumé, les savoir-être (attitudes et comportements) des préposées sont renforcés par des savoir-faire professionnels (connaissances, formations et compétences). Ce sont donc ces deux savoirs qui modulent leurs comportements bientraitants. Ces derniers se manifestent aussi bien sur les quarts de travail que durant les temps libres (initiatives personnelles) et s’organisent autour de cinq grands axes : les comportements associés au respect de la dignité et de l’intimité; les comportements associés à la sécurité et à l’intégrité physique; les comportements associés à la personnalisation des soins; les comportements associés au respect de l’autonomie et des préférences; les comportements socialement inclusifs. Enfin bien que la bientraitance ne dépende pas exclusivement de la relation interpersonnelle, ajoutons que ce sont principalement les rétroactions qui permettent d’identifier si une relation est bientraitante. D’ailleurs, si un résident n’entérine pas le comportement adopté par une préposée, pour poursuivre une démarche de bientraitance, celle-ci devra tenter d’ajuster sa pratique. La figure 3 résume le processus de bientraitance qui prend place au sein de la relation interpersonnelle préposée-résidents.

**Figure 3 : Le processus de bientraitance dans la relation interpersonnelle préposée et résident.**





## 6.4. La bientraitance comme culture

Finalement, le dernier objectif de ce mémoire est de *cerner les conditions organisationnelles freinant ou facilitant l'application des savoir-faire et des savoir-être des préposées aux bénéficiaires*. Bien que ces conditions soient nombreuses, il est possible de les diviser selon deux catégories de culture : celles qui découlent de l'organisation en elle-même et celles qui leur sont imposées de l'extérieur spécialement par le contexte sociopolitique.

### 6.4.1. La culture organisationnelle

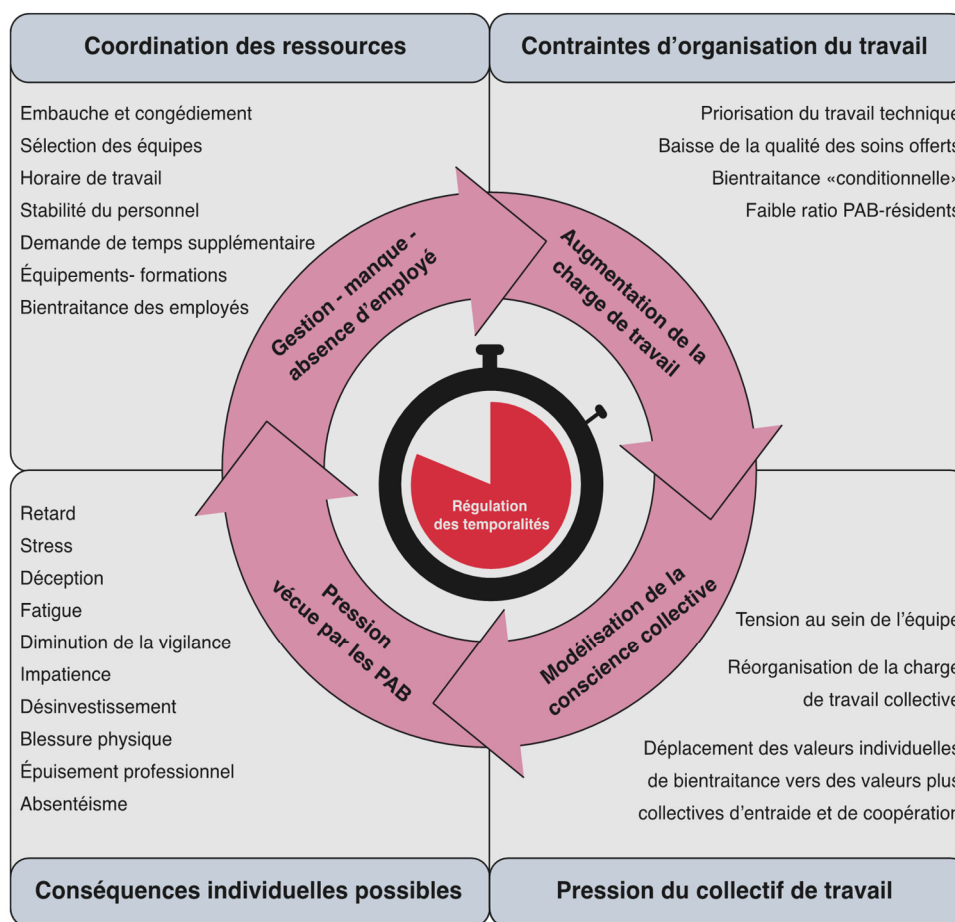
L'analyse des discours a permis d'établir que les valeurs véhiculées par les institutions influencent directement le comportement des préposées. Il ressort ainsi que la bientraitance est tributaire de la culture organisationnelle ambiante<sup>36</sup>. Afin de faciliter la lecture de cette section, nous croyons opportun de débiter en situant le rapport qui existe entre la culture organisationnelle et la bientraitance. Plus précisément, pour les préposées, les enjeux culturels freinant la bientraitance sont reliés entre eux. Ainsi, les contraintes d'organisation du travail, la pression du collectif, les conséquences individuelles possibles et la coordination des ressources s'influencent mutuellement.

Dans la figure 4, ces contraintes sont présentées par un cercle continu qui correspond à l'interdépendance des quatre principaux obstacles susceptibles de compromettre la bientraitance : le manque d'employé, la surcharge de travail, la conscience collective et les pressions vécues par les préposées. Le temps, qui constitue l'enjeu central des préposées, est illustré par un chronomètre qui rappelle la prédominance de la régulation des temporalités sur la bientraitance.

---

<sup>36</sup> Dans cette section, la culture organisationnelle est utilisée au singulier, car les thèmes centraux, à quelques différences près, semblent similaires d'une institution à l'autre.

**Figure 4 : La culture organisationnelle et les principaux obstacles à la bientraitance**



Au sein des milieux d'hébergement étudiés, les préposées dénoncent les contraintes temporelles découlant du manque de préposées. En effet, toutes affirment que l'absence de temps, engendré par un **ratio limité de préposés par résidents, augmente leur charge de travail** et entre en conflit avec la bienveillance. Pour elles, le système est déficient et il les expose à une double contrainte : d'un côté, on leur demande de s'adapter aux résidents afin de respecter leur rythme, leurs désirs et leur autonomie. Et de l'autre, les priorités institutionnelles s'orientent sur la productivité et l'efficacité. Autrement dit, au-delà des normes de bienveillance prescrites, les institutions ne leur fournissent pas les conditions organisationnelles nécessaires pour atteindre ces objectifs. Les préposées perçoivent donc une inadéquation entre « les belles paroles » institutionnelles et les réalités du terrain.

C'est des belles paroles qui deviennent tellement lourdes de portée dans l'autre réalité de cette structure qui ne permet pas ce temps. [...] La priorité : ce serait

le temps [et] le nombre de gens qui sont sur le plancher, ça ferait toute la différence. [...] La structure amène ces états d'urgence, je crois que c'est les plans de travail avec les choses à faire [...] on a réussi à utiliser un système déficient pour donner une croyance qu'il faut que tout soit fait de cette façon [mais] c'est complètement faussé ! Pour représenter les besoins réels, il faudrait qu'une autre structure soit établie. (Élizabeth)

Si les préposées nomment qu'elles sont « prises par la structure organisationnelle en elle-même », elles souhaiteraient toutes parvenir à s'en libérer afin d'améliorer la qualité de leurs services. Afin de mieux situer l'influence des contraintes organisationnelles tant sur les préposées que sur les résidents, cet extrait illustre les désagréments occasionnés par la rapidité avec laquelle les toilettes partielles (TP)<sup>37</sup> doivent être réalisées.

Tu as 15 minutes pour faire la TP et après ça, il faut que tu ailles à l'autre, mais 15 minutes pour faire une TP [si] la personne est très demandante physiquement [...] et qu'elle se tient super *raide*, il faut que tu forces et tu n'as pas le temps de parler. Il faut juste que tu fasses la TP le plus vite possible pour aller à l'autre parce que tu as trop de TP à faire. Tu n'as pas le temps de développer un lien avec eux et c'est juste : tu fais ta TP et *that's it* ! Autant que ce n'est pas agréable pour nous, que ce n'est pas agréable pour eux (Florence).

Pour se donner les moyens de rencontrer leurs ambitions bientraitantes, les institutions devraient donc reconnaître le besoin réel des résidents et de leurs employées. D'ailleurs comme quelques préposées le soulignent, une organisation bientraitante de ses résidents passe également par la bientraitance de ses employés.

Une direction qui traite bien ses employés [...] notre rendement est meilleur. Les résidents vont le sentir eux, ils vont être plus contents et c'est une roue [...] Des employeurs qui traitent bien ses employés ça va vraiment paraître et les gens vont avoir le temps de rester plus longtemps, ils vont être plus tentés d'aller travailler (Florence).

Collectivement, toutes les préposées tentent de s'adapter aux contraintes organisationnelles en se ralliant à la pensée et aux comportements de leur collectif de travail. En effet, malgré leurs grandes préoccupations individuelles pour le bien-être des résidents, elles avouent qu'elles sont d'abord liées par des **restrictions temporelles qui modélisent leur conscience collective**. Dès lors, tant en RPA-RI qu'en CHSLD, la régulation des

---

<sup>37</sup> Concernant les soins d'hygiène, les toilettes partielles (TP) prennent en charge seulement quelques parties du corps. Souvent, elles regroupent les soins du visage, les aisselles et les parties intimes.

temporalités devient le schème de référence qui permet de déterminer si une pratique bientraitante est admissible socialement. Donc, afin de respecter les délais prescrits, les préposées offriront « de petites attentions » aux résidents seulement si elles sont en mesure de maintenir leur rythme de travail. Si elles n'arrivent pas dans les temps, elles auront tendance à reporter leurs gestes bientraitants à des moments plus opportuns, souvent en dehors de leur quart de travail. Les préposées expliquent qu'elles s'efforcent de respecter la régulation des temporalités pour éviter de nuire au travail global et particulièrement à celui de leurs collègues.

C'est correct de prendre du temps avec les clients, mais [...] on n'a pas beaucoup d'employés, ce qui fait qu'on a comme des tâches à faire, il faut rentrer dans le temps. Quand nos tâches sont faites, ce n'est pas grave [...] Tant que ça ne crée pas de précédent sur le *shift* d'après et qu'on ne roule pas toute la journée à cause de ça [...] Tant que ça ne nuit pas au travail, moi je n'ai aucun problème. Tant qu'on ne se ressent pas toute la journée parce qu'elle a jasé cinq minutes avec la madame, je trouve ça correct (Véronique).

En n'ayant d'autres choix que de s'adapter aux contraintes organisationnelles, les préposées intériorisent rapidement qu'aux yeux de leurs collègues, la bientraitance ne justifie pas l'augmentation de la charge de travail : la leur et celle des autres. **Cette pression vécue par les préposées** les conduit alors vers un dilemme : devraient-elles privilégier le bien-être de leurs résidents ou serait-il préférable de soutenir leurs collègues ? Dans l'extrait suivant, Valérie met en lumière ce dilemme qui la retient d'aller marcher avec une résidente, dans un contexte où il n'y aurait pas de préposée en surplus sur son département. Ambivalente entre son désir de bientraitance et la conscience collective, si elle prenait la décision d'accompagner la résidente, elle se sentirait à la fois heureuse pour cette dernière et peu aidante envers ses collègues. Valérie précise d'ailleurs que, dans un climat où la charge de travail est importante et où ses collègues sont fortement sollicitées, prendre un temps d'arrêt afin « d'offrir une bientraitance » est perçu comme une activité improductive. « Ce ne serait [donc] pas une bonne idée », puisque le temps est une ressource limitée (ici, c'est la durée de l'activité et non l'activité en elle-même qui serait condamnée collectivement).

D'aller promener ma petite madame, ce ne serait pas une bonne idée si on est en personnel normal ou réduit [...] parce que] s'il y a quelqu'un qui nous voit marcher et ne rien faire, les autres sont dans le *rush* et on n'aide pas. Non ! Je me sentirais *cheap* vis-à-vis mon équipe, heureuse pour ma cliente, mais c'est-

tu vraiment dans mes tâches là ? Ah, c'est complexe ! [...] C'est pour satisfaire la cliente, la résidente, mais c'est mal vu [...], mais c'est contradictoire oui, couramment (Valérie).

Les divergences entre la conscience collective et les valeurs individuelles accroissent la pression vécue par les préposées et leur donnent l'impression de réaliser un travail de moindre qualité. En fait, comme les conditions organisationnelles ne sont pas toujours au rendez-vous, les préposées se désolent de ne pas être bientraitantes comme elles le désireraient. Bien qu'elles attribuent une grande responsabilité aux lacunes du système, celles qui sont dédiées à leur métier portent souvent ce fardeau.

Je suis déçue de moi-même, je suis déçue du système, je suis déçue. C'est comme décourageant : moi, ça me décourage quand j'aurais aimé... j'ai des bonnes intentions et que par rapport au manque de temps, au manque de préposées bien si ça ne peut pas arriver, si ça ne fonctionne pas, je trouve ça désolant. C'est dommage parce que les intentions seraient là, mais des fois, il nous manque de temps (Marie-Ève).

La responsabilité elle est de tous et pas d'une personne, mais souvent les gens qui sont dédiés à leur métier portent beaucoup sur leurs épaules le bien-être [...], mais ce n'est pas possible surtout avec le peu de personnel c'est complètement à côté (Élizabeth).

Enfin, les inadéquations entre les valeurs de bientraitance prônées par l'institution et celles qui y sont réellement soutenues sont vécues comme un choc pour les nouvelles préposées. À leur arrivée, elles sont obligées de s'adapter à une réalité où la bientraitance est tributaire du « travail technique à faire » et des temporalités.

Je prenais du retard, je me le faisais dire. C'est sûr que ça ne fait pas le bonheur des autres parce que ça leur rajoute du travail. Il a fallu que je m'adapte à ça et que je sois conscient que c'est bien beau les relations amicales et la bientraitance, mais il faut que ce soit bien dosé : il faut que je priorise aussi mon travail technique à faire (Marie-Ève).

Dans le même ordre d'idées, une préposée nomme qu'elle a dû restreindre ses heures de travail afin d'être en mesure de contenir la pression et le stress engendrés par le manque de personnel.

J'ai eu un choc quand je suis arrivée ici, parce que je savais qu'il manquait de personnel, mais jamais comme la réalité est. [...] J'ai dû m'adapter vraiment à cette réalité [...] personnellement, j'ai diminué mes heures pour être en mesure

de répondre à ça parce que le stress est énorme quand tu arrives sur un plancher et que tu veux sortir de là avec un sourire et d'être correct, d'être bien et en paix avec toi-même (Élizabeth).

En parlant de la charge de travail et de ses collègues qui occupent des postes à temps complet, cette préposée ajoute : « c'est des cœurs sur deux pattes, mais des cœurs sur deux pattes qui sont exténués » (Élizabeth). Occasionnellement, la charge de travail est si importante que les préposées songent à s'absenter du travail : « Ça n'avait pas de bon sens en fin de semaine [j'avais l'impression de garrocher tout le monde. Je n'avais pas le choix parce qu'on est comme limité dans le temps] je suis partie, j'ai dit : "Ouf ! Je ne rentrerai pas dimanche !" » (Véronique). Pour d'autres, l'absentéisme s'impose en raison d'une blessure physique ou d'un épuisement professionnel.

En règle générale, la surcharge de travail est occasionnée par le manque ou l'absence d'employés. La bientraitance dépend donc de **la planification, de l'organisation et de la bonne gestion des différentes ressources mises à la disposition des préposées**. Premièrement, le manque de personnel oblige les préposées à faire des heures supplémentaires. Dans l'extrait suivant, Valérie présente la lourdeur de son travail, lorsqu'elle choisit d'accroître ses heures de travail pour compenser le manque de préposées.

C'est là que les problèmes arrivent : il manque de personnel, on peut moins satisfaire notre clientèle. Surtout c'est temps-ci, on a vécu une grosse été, ça été l'enfer. Des fins de semaine, il nous manquait 15 à 16 PAB [...] Mais tu pallies, tu pallies, tu pallies, mais on était épuisé. [...] Notre étage, on roule, on palliait [en prenant des heures supplémentaires], mais on travaillait ! J'arrivais chez nous, j'étais exténuée [...] tu ne peux pas marcher longtemps de même, quelqu'un part en *burn-out*, mais ça s'est replacé là, ça va bien, c'est mieux (Valérie).

Comme elle en témoigne, les préposées qui travaillent en heures supplémentaires s'exposent à un plus grand risque de fatigue. Sur le plan psychologique, la fatigue est associée à une baisse de la vigilance, au désengagement, à l'impatience et plus exceptionnellement à l'épuisement professionnel. Les préposées fatiguées semblent donc moins disposées à la bientraitance. Voici un exemple des conséquences des heures supplémentaires sur la bientraitance : « [après un double], je suis fatiguée, je suis un peu marabout. Il [le résident] me sonne à répétition... Là moi ça va me faire chier. Je vais

vraiment être plus brusque avec cette personne-là, je vais plus faire le minimum. [...] *That's it, tiens voilà! Bonne journée !* » (Florence).

Deuxièmement, la stabilité du personnel est associée à la bienveillance. Les préposées « régulières » connaissent les particularités et les préférences de leurs résidents. Évidemment, les nouvelles employées et les remplaçantes sont peu habituées à ces routines. Elles sont donc moins rapides et doivent se référer plus souvent à leurs collègues qui se plaignent d'avoir à faire le « travail pour deux » ou d'avoir à dépenser « deux fois plus d'énergie ». Pour leur part, les préposées qui occupent les postes de remplaçantes nomment qu'elles ont parfois de la difficulté à s'habituer aux changements physiologiques des résidents, surtout lorsque la communication est déficiente au sein de l'équipe.

Il y a un tableau de communication [...], mais souvent, il manque des détails, ce n'est pas complet et ça ne vaut jamais pas un rapport. [...] Tu arrives et les clients, la maladie a progressé et tu te rends compte, mon Dieu, il ne marche plus, il est rendu au lève-patient. C'est à un, c'est à deux [intervenants] ? Les transferts se font comment ? [...] Tous des questionnements que boum tu n'as pas de rapport, tu n'es pas habitué là, il manque du monde en plus. Ah ! C'est quelque chose (Marie-Ève).

Troisièmement, l'équipe de travail est perçue comme un élément décisif dans l'avènement de la bienveillance. Les préposées accordent une grande importance à la coopération et à l'entraide. Avoir une visée consensuelle avec les autres membres de leur équipe permet aux préposées de composer plus facilement avec les désordres imposés par les contraintes organisationnelles. Ainsi quand une équipe partage des valeurs communes, la qualité des soins offerts s'améliore considérablement.

En ayant une bonne équipe en partant, la clientèle est bien. Parce que si tu n'as pas une bonne collaboration avec tes collègues, c'est lourd pour nous autres. On est fatigué, c'est pesant sur nos épaules, ce qui fait que les clients, les résidents le sentent (Amélie). [...] parce que si tout le monde avait les mêmes ambitions, ça irait bien. Si tout le monde fonctionnait dans la même direction, ce serait A1 pour la bienveillance (Amélie).

À l'inverse, des tensions au sein d'une équipe peuvent occasionner du stress et démotiver la bienveillance. Marie-Ève explique que les préposées qui adoptent une attitude passive

envers les résidents cherchent souvent à la dissuader de réaliser ses projets bientraitants. Ils perçoivent ses initiatives comme un surcroît de travail ou un gaspillage de temps.

Les autres préposées ne voient pas ça positivement, pour eux autres c'est une surcharge de travail, c'est du temps gaspillé, c'est du niaisage, ça nous retarde. [...] En général, si j'arrive avec un projet ou des choses qui peuvent être pour la bientraitance, des petites choses particulières, des petits soins, ils vont me dire : « Bah ! Niaisage, ne fais pas ça ! » Souvent, ils ne sont pas pour ça [...] (Marie-Ève).

Finalement, une direction dynamique qui soutient les préposées en leur fournissant de bons outils de travail : un immeuble, des équipements, des formations, des technologies et des consignes adaptées, favorise la mise en place de savoir-être et de savoir-faire bientraitants.

Ici, tout ce qui se fait qui peut nous aider en lien avec les résidents, avec notre travail, avec nos soins, elle [la patronne] achète tout, elle est toujours à l'affût : les formations et tout ça. Il faut que ça continue. On a beaucoup d'outils, on a toutes les formations qu'on peut avoir [et] qui nous tiennent aussi au courant. [...] Tout ce qui est soin, comment est-ce qu'on fait ça, de quelle façon, les protocoles, les ci, les ça, l'informatique, on a aussi plein de choses. C'est toutes des choses qui sont là pour nous aider (Audrey).

Enfin, pour l'ensemble des préposées, les employeurs qui souhaitent développer un milieu véritablement bientraitant devraient être conséquents dans le choix de leurs employés notamment lors de l'embauche et du congédiement des préposées aux bénéficiaires.

#### 6.4.2. Le contexte sociopolitique

Toutes les préposées rapportent que certaines mesures gouvernementales ne prennent pas en compte leur réalité et celle des résidents. À titre d'exemple, l'*Approche milieu de vie* est citée par toutes les préposées en CHSLD. Bien qu'elles reconnaissent que cette approche soit intéressante, elles considèrent qu'il serait déjà plus honnête « de retirer ce terme pour dire les choses comme elles le sont [soient] “institution” ou “personnes en institution” [...] parce que de croire qu'on doit reproduire un milieu de vie [...] est une utopie » (Élizabeth). D'ailleurs, elles perçoivent des incohérences entre l'AMV et certaines **restrictions gouvernementales**. Selon elles, le ratio personnel/résidents, les normes alimentaires et la distanciation professionnelle entrent en contradiction avec cette approche. Dans cet extrait, Catherine souligne l'aspect paradoxal de la demande d'évitement des familiarités avec une



philosophie de milieu de vie. Elle reproche aussi aux ministères de ne pas considérer la réalité des préposées dans l'élaboration de leurs réglementations.

C'est ça que les ministères ne comprennent pas : quand ça fait des années et des années [que tu prends soin d'un résident], tu deviens familier là. [...] Parce que le *Milieu de vie* c'est bien beau sur papier, mais milieu de vie humain, le sentiment, il est où ? Mais non, il faut rester comme des barrières à avoir les uniformes et le vouvoiement, et rester professionnelle même si vous êtes chez vous ! Vous êtes chez vous, mais c'est une étrangère qui vient s'occuper de vous ! (Catherine).

La plupart des préposées considèrent que la distance professionnelle et les restrictions alimentaires qui leur sont imposées<sup>38</sup> vont à l'encontre du bien-être des résidents. Et comme ces réglementations ne correspondent pas à leur définition de la bienveillance, elles les transgressent volontiers. Ces **transgressions**, qui sont évidemment passibles de sanctions, indiquent que les préposées peuvent aller jusqu'à faire passer les intérêts de leurs résidents avant les leurs. En matière de bienveillance, elles paraissent sûres d'elles et semblent confiantes de leurs savoir-faire. Il est donc commun qu'elles aient de petites attentions « clandestines » comme donner de petits surnoms ou apporter de la nourriture aux résidents, et ce, même si ces comportements vont à l'encontre des directives formelles.

On ne peut pas appeler une madame qu'on serait proche mettons « mamy » ou « venez ma belle » [...] On le dit, mais c'est des choses qu'on ne doit pas faire parce que comme là, l'agrément s'en vient. [...] Pourtant, les gens aiment ça, ça leur fait du bien [...] on est comme leurs petits-enfants (Véronique).

J'amène de la bouffe à mes clients, ça me tente de leur faire plaisir. [...] je le prends le risque parce que je suis sûre de moi et je suis sûr de mon client. Et mon client, je le sais qu'il aime ça le pâté chinois et le pâté chinois ici est pas très bon [c'est] même lui [qui] m'en demande (Catherine).

Lorsque les directions tolèrent ces transgressions, les préposées adoptent une posture qui met en valeur le bien-être des résidents. En CHSLD, elles apprécient spécialement la complicité de leurs directrices qui entérinent et « font [même] partie de ces délinquances ».

---

<sup>38</sup> Normes d'hygiène restrictives empêchant le don de nourriture (ex. : les préposées ne devraient pas offrir un plat qu'elles ont cuisiné à un résident) et limitant les options quant aux menus proposés par l'établissement (ex : selon les réglementations en vigueur, il serait mal vu qu'une préposée propose des rôties plutôt que le repas initial établi).

C'est des femmes de cœur [la direction] c'est vraiment très fort et c'est ça que tu sens. Ils vont t'appuyer au mieux de leurs capacités dans les délinquances comme dans les normes. Parce qu'elles font partie des délinquances et c'est établi, ça, c'est vraiment quelque chose que tu sens (Élizabeth).

S'il est toléré d'initier des comportements clandestins dans un milieu, le respect des réglementations gouvernementales prime sur les transgressions bientraitantes dans un autre. Ainsi, certaines préposées agiront dans l'anonymat, cependant, d'autres comme Audrey apprendront à mettre leurs limites plutôt que d'enfreindre un règlement. Audrey explique qu'elle respecte l'interdiction de faire des dons aux résidents : « mais [que ce qu'elle peut] donner : c'est de [s]on temps, de [s]on écoute, de [s]es soins [...], c'est ça la limite ! ». Or, pour l'ensemble, les solutions bientraitantes qu'elles proposent à leur direction sont considérées : elles obtiennent généralement des réponses positives ou des explications en cas de refus. Dans un milieu, les préposées rapportent toutefois que les membres de la direction ne sont pas suffisamment conscients de **leur tâche de travail**. Elles ressentent un décalage entre leur vision et celles de la direction qu'elles considèrent comme des « *gratteurs* de papiers en arrière d'un bureau » (Marie-Ève). Dans l'autre, ce décalage n'est pas soulevé, même que la direction accomplit parfois le travail des préposées. À titre d'exemple, une directrice a déjà sondé Florence en lui demandant : « Est-ce que tu peux rester [...] le temps que moi, je m'en vienne ? » Plutôt que d'imposer à son employée de faire un temps supplémentaire, la directrice a pris sa place sur le terrain. Aussi, au sein de ce milieu, la direction intervient concrètement pour aider les préposées à rattraper certains retards et pour veiller à ce que le délai de réponse aux cloches soit convenable.

Concernant le « **manque criant d'employés** », les préposées pensent que ce serait au gouvernement d'intervenir pour remédier à cette situation. Quelques-unes reprochent d'ailleurs au gouvernement libéral (2014-2018) d'être la cause des contraintes actuelles. Voici un aperçu du discrédit jeté sur l'ancien ministre de la Santé et des services sociaux, notamment pour sa logique de rationnement : « [Avant] ce n'était pas comme ça, non ! On avait beaucoup plus de temps, mais avec les coupures qu'ils ont faites, c'est comme le ratio qu'ils appellent : le Ratio Barrette [...] c'est un peu ça le ratio qui nous a tué ! » (Catherine). En plus de procéder à un réajustement du ratio préposé-résidents, à leur avis, les gouvernements devraient intervenir pour augmenter les salaires. De plus, d'autres

moyens pourraient également être mis en place afin d'assurer la rétention des employés et pour attirer la relève.

Au niveau des surcharges de travail [...], ce n'est pas vraiment en hébergement, c'est au niveau gouvernemental [...] pour aider les gens à vouloir rester dans ce métier-là et qu'on arrête d'avoir un manque d'employé. [...] Ce n'est peut-être pas nécessairement juste le financier, mais faire quelque chose pour aider les gens, pour les stabiliser. Qu'ils veillent [venir travailler en centre d'hébergement] et puis [y] rester aussi (Audrey).

Pour toutes les préposées, **l'augmentation des salaires** contribuerait à rendre justice aux exigences physiques et psychologiques de leur métier, toutefois au-delà de l'aspect financier, le manque de reconnaissance sociale pour les fonctions qu'elles occupent leur semble plus qu'apparent. Elles ne se sentent pas valorisées par la communauté et elles ont l'impression que leur travail est sous-estimé : « ça ne doit pas être si dur que ça changer des couches (Amélie) », « t'es de la merde [...] ils [les ambulanciers] nous prennent pour des trous de cul, on est juste préposée (Linda) », « juste préposée [...] tu aurais donc dû faire auxiliaire infirmière (Lise) », « je suis sur le bord d'aller travailler à la SAQ [...] je vais aller [placer] des bouteilles de vin, je vais gagner plus cher (Catherine) »... En fait, ce que les préposées dénoncent s'explique ainsi : « il y a une problématique : l'aide, **la valorisation publique** générale elle n'est pas là, c'est manquant. » (Lise). En outre, Élisabeth ajoute que le « faux débat » populationnel entourant le deuxième bain est une véritable « aberration » et qu'il ne correspond pas à leur réalité : « Ça ne veut rien dire [...] c'est du vent parce qu'ils ont débloqué de l'argent pour faire le deuxième bain [mais] il n'y a personne pour le donner ». Pour elle, la problématique est « déjà d'offrir ce qui devrait être offert, dans une réalité qui est concevable pour tous [...] et juste de mettre du personnel sur le plancher, juste ça, ça serait toute la différence. » (Élisabeth). Enfin, le manque de préposées serait corrélé à la piètre image associée à leur métier qu'elles justifient par des salaires peu élevés et un manque de reconnaissance sociale.

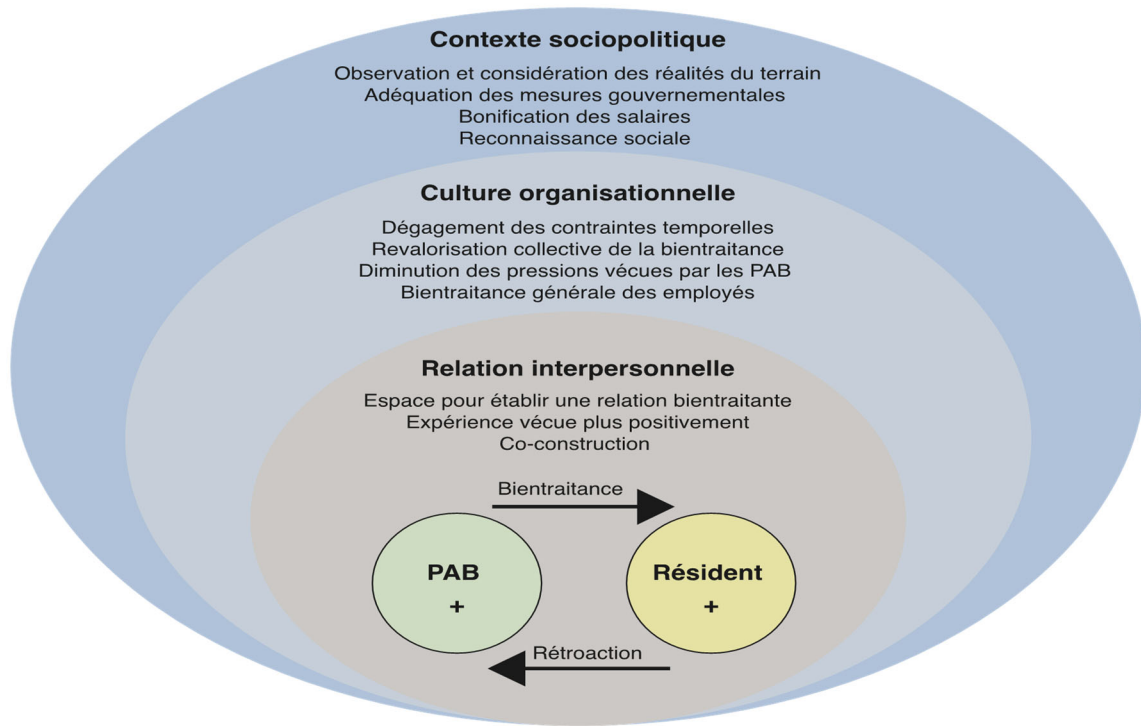
En résumé, la bienveillance comme culture dépend d'abord de la culture organisationnelle. Semblable pour toutes les préposées, cette culture se façonne sur l'existence de contraintes liées à l'organisation du travail. Elle implique des pressions issues du collectif de travail et des conséquences individuelles sous-jacentes. En outre, la culture organisationnelle découle

essentiellement de la coordination des ressources et plus spécifiquement du manque d'employés. Principalement, elle met de l'avant la supériorité de la régulation des temporalités sur la bientraitance. Du moins, l'exigence de répondre minimalement aux besoins de tous passe avant l'exigence de répondre adéquatement aux besoins de chacun. Il existerait alors une primauté du besoin collectif au détriment des besoins individuels, d'ailleurs en tentant de cibler le besoin collectif, il semblerait que les préposées passent parfois à côté de leurs aspirations bientraitantes.

Ensuite, comme seconde culture, le contexte sociopolitique influence l'avènement de la bientraitance. Bien que les préposées reconnaissent que l'*Approche milieu* de vie ait de nobles intentions, plusieurs restrictions gouvernementales semblent le contredire en limitant sa pleine réalisation. Par ailleurs, les normes imposées aux préposées ne correspondent pas toujours à leur définition de la bientraitance ce qui les amène à transgresser certaines réglementations. Et ce, avec ou sans le consentement de leurs directions. Enfin, sur le plan sociopolitique, le manque de préposées peut être associé à des lacunes gouvernementales et à la faible reconnaissance sociale de leur métier.

La figure 5 résume l'influence de la culture (contexte sociopolitique et culture organisationnelle) sur la relation interpersonnelle. Chacun des sous-niveaux expose des idéaux favorables à la bientraitance. Contrairement aux obstacles temporels présentés dans la figure précédente, l'aspect central de cette image est la relation interpersonnelle. Évidemment, les cultures contribuent au développement de la bientraitance. Au niveau de la relation interpersonnelle, le « + » exprime que lorsque les conditions sont favorables à la bientraitance, l'expérience de cette relation est vécue plus positivement tant pour la préposée que pour le résident.

**Figure 5 : L'influence optimale d'une culture bientraitante (sociopolitique et organisationnelle) pour la tenue d'une relation interpersonnelle bientraitante**



La discussion abordée au chapitre suivant mettra l'accent sur les enjeux entourant la qualité du lien entre les préposées et les résidents. Plus particulièrement, elle tentera de replacer la dimension relationnelle de la bienveillance au sein de son contexte culturel. Conséquemment, une fois que l'aspect interpersonnel de la bienveillance sera situé comme une expression de l'éthique du *care*, l'intérêt se portera maintenant sous l'angle de sa prise en charge organisationnelle et politique.

## DISCUSSION ET CONCLUSION

Dans un premier temps, afin de mieux comprendre comment les savoir-être et les savoir-faire des préposées s'inscrivent dans la perspective théorique du *care*, ce chapitre situera ce néologisme par rapport à la notion du bon soin de Tronto. Ensuite, puisque les préposées sont directement engagées dans une activité du « prendre soin », nous replacerons leurs démarches bientraitantes selon les quatre phases du *care* et les quatre capacités morales qui y sont associées. De fait, dans une perspective théorique du *care*, la bientraitance n'est pas qu'une simple question de prestation individuelle : elle s'engage dans une pluralité de contextes et s'inscrit au sein d'une dynamique culturelle et organisationnelle qui rappelle le déséquilibre de pouvoir entre les pourvoyeurs de soins et les décideurs. Nous dirigerons ensuite notre attention sur les responsabilités institutionnelles et politiques, notamment sur le manque de reconnaissance liées aux métiers du « prendre soin ». Enfin, toujours selon l'angle des théories critiques, une brève discussion portant sur la pertinence de notre étude en travail social sera mise de l'avant. Nous concluons en soulevant l'originalité et les forces de cette étude.

### Quand la définition de la bientraitance s'arrime au bon soin

Comme nous l'avons décrit à la section précédente, pour les préposées aux bénéficiaires, la bientraitance s'inscrit au sein d'une pratique de soin qui s'articule lors d'un échange interpersonnel. En adoptant une définition essentiellement, voire exclusivement soignante, les préposées précisent que leur travail est bientraitant par essence. Bien qu'il n'existe pas de traduction officielle pour ce terme, leur conception se rapproche de son équivalent anglophone où elle est généralement associée au *care* et plus particulièrement à l'éthique du *care* (Péoc'h, 2010).

Tronto considère que : « la caractéristique la plus importante de l'éthique du *care* est [...] que les situations morales n'y sont pas définies en termes de droits et de responsabilités, mais en termes de relation de *care* » (2006, p.38). Selon Brugère (2017), le *care* s'incarne dans une pratique relationnelle et se manifeste lors du prendre soin. Conformément à ce postulat, les préposées conjuguent directement la bientraitance au prendre soin. Pour elles, le terme « prendre soin » est même plus significatif que le mot « bientraitance » en lui-

même.

Tronto explique que : « la meilleure manière de penser le *care* est sans doute de l'envisager comme une pratique [qui] implique qu'il est à la fois pensée et action, que l'un et l'autre sont étroitement liés et orientés vers une certaine fin » (Tronto, 2009, p.150). En décrivant la bientraitance à la fois comme une disposition (savoir-être et savoir-faire) et un processus, les préposées restent fidèles au propos de Tronto. Elles appuient le fait que la disposition et la pratique cohabitent au sein du *care*.

De plus, les caractéristiques du bon soin de Tronto sont mises en perspective quand les préposées décrivent le savoir-être relationnel et l'humanisme nécessaires à la bientraitance. Elles soulignent qu'un soin peut être offert sans cette disposition, mais qu'il ne deviendrait alors qu'un simple geste technique, ce que Tronto désignerait comme un simple « travail de soin » (Tronto, 2009). Le bon soin se différencie du soin instrumental, car l'indifférence à l'autre ou l'absence d'échange relationnel le détournerait vers une relation asymétrique (Laroche, 2018). Les préposées distinguent donc la bientraitance du traitement (*cure*). Elles la positionnent spécifiquement comme une manière d'offrir le bon soin.

Pour revenir sur la notion d'adaptabilité, ce qui importe dans une éthique du *care* est moins le résultat que le processus. Ainsi, lorsqu'elles définissent la bientraitance, les préposées ne détaillent pas le résultat effectif de leurs actions : elles présentent plutôt une série d'actes quotidiens qui décrit comment elles s'organisent et se coordonnent en fonction des besoins des résidents. L'importance accordée à la capacité d'adaptation permet de cibler les deux dimensions essentielles du *care* : la perception (faire attention, se soucier de) et l'action (se charger de, accorder le soin) (Péoc'h, 2010). En effet, en décrivant leurs pratiques pour définir la bientraitance, les préposées exposent comment elles appliquent les quatre phases du processus du *care de* Tronto.

Ces quatre phases correspondent au processus actif du *care*. Elles sont intimement liées et représentent un « schéma idéal pour décrire un acte de *care* intégré, c'est-à-dire bien accompli. » (Tronto, 2009, p.150). « C'est dans l'intégration du processus, c'est-à-dire dans la coordination équilibrée entre les aspects de l'activité (*to care about, to care for, care giving, care receiving*) que dépend la réussite de l'action. » (Paperman, 2009, p. 100). Et

indépendamment du résultat obtenu, les phases du *care*, lorsqu'elles sont appliquées, conduiraient vers un soin bien accompli (bon soin).

Enfin, Molinier explique que : « l'éthique du *care* n'est pas posée a priori, mais arrimée aux pratiques ordinaires, nourries par l'expérience des pourvoyeuses du *care* » (2015, p.128). Dans notre étude, les préposées (pourvoyeuses du *care*) témoignent de leurs expériences de bientraitance. Ainsi, en confrontant leur discours à celui de ces théoriciennes : le bon soin et la bientraitance semblent intimement liés. Pour le reste de ce chapitre, la bientraitance sera donc envisagée comme l'expression matérielle d'une éthique du *care* et plus particulièrement du bon soin.

### **Les phases du *care* et les capacités morales des préposées**

*« Je peux te donner le soin avec une face de cochon et je peux te donner le soin avec un sourire. Tout dépend de la manière »*  
-Catherine

Cette sous-section permet de fragmenter les quatre idéaux du *care* présents au sein de la dyade préposée-résident pour l'envisager sous un angle relationnel. Précisons toutefois qu'en soulignant l'importance des dispositions personnelles et de l'investissement affectif des préposées lors de la réalisation du bon soin, nous ne supposons pas que la bientraitance doit être pensée uniquement en termes de pratique individuelle. La relation dyadique se construit dans un contexte plus large, contexte sur lequel nous reviendrons au point 7.3.

Ceci dit, en nous penchant sur la définition adoptée par le Ministère de la Famille du Québec (2017), force est de constater qu'au Québec, lorsqu'il est question de bientraitance, l'accent est mis davantage sur la relation interpersonnelle. Rappelons que les conditions favorables à la bientraitance adoptées par le Ministère de la Famille du Québec sont les suivantes : « 1. Placer la personne au centre des actions; 2. Favoriser l'autodétermination et l'*empowerment*; 3. Respecter la personne et sa dignité; 4. Favoriser l'inclusion et la participation sociales; 5. Intervenir en alliant compétences (savoir-faire) et jugement (savoir-être); 6. Offrir un soutien concerté afin de poser les gestes les plus appropriés » (Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017, p.39). Ces déterminants sont généralement bien intégrés par les préposées. Ils coïncident également avec leur définition



qui situe la bientraitance comme une disposition et un processus personnels.

Autrement dit, la bientraitance telle que perçue par les préposées correspond simultanément à une activité (travail) et une éthique. À cet effet, Paperman (2010), souligne qu'« il est difficile de décrire l'activité et le travail sans prendre en charge sa dimension éthique. [Et qu'inversement], on ne peut décrire et analyser l'éthique du *care* sans prendre en charge les activités et le travail qui en sont l'expression. » (p.55). Ainsi, afin d'établir le lien entre le travail des préposées et l'éthique du *care*, il importe de situer leurs actions selon les quatre phases du bon soin (se soucier de, se charger de, accorder le soin et recevoir le soin) qui nécessitent quatre capacités morales spécifiques chez les préposées (attention, responsabilité, compétence, réceptivité).

### **La reconnaissance d'un besoin : « se soucier de » et l'attention**

Le *care* ne présuppose pas de principes universels et généralisables : « il implique de tendre vers quelque chose d'autre que soi [il] suggère implicitement qu'[il] va conduire à entreprendre une action », ainsi l'action de « se soucier de » suscite une certaine forme de prise en charge. (Tronto, 2009, p.143). Par ailleurs, pour Garrau : « le “bon *care*” est indéfinissable » (2014, p. 28) : il dépend des personnes impliquées, des situations et des points de vue de chacun (Tronto, 2009 ; ANESM, 2008 ; Ledroit, 2016). L'aspect « indéfinissable » du bon soin expliquerait l'absence d'une définition théorique au moment d'aborder la notion de bientraitance avec les préposées. En effet, pour rendre compte de cette réalité, elles optent plutôt pour une description de leurs pratiques. Elles fournissent divers exemples; exemples pour lesquels ils seraient impossibles de dresser une liste systématique tant ils sont susceptibles de varier d'une préposée à l'autre, d'un résidant à l'autre ou d'une situation à une autre. De toute évidence, une prescription de « bonnes pratiques » serait susceptible de nuire à la réalisation d'un bon soin (Ledroit, 2016, Moulias, Moulias et Busby, 2010).

L'impossibilité d'émettre des généralisations quant aux conduites bientraitantes à adopter souligne l'omniprésence du « souci de » chez les préposées. Plus particulièrement, ce dernier transparait par des ajustements et des remises en question constantes. Dès lors, comme la bientraitance implique de nombreux aller-retour entre penser et agir, elle se

traduit par une responsabilité attentionnelle permanente. De plus, en se souciant des résidents, les préposées reconnaissent l'existence de leurs besoins. À ce stade, elles présentent des savoir-être comme la bienveillance, la compassion et l'empathie. Disponibles, attentives et dévouées, elles cherchent également à percevoir, à évaluer et à interpréter correctement leurs vulnérabilités afin de limiter les interventions intrusives et de maximiser la participation. Ici, « le rôle de l'attention est bien d'identifier non seulement les besoins, mais encore les capacités (ou capabilités) » des résidents (Zielinski, 2010, p.640).

### **La possibilité de satisfaire un besoin : « se charger de » et la responsabilité**

Une fois qu'elles ont identifié un besoin, les préposées doivent sentir qu'elles sont en mesure d'y répondre. C'est à ce moment qu'elles reconnaissent leur capacité d'intervenir sur une situation et qu'elles envisagent les moyens appropriés pour y parvenir. Les préposées expriment qu'elles s'attribuent spontanément la responsabilité du « prendre soin ». Cependant, au moment de « se charger de », leur niveau d'assistance se façonne à travers leur personnalité et celle des résidents. En effet, l'interaction directe implique une dimension relationnelle qui peut encourager ou même gêner la « prise en charge ». Pour Allaire (2017), en plus de chercher à satisfaire un besoin physique, l'offre de soin répond à une fonction sociale, c'est-à-dire qu'elle contribue à instaurer et à maintenir de « bonnes relations » avec les résidents. La confiance et la qualité du lien jouent donc un rôle essentiel dans l'avènement de la bientraitance : elles faciliteraient le consentement aux soins et la nature des échanges.

Or, si les préposées reconnaissent qu'il est impératif d'adopter une attitude positive et de conserver un comportement juste et humaniste avec tous les résidents, les différences de « prise en charge » reposent sur leur subjectivité. Elles expriment avoir des préférences pour certains et leurs consacrer plus de « petites attentions ». De la même manière, l'étude de Raizenne (2014) a permis d'établir qu'en milieu d'hébergement, les préposées perçoivent « de bons et de moins bons résidents » et que la nature des relations varie selon la proximité, la familiarité et la bonne entente; toutes des caractéristiques soumises à la

personnalité<sup>39</sup> de chacun (p.22-23). En outre, pour Riendeau, certains bénéficiaires seraient « des favoris » jouissant « de rapports privilégiés ou d'attentions particulières », alors que d'autres, « moins attrayants », ne recevraient qu'un « minimum d'investissement relationnel » (2006, p.78). Comme le suggère notre étude, plus l'affinité et l'investissement relationnel sont forts et plus le résident est susceptible d'être l'objet du bon soin. À l'opposé, le caractère « moins attrayant » (la confusion, l'agressivité et la démence) d'un résident affecterait la qualité de la relation et la qualité des soins offerts (Riendeau, 2006). Ici, le désinvestissement relationnel pourrait permettre d'expliquer pourquoi certaines préposées préfèrent se mettre à distance en n'effectuant que le minimum requis auprès des résidents les plus hostiles (Bourassa, 2015). Ce type d'engagement modulé, que Bourassa décrit comme un mécanisme de défense, limiterait les possibilités de bienveillance. Les résidents plus « difficiles » n'obtiendraient donc pas la même qualité d'encadrement que les résidents plus appréciés. Or, lorsque le lien est plus significatif, l'éventualité de vivre des situations agréables (complicité, rire et moments de bonheur partagés) s'accroît. La création d'un lien pousserait les préposées à donner davantage aux résidents : elles offriraient spontanément leur soutien quitte à devoir réorganiser leurs horaires de travail, à se réserver des moments durant leurs temps libres ou à aller à l'encontre de certaines directives institutionnelles. Au même titre que les résultats de notre étude, Allaire (2017) rapporte que le fait de développer de bonnes relations avec les résidents (tisser des liens, obtenir leur confiance, les faire rire, etc.) est l'élément qui suscite le plus de satisfaction chez les préposées.

En outre, les préposées interrogées prônent la proximité et la stabilité des équipes. Pour elles, ces deux éléments permettraient de faciliter la « prise en charge ». Suggérant une meilleure connaissance des résidents, la stabilité des équipes conduirait bel et bien à une offre de soins plus personnalisée. Toutefois, bien que ces éléments semblent généralement bénéfiques pour la tenue de la bienveillance, Riendeau explique que « le fait de travailler sur une unité de soin n'est pas garant des bonnes attitudes et des bonnes relations

---

<sup>39</sup> Raizenne (2014) décrit la clientèle avec lesquelles les intervenants peuvent entrer en conflits selon cinq idéaux-types : « 1) la clientèle souffrant de problèmes de santé mentale; 2) la clientèle présentant des troubles cognitifs; 3) la clientèle aux prises avec des problèmes de perte d'autonomie physique; 4) le client expert et 5) le client-roi ».

interpersonnelles à l'endroit de ses collègues et des bénéficiaires (p. 101) ». Dans notre étude, des propos similaires ont été rapportés par quelques préposées, notamment par rapport à des collègues plus anciens qui semblaient désabusés par leur métier et ne souhaitaient plus s'y investir. Couturier, Aubry et Gilbert (2013) ont également démontré qu'à long terme, lorsqu'un préposé doit composer avec un résident plus « difficile », la stabilité tendrait à limiter les interactions positives.

Finalement, quels qu'en soient les motifs, les éléments qui nuiraient à l'établissement d'une « bonne relation » conduiraient les préposés à quitter leur position bientraitante. Il serait donc possible de supposer que le sentiment de responsabilité serait simplifié par les échanges positifs. D'ailleurs, l'implication émotionnelle des soignants est nécessaire au bon soin, car la sensibilité du soignant stimule une réponse plus adaptée (Zelinski, 2010). Selon les données qui découlent de notre analyse, l'implication émotionnelle contribuerait effectivement à favoriser une meilleure « prise en charge » et tendrait à responsabiliser les préposées quant au bien-être des résidents.

### **L'action de prendre soin : « accorder le soin » et la compétence**

Au moment d'interagir avec le résident, savoir apporter une réponse adéquate nécessite un certain niveau de compétences. En effet, il ne suffit pas de maîtriser un acte technique, encore faut-il qu'il y ait considération pour celui ou celle qui le reçoit. L'intention de la sollicitude serait insuffisante en elle-même, et bien que la compétence se doit d'être présente, elle n'est jamais totalement garante du succès d'une intervention. Le bon soin suppose que la soignante choisisse le geste adéquat et l'attitude qui conviennent. En initiant une action, la préposée se met en position de vulnérabilité : « dans la relation en elle-même : [elle] s'expos[e] à mal comprendre ou à mal évaluer le besoin, à l'erreur ou à la maladresse [...] il ne s'agit donc pas seulement de prendre soin (de répondre à un besoin), mais de prendre soin de l'autre (de l'estime de soi et des capacités relationnelles). » (Zelinski, 2010, p.639).

L'une des compétences professionnelles soulevées par les préposées est l'esprit d'analyse et plus particulièrement l'effort de compréhension qui s'y rattache. Conscientes de la vulnérabilité des résidents, « [celles] qui s'engagent dans [un processus de soin] doivent

former des jugements : sur les besoins, sur les conflits entre besoins, sur les stratégies pour parvenir aux fins choisies [et] sur la capacité de réponse des destinataires, etc. » (Tronto, 2009, p. 183). Cette dimension intellectuelle du bon soin est un outil fort utile pour offrir des soins bienveillants et similaires à l'ensemble des résidents. D'ailleurs quand elles disposent d'un esprit d'analyse suffisant, les préposées sont plus à même d'établir leurs priorités et d'intervenir de manière judicieuse. Le partage d'information est également une compétence qui contribue à améliorer la qualité des soins. En réduisant les tentatives infructueuses d'essais-erreurs, Bourassa (2015) soutient qu'une bonne transmission de l'information facilite une meilleure prise en charge des résidents. Dans le même ordre d'idées, les préposées interrogées expriment qu'une communication adéquate favorise la mise en place de techniques de travail efficaces, ce qui augmente le niveau de compétence et les possibilités de bienveillance.

Selon nos observations, la qualité de la formation permettrait d'améliorer les interactions auprès des résidents les plus « difficiles ». Néanmoins, celle-ci ne semble pas être un élément décisif lors de la tenue de la bienveillance. Riendeau arrive au même constat (2006, p.105) : « des PAB peu ou par formées au plan théorique et technique [peuvent avoir] une bonne approche aux bénéficiaires teintée de respect, de courtoisie, de compassion et de dignité de la personne âgée. Tout ne repose donc pas sur la formation ou l'hyperformation ». La bienveillance ne passe donc pas inévitablement par une meilleure formation des préposées : elle reposerait davantage sur l'existence de conditions organisationnelles permettant d'offrir une expérience de soins positive aux résidents. De toute évidence, les préposées seraient confrontées à des enjeux organisationnels qui limiteraient l'usage de leurs compétences. Pour Aubry et Couturier (2018, p.87), en milieu d'hébergement, la réalité est telle qu'elle induit une déconnexion entre les enseignements offerts et la réalité du terrain :

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.

Autrement dit, la formation ne serait pas un gage de compétence relationnelle, car d'une part, le savoir-être des préposées semble présent malgré l'absence de formation. Et d'autre part, les formations apportent généralement des résultats plus positifs si le contexte permet leur mise en application.

De même, des obstacles de nature organisationnelle nuiraient à l'établissement d'un lien significatif entre les résidents et le personnel (Canham et al., 2016 cités dans INESSS, 2018). Un travail qui s'accomplit dans des conditions difficiles a des conséquences réelles sur les employés : stress au travail et épuisement professionnel (Beaulieu, 2007). En ne disposant pas des conditions pour mettre en place un travail du *care* suffisant, une souffrance éthique peut apparaître chez les préposées. En effet, lorsque les conditions de travail induisent un écart avec ce qu'elles perçoivent comme un travail de qualité, un inconfort peut s'installer (Gonin, Grenier et Lapierre, 2013). En faisant naître un « conflit entre [certaines] convictions morales et l'injonction à participer à des actes qu'[elles] réprovoque[nt] », ce malaise peut se manifester sous la forme d'une fatigue émotionnelle (Dejours, 2006, p. 132).

Manifestement, les souffrances éthiques vécues par les préposées auraient un impact considérable sur la qualité de leur prise en charge. Le personnel, au même titre que les résidents, doit « être traité avec dignité et respect », car « les conditions de travail et le bien-être du personnel sont intimement liés à la qualité des soins offerts aux résidents » (Baines et Armstrong, 2015; LaValley, 2011; Murphy, 2007 citée dans l'INESSS 2018 p. 37). En 2018, les résultats du sondage de la FSSS-CSN portant sur la satisfaction au travail du personnel du réseau de la santé et des services sociaux ont révélé que près du tiers des travailleuses de la santé n'arrivait pas à accomplir toutes leurs tâches et qu'un peu moins de la moitié d'entre elles y parvenaient seulement si elles compromettaient leur temps de pause. La majorité des répondantes dénoncent également la présence d'une fatigue induite par la surcharge de travail. Ils présentent aussi une augmentation des arrêts de travail pour des raisons psychologiques, notamment pour des causes d'épuisement professionnel (FSSS-CSN, 2018, p.11). Tout comme notre étude, les résultats soulignent l'effet délétère de cette situation sur la qualité des soins offerts.

Les principaux motifs permettant d'expliquer un haut niveau d'épuisement professionnel sont généralement liés à des conditions de travail difficiles : surcharge de travail, manque de personnel, manque de reconnaissance, problème de gestion et pression au travail (FSSS-CSN, 2018). Par ailleurs, les préposées épuisées seraient considérées comme étant plus à risque de commettre des actes de négligence ou de violence envers les résidents (Doyon et Parent, 2017). Dans leur étude, Doyon et Parent (2017) ont démontré que plus de la moitié des préposées présentaient un taux d'épuisement modéré à sévère et que 80 % d'entre elles avaient vu une collègue très épuisée commettre des erreurs professionnelles qui les éloignaient d'une pratique bientraitante.

Enfin, bien qu'elle soit principalement associée aux conséquences de la réforme Barrette, la surcharge de travail actuelle peut aussi s'exprimer par une augmentation de la violence envers le personnel (FSSS-CSN, 2018). Pour Belzile, Pelletier et Beaulieu (2014), plusieurs situations de négligence et de violences réactionnelles trouveraient leur origine dans l'incapacité des soignants à décoder certains comportements agressifs des résidents comme des manifestations cliniques sous-jacentes à une maladie ou une incapacité. De telles situations conduiraient à « quitter la position de l'acteur bienveillant pour celle d'un agent exécutant la tâche demandée sans égard à la dimension relationnelle de la situation clinique » (Belzile, Pelletier et Beaulieu, 2014 p. 42). À titre d'exemple, les comportements violents d'une personne atteinte de troubles cognitifs ou de démence peuvent déclencher une violence réciproque chez le soignant (OMS, 2002). Cette violence résulterait d'une multitude de facteurs dont « le stress, les relations entre soignant et soignées, le comportement perturbateur et agressif du soigné et la dépression du soignant » (OMS, 2002, p.146).

Au sein de notre étude, toutes les préposées dénoncent les contraintes organisationnelles qui limitent leurs pratiques bientraitantes. Elles associent également l'augmentation de leur niveau de « fatigue » à une baisse de la qualité des services offerts et aux difficultés d'offrir des soins adaptés aux résidents les plus exigeants.

### **L'évaluation : « recevoir le soin » et la réceptivité**

La vulnérabilité des résidents ne les réduit pas à des receveurs de soins passifs. La finalité

de leur relation avec les préposées est de parvenir à davantage d'autonomie afin d'amoinrir leurs situations de dépendance (Zielinski, 2010). L'autonomie, lorsqu'elle est toujours envisageable, suppose la participation active du résident. Elle est envisagée comme un processus de libération : elle « est à la fois présupposée (la personne sait ce dont elle a besoin, son avis est sollicité) et visée (réduire les dépendances) » (Zielinski, 2010, p.641).

Les préposées interrogées se distancient d'une interprétation qui positionnerait les résidents comme de simples « objets de soin » pour les replacer comme des « sujets de soin ». En effet, le contact direct entre la préposée et le résident souligne que celle qui est appelée à répondre à un besoin doit continuellement s'adapter. Autrement dit : « c'est bien celui qui reçoit le *care* qui guide, évalue, reste le maître du soin donné » (Zielinski, 2010, p.639). Pour les préposées, la réceptivité est une qualité importante. Lorsqu'elles ne parviennent pas à répondre adéquatement aux demandes des résidents, elles ressentent une forte déception et ont tendance à se remettre en question. Ainsi, s'attarder à la manière dont le soin a été reçu permet de valider le bien-fondé d'une intervention et de s'ajuster au besoin. Et en milieu d'hébergement, la réceptivité est parfois le seul moyen de déterminer si la réponse apportée est appropriée.

En résumé, l'aspect relationnel est à la base de l'éthique du *care* : « on ne peut pas évaluer les soins donnés sans tenir compte de la relation entre le soignant et le bénéficiaire : le niveau d'écoute et le souci de l'autre joue directement sur la qualité des soins. » (Gagnon, 2017, p.78). Quand l'idéal relationnel n'est pas atteint, les phases d'intégration du processus du *care* permettent de déterminer si le soin est offert dans de bonnes conditions. Et au-delà des compétences individuelles et de l'engagement personnel, un soin adéquat requiert une allocation adéquate des ressources (Tronto, 2009).

## **Un déséquilibre dans le partage des responsabilités**

S'il est vrai que les préposées de notre étude s'investissent auprès des résidents, penser la bientraitance uniquement en termes de dispositions individuelles pourrait laisser croire qu'elle est de leur ressort, alors que le bon soin « s'appuie sur des jugements qui vont bien au-delà de conscience individuelle » (Tronto, 2009, p.183). Tronto nous met d'ailleurs en



garde face à une interprétation exclusivement relationnelle de la bientraitance. Si les préposées s'acquittent effectivement de leur responsabilité du « prendre soin » elles le font avec les moyens dont elles disposent et selon la position hiérarchique qu'elles occupent. Dans de telles conditions, la bientraitance dépendrait moins des pratiques soignantes que des directions d'établissements (Molinier, 2010). Elle doit alors être comprise comme une responsabilité institutionnelle et suppose également la reconnaissance de ceux et celles qui la mettent en pratique.

### **La bientraitance comme responsabilité institutionnelle**

À la lumière de notre analyse, le discours rapporté par les préposées a permis d'entrevoir les limites de la bientraitance davantage comme l'expression de conditions sociales inadaptées que comme des défauts de personnalités. Plus particulièrement, c'est dans les ressources mises à leur disposition que nous percevons des inadéquations entre les exigences de bientraitance et les moyens mis en place pour atteindre ces objectifs. Questionnées sur les limites de la bientraitance qu'elles percevaient au sein de leur milieu de travail, les préposées ont nommé différentes contraintes organisationnelles :

- a) Le manque de personnel, l'absentéisme et les besoins de remplacement;
- b) Les contraintes d'organisation du travail : la diminution du ratio de préposées par résidents qui augmente la charge de travail, priorise l'aspect technique et tend à diminuer la qualité des soins offerts;
- c) La pression collective qui accroît les tensions au sein de l'équipe et tend à valoriser la performance plutôt que la bientraitance;
- d) Le rythme de travail soutenu et les conséquences négatives des injonctions contradictoires qui les conduisent vers une souffrance physique ou morale.

Cette liste constitue quatre motifs de malaise, voire même de souffrance pour les préposées. Autrement dit, les difficultés soulevées par les préposées signalent une fracture dans leur condition de travail. Cette cassure ne leur permet pas de respecter le rythme des résidents et influence négativement leur capacité à être bientraitantes.

Répandus dans différents milieux, ces enjeux organisationnels sont appuyés par plusieurs chercheurs québécois. Aubry (2012) décrit le décalage temporel présent entre l'image

relationnelle du métier et la charge de travail prescrite comme les « rythmes contradictoires de l'aide-soignante ». Aubry et Couturier (2017) constatent que cet écart entre la tâche dictée et l'atteinte de l'idéal relationnel est la principale critique que les préposées adressent face à leur travail. Cet écart induit une souffrance éthique et un sentiment de travail « mal fait ». Les préposées ont alors l'impression de ne pas prendre suffisamment soin des résidents et de manquer de temps pour réaliser un travail de qualité (Aubry et Couturier, 2017). Ce sentiment de surcharge intensifie le rythme et contribue au développement d'une fatigue physique et mentale (Tremblay, 2017). Lorsqu'elles sont surchargées et dans l'incapacité de répondre adéquatement aux besoins des usagers, les préposées développent un sentiment de culpabilité (Aubry et Couturier, 2017; Aubry et Couturier, 2014). Ce sentiment de culpabilité est soutenu par toutes les préposées rencontrées : elles regrettent et se désolent parfois de ne pas avoir suffisamment de temps pour pratiquer la bientraitance. Contraintes de délaisser une composante essentielle de leur travail, les rythmes contradictoires ne leur permettent pas de « s'arrêter et de s'intéresser réellement aux résidents » (Allaire, 2017, p. 69).

De plus, au sein du rapport de l'IRSST (2017), les préposées décrivent leur quotidien comme « une suite ininterrompue d'activités ». Si un imprévu survient, un sentiment de « retard à rattraper » s'installe. Pour entrer « dans les temps », elles utilisent alors des stratégies de régulations : réduction du temps de pause, manœuvrer un lève-personne seule plutôt qu'à deux, faire « à la place de », etc. (IRSST, 2017). Comme le démontre notre analyse, il est fréquent que les préposées adoptent de telles stratégies par souci de bien-être des résidents. En outre, la notion de performance prend une place considérable au sein des discours qui justifient la non-observation du PDSB. Le maintien d'un rythme de travail soutenu au détriment des principes de sécurité serait influencé par la déviation des repères temporels qui suscite « la peur des PAB de se faire juger par leurs collègues du quart suivant, d'être jugés incompetents » (IRSST, 2017, p. 54). De la même manière, d'autres études démontrent que les préposées cherchent à réaliser leurs tâches « à temps », à « tenir le rythme » afin de ne pas imposer de responsabilité supplémentaire à leur collègue. Cette pression les pousse à « faire à la place de » plutôt que de favoriser le maintien de l'autonomie (MSSS, 2014). Bien qu'elle s'impose parfois au détriment de la bientraitance individuelle, la dimension collective de la bientraitance est fortement respectée par les

préposées : « [une] transgression reviendrait selon [elles] à être jugé négativement par [leurs] collègues. » (Aubry, Couturier et Gilbert, 2013a, p.56). Comme « des difficultés peuvent apparaître si les PAB ne respectent pas les mêmes rythmes de travail » (IRSST, 2017 p.63), elles subissent une double contrainte : celle de l'organisation et celle de leur collectif de travail (Aubry, Couturier et Gilbert, 2013a).

Afin de compenser le manque de temps et de réduire la charge de travail collective, les PAB développent des stratégies informelles visant le maintien des relations avec les résidents. Ces stratégies qu'Aubry (2016a) nomme des *situations d'arrangement* leur permettent d'entrer en relation avec le résident tout en évitant la critique des pairs ou de l'équipe de travail. Les préposés établissent donc un contact avec les résidents, en effectuant une tâche connexe (en ouvrant les rideaux, lors des transferts, des déplacements, de la toilette ou des bains, etc.). La discussion est amorcée lors de la réalisation d'une activité prescrite et « le temps de discussion » dépend de la durée de cette activité (Aubry, 2016a). Dans le même ordre d'idées, les préposées que nous avons rencontrées considèrent qu'il est bientraitant d'évoquer directement la problématique du manque de temps avec les résidents et leurs familles et d'adopter des alternatives permettant de maintenir une dimension relationnelle sans nuire au travail collectif.

Enfin, la mise en place de *stratégies de régulation* et de *situations d'arrangement* découle d'une absence de reconnaissance pour le travail entourant la bienveillance. Elles exposent un manque de considération pour les dimensions qualitatives du travail effectué par les préposées, pourtant « c'est dans celle-ci que se déploie de manière privilégiée le travail du *care* : souci de l'autre (connaissance et compréhension de ses besoins et réalités), travail affectif en vue d'une qualité de la relation (création d'un lien de confiance, convivialité des échanges, etc.) » (Gonin, Grenier, Lapierre; 2013, p. 9). Le temps du soin ne peut être réduit à une logique marchande. Les métiers du *care* exigent un autre type de temporalité qui tiendrait compte des capacités, des conversations et du corps (Paperman, 2009). Dans le contexte actuel, la bienveillance passe donc par un effort supplémentaire des préposées qui tentent de faire une différence auprès des résidents. Par ailleurs, leur discours est teinté par les représentations culturelles dominantes. Elles intériorisent le crédo qui prône que la bienveillance dépend de « leur présence » auprès des résidents, alors que cette même

présence repose essentiellement sur l'établissement d'un climat de travail propice à sa réalisation. Ce message tend à individualiser la responsabilité de la bienveillance et complexifie les réflexions organisationnelles sur le sujet.

### **L'absence de reconnaissance pour le travail des préposées**

Dans une société comme la nôtre, les structures mises en place ne soutiennent que timidement la prise en charge des plus dépendants. Le *care* se situe donc en périphérie de la sphère publique (du politique). Les plus vulnérables tendent à être dépréciés : ils sont perçus comme « moins autonomes » et disposant de moins de pouvoirs et de capacités (Tronto, 2008, p. 257). Comme elles sont inévitablement associées à certaines formes d'incapacités, les personnes âgées ont tendance à être marginalisées et exclues de la vie sociale (Laroche, 2018, p. 56). Cette discrimination ne s'applique pas exclusivement à cette communauté, elle se perçoit également auprès de ceux et celles qui se chargent de prendre soin d'elle. D'ailleurs, en milieu d'hébergement, l'absence de reconnaissance pour le travail des préposées est flagrante : quand il est question de division du travail, les préposées se situent au bas de l'échelle. Ces dernières semblent également étrangères aux prises de décisions les concernant.

### **L'amour et l'aspect vocationnel du métier**

Dans le cadre de son mémoire de maîtrise portant sur le travail des préposées aux bénéficiaires en ressources intermédiaires, Laurence-Ruel (2019) expose les fondements qui justifient le discours associé à l'amour à l'aspect vocationnel du métier. Soulignons, par ailleurs, que ces éléments furent évoqués par l'ensemble des participantes de notre étude. Dans un premier temps, Laurence-Ruel reprend les résultats de la recherche d'Aubry (2013) portant sur les compétences professionnelles des PAB. Elle explique que la « rhétorique de la vocation » sert à donner un sens à la trajectoire professionnelle des préposés. Néanmoins, cette attitude a pour effet d'occulter les moyens par lesquels leurs compétences professionnelles sont acquises.

En second lieu, elle rapporte les propos de Moliner qui observe que ces travailleuses utilisent fréquemment un registre affectif pour parler du métier ou des résidents. En effet, « les travailleuses disent “aimer les personnes” et “travailler avec amour”, et ce, malgré les

difficultés et les pénibilités évidentes du métier » (p.20). Pour Molinier, cette charge affective servirait de défense contre le manque de reconnaissance associé à leur travail. Laurence-Ruel poursuit en présentant les travaux de Dusset qui note que « l'amour apparaît clairement comme une condition nécessaire au travail [du *care*] » (2005, p.92, cité dans Laurence-Ruel, 2019, p.23), et ce, même si cet « amour » peut contribuer à perpétuer un mécanisme de dévalorisation, d'invisibilisation et à « naturaliser » les compétences du métier.

Dans notre étude, l'engagement subjectif (le travail effectué en dehors des heures de travail et les « petits extras ») et l'amour (la charge affective) exprimés par les préposées envers les résidents permettraient de donner un sens à ce qu'elles font. Malheureusement, dans un contexte de travail salarié, le travail réalisé par « amour ou par amitié » n'est pas transformé en salaire. Il tient plus du « service rendu » et contribue à limiter la reconnaissance du travail réel effectué. Dusset décrit cette situation ainsi :

Dans ces « emplois de femmes », [les travailleuses] sont amenées à s'engager elles-mêmes, personnellement, au-delà de ce qui est exigé explicitement par le contrat de travail, pour mener à bien leur tâche. L'« humain » est au cœur du travail : au-delà des tâches matérielles prescrites, c'est toute leur intelligence qui est mobilisée pour maîtriser la situation, et plus encore le si féminin « souci d'autrui », seul gage d'un service de qualité. Leur subjectivité est donc engagée de multiples façons et si le sens moral et l'attention aux autres sont indispensables, un véritable travail de gestion des émotions est aussi nécessaire pour permettre à ces salariées d'établir et de conserver la bonne distance, dans une relation de service où leur sexe tend à les inférioriser. Pourtant, paradoxalement, il semble que plus les salariées engagent leur subjectivité dans le travail, moins elles accèdent à une reconnaissance formelle de leur qualification. L'engagement subjectif joue donc ici un rôle ambigu : d'un côté il permet aux salariées de trouver du sens à une tâche souvent pénible, d'un autre, il tend, en travestissant les compétences mises en œuvre sous le masque du dévouement, à dévaloriser ce travail, permettant ainsi la perpétuation de conditions d'emplois précaires. (Dusset, 2008, p. 71, cité dans Laurence-Ruel, 2019, p. 23-99)

Enfin, afin de présenter l'importance des compétences relationnelles au sein du métier, la chercheuse décrit les travaux d'Aubry et d'Arborio. D'une part, la « rhétorique de vocation » favorise la construction d'une identité professionnelle en permettant de se différencier « des autres travailleurs qui ne possèdent pas ou qui ne peuvent pas posséder

ces compétences puisqu'elles sont transmises naturellement et non par le biais d'une formation ou d'expériences professionnelles » (Aubry, 2013, p.3 cité dans Laurence-Ruel, 2019, p.14). En insistant sur l'aspect relationnel, qui est le plus valorisé chez les préposées, la rhétorique de vocation facilite la prise en charge « du sale boulot ». D'ailleurs, « les aides-soignantes qui ne parviennent pas à réaliser cette naturalisation sont précisément celles qui parviennent le moins à supporter les conditions de travail inhérentes aux organisations gériatriques » (Aubry, 2013, p.3 cité dans Laurence-Ruel, 2019, p.14). D'autre part, pour Arborio (2001, 2009) si la valorisation des compétences relationnelles implique une plus grande proximité auprès des résidents, cette dernière est associée à des savoirs dévalorisés. Les compétences requises pour exercer le métier de PAB correspondant « à des qualités supposées naturelles et sexuées » « qui ne sont pas reconnues comme de réelles compétences [en raison de] leur association à la sphère domestique. Elles seraient ainsi assimilées à une nature spécifiquement féminine et invisibilisées et dévalorisées sur cette base. » (Laurence-Ruel, 2019, p.124).

### **Une responsabilité liée à la division du travail**

L'importance du travail du *care* n'est pas reconnue à sa juste valeur. Les activités réservées aux subalternes, comme les préposées, ne sont pas considérées comme des pratiques qui requièrent des compétences professionnelles, elles apparaissent plutôt comme des « savoir-faire sans qualité » (Paperman, 2015a, p.56). Comme ces services sont essentiellement fournis par des femmes, on insiste sur leur qualité « naturelle » (Tronto, 2009) et le modèle de référence masculin crée une distinction de genre qui tend à dévaloriser ces compétences « féminines » (Carpentier-Roy et Vézina, 2000). Le savoir des préposées reste donc ignoré et dévalué (Molinier, 2012). En disqualifiant l'importance de l'affectivité au sein de leur travail, on renforce les injustices qu'elles subissent (Gagnon, 2017) : faible salaire, conditions de travail difficiles, absence de reconnaissance sociale, peu de latitude décisionnelle, absence de concertation...

Les préposées se situent donc au bas de l'échelle organisationnelle et leur travail, car il comporte un caractère relationnel « invisible », suscite le désintérêt et le mépris (Aubry, 2017). Le caractère « invisible » de leur tâche est considéré par Bourassa (2015) comme un des facteurs expliquant l'absence de reconnaissance face au travail qu'elles effectuent. La

chercheuse expose d'ailleurs le sentiment d'isolement vécu par les préposées lorsque leur connaissance et leur expertise professionnelle ne sont pas reconnues par leur équipe de travail. Aubry, Couturier et Gilbert (2013a) illustrent cette problématique dans leur recherche portant sur l'application de l'AMV en établissement d'hébergement de longue durée. Après avoir analysé les points de vue de préposées aux bénéficiaires, d'infirmières et d'infirmières auxiliaires, ils concluent qu'un nombre élevé de résidents par préposées imposent un rythme de travail qui entre en contradiction avec les principes de l'AMV. Tout comme les participantes de notre étude, les préposées décrivent l'AMV comme une approche positive, mais pour le moins difficile à mettre en œuvre, car elles se sentent incapables de modifier leur routine de travail collectif. Routine qui est « destinée prioritairement à la réduction de la charge de travail et au respect minimal des besoins de résidents » (Aubry, Couturier, Gilbert 2013a, p.60). Elles privilégient donc de rencontrer les besoins collectifs avant d'effectuer des actes de proximité individuels. Cela dit, l'intérêt de cette étude réside spécifiquement dans les divergences d'interprétation portant sur leur niveau d'engagement. Selon la position hiérarchique occupée, les discours tendent à individualiser les difficultés d'implantation de l'AMV. En effet :

là où les préposés voient avant tout un problème de condition de travail et de gestion collective, les infirmières et infirmières auxiliaires formulent leurs critiques en termes de manque de motivation individuelle des préposés à dépasser ce qu'elles perçoivent comme un carcan collectif. (Aubry, Couturier, Gilbert 2013a, p. 58)

De fait, des écarts hiérarchiques engendrent parfois une tension dans les climats de travail (Riendeau, 2006). La dynamique associée à la division des tâches peut entraîner un certain mépris envers les préposées. À ce propos, Tremblay (2017) explique que leur point de vue n'est pas toujours pris en compte par leurs collègues plus scolarisées. Il ajoute qu'une division basée sur le titre d'emploi peut également nuire à l'entraide, ce qui affecte la qualité des soins offerts aux résidents. Il y a un certain temps, Lee-Treweeke (1994) a aussi démontré que dans les établissements résidentiels de soins, les aides-soignantes sont peu soutenues par les employées plus qualifiées. Ces dernières se mettent « à distance » leur laissant ainsi une grande responsabilité à l'égard des résidents (Brown, 2002). Enfin, la fragmentation du travail du *care* contribue à limiter sa reconnaissance : « La mise à distance des employées des différentes catégories par une hiérarchisation forte de leurs

fonctions a pour résultat “l’ignorance” de la part de ceux qui sont en haut de la hiérarchie, de la charge du travail subalterne » (Makridou, 2014, p. 346, cité dans Laurence-Ruel, 2019, p. 21).

### Étrangères dans leurs pratiques

Ce manque de reconnaissance et de valorisation professionnelle ne se limite pas seulement à leur collègue et à leur supérieur immédiat, il est également perceptible dans les mesures gouvernementales et les politiques implantées au sein des établissements. En effet, les activités visant à instaurer des pratiques bientraitantes en milieu d’hébergement n’y associent pas complètement les préposées. Selon Molinier (2010), les dirigeants ont tendance à corriger la situation par le haut en instaurant des chartes et des formations supplémentaires. Or, ces dispositifs n’intègrent pas suffisamment les destinataires de soin. En optant pour une « prise en charge distanciée », les décideurs « sont très éloignés des conditions effectives de distribution et de réception du soin et, en conséquence, ils ne peuvent pas proposer des soins de qualité » (Tronto, 2016, p. 151). Les préposées riches en savoir relationnel sont donc laissées pour compte. Et bien que ce soient elles qui soient les plus en contact avec les résidents, les décideurs leur tiennent un discours sur les pratiques qu’elles devraient adopter. Certains chercheurs observent également un manque de considération quant à leurs croyances : elles sont parfois perçues comme non professionnelles, car trop affectives ou familières (Modak, 2015). Pourtant ce sont elles qui par leur savoir-être et leur savoir-faire créent « un monde où il est possible de vivre une vie décente [...] pour les personnes âgées et pour elles ensemble. » (Molinier, 2003, p. 152). Ce sont ces mêmes préposées qui disent aimer les résidents et en prendre soin d’eux comme si c’étaient des amis ou des membres de leur famille.

Cette différence de perception dans la réponse à apporter aux résidents renvoie à un paradoxe inhérent à ce type d’organisation : la perception de la bientraitance diffère selon qu’on accorde le soin ou que l’on se charge uniquement de l’allocation des ressources. Bien que les préposées n’utilisent pas ce terme spontanément, dans le métier de préposé, la bientraitance va de soi. Elle est la finalité même de leur travail. Le fait de leur demander d’être bientraitantes souligne donc un manque de reconnaissance pour les fonctions qu’elles effectuent. En effet, la reconnaissance passe par un préalable : « le respect de ceux et celles



qui le font [et par...] l'idée que les gens ont quelque chose à dire de ce qu'ils font » (Molinier, 2010, p. 144). Or, les chartes et les réglementations visant à améliorer la qualité des soins vont parfois à l'encontre de ce qu'est la bientraitance pour elles. Imposer la « bientraitance » aux préposées sans s'intéresser au fondement de leurs pratiques apparaît alors comme une aberration, car elles considèrent que ces dispositions ne tiennent pas compte de leur réalité et qu'elles nuisent au développement d'une bonne relation avec les résidents. Ces désaccords sur le « prendre soin » et sur les bonnes manières de faire se soldent pourtant par des injonctions pour corriger les préposées (Modak, 2015).

En omettant d'intégrer l'expérience des préposées au sein des solutions qu'elles ont à employer, les initiatives gouvernementales n'offrent pas toujours les résultats escomptés. Différents chercheurs arrivent à ce constat : la mise en application de leurs connaissances devient parfois incompatible avec les contraintes organisationnelles. Pour Aubry et Couturier (2018) en misant sur la formation Agir pour faire appliquer l'AMV en CHSLD, les décideurs semblent attribuer, à tort, l'écart entre les principes de l'AMV et ses réalités cliniques par un « défaut de compétence, voire d'attitude, des préposés » (p.87). En ce qui a trait aux conséquences de la formation « Agir » sur les pratiques quotidiennes des préposées, Couturier, Aubry et Gilbert (2013) soulignent que la formation ne règle en rien la question des contraintes organisationnelles soit la charge de travail et l'intensification du rythme de travail. D'ailleurs, en fonction des contextes de travail, les chercheurs rapportent un retour furtif vers d'anciennes pratiques, sans considération pour les compétences acquises. Des propos similaires furent abordés par les préposées de notre étude. En outre, dans le cadre d'une évaluation du MSSS sur la formation « AGIR » (2014), les préposées soulèvent ces mêmes problématiques.

Concernant l'Approche relationnelle de soin, l'ASSTSAS révèle que les éléments liés à la *réalisation d'un soin relationnel* sont facilement introduits par les préposés, mais que le *développement de l'autonomie du résident* est une visée difficile à atteindre. Selon leurs répondants, les conditions organisationnelles constituent le principal obstacle à l'implantation de l'ARS. Parmi les motifs soulevés, les soignants évoquent une incompatibilité entre cette approche et leur situation de travail; ils dénoncent principalement le manque de temps (Bellemare et al., 2014b). Enfin, il semblerait que les

revendications de ces travailleuses, lorsqu'elles tentent de composer avec des ressources limitées, restent parfois sans réponses. L'étude de Doyon et Parent (2017) rapporte que 66 % des préposés déclaraient ne pas recevoir d'aide lorsqu'ils se sentaient surchargés. D'ailleurs, lorsqu'ils ont abordé avec leur responsable que les besoins des usagers n'étaient pas comblés, 81 % d'entre eux n'ont pas reçu de soutien.

Comme Riendeau (2006) le souligne, les préposées remarquent que les résidents sont les premiers à être pénalisés par la surcharge de travail, notamment en termes d'investissement affectif et temporel. Elles rapportent que les effets anxiogènes et stressants liés à leur travail peuvent avoir un impact négatif sur la prestation de soin. En se disant plus « fatiguées », voire « impatientes », certaines participantes suggèrent que les contraintes organisationnelles les poussent parfois à l'indifférence et à la déshumanisation. Pour Bourassa (2015), la santé physique et mentale des préposées est mise sous tension<sup>40</sup> et malgré leurs efforts soutenus, le peu de reconnaissance à l'égard de leur travail représente un enjeu incontestable dans l'offre de soins de qualité en milieu d'hébergement. Ceci dit, il apparaît évident que « la bientraitance des personnes en situation de dépendance exige de bien-traiter ceux qui les assistent » (Moulias, 2012, p. 27). La notion de double bientraitance est donc un élément central dans la promotion de la bientraitance en milieu d'hébergement :

Il s'agit de comprendre à quel point la bientraitance des fragiles est tributaire des conditions d'organisation et de reconnaissance du travail des professionnels par leur encadrement. Ce n'est donc pas dans la symétrie professionnels-usagers [préposées-résidents] qu'il faut penser la géométrie de la bientraitance, mais dans sa résonance « qualité et humanité des soins »/« qualité de l'organisation et démarche managériale ancrée dans le respect et la reconnaissance des collaborateurs [...] ». (Cassandre, 2016, p.24)

La reconnaissance des soignants est capitale quand il est question de bientraitance en milieu d'hébergement. Néanmoins, comme la bientraitance implique généralement une activité relationnelle, son caractère « invisible » nuit à la valorisation du travail relationnel effectué par les préposées (Bourassa, 2015). L'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en

---

<sup>40</sup> Demande physique excessive, agressions des résidents, souffrance éthique, faible soutien social, absence de latitude décisionnelle, forte demande émotionnelle, manque de reconnaissance, critiques médiatiques... (Bourassa, 2015)

sécurité du travail [IRSST] (2016) a d'ailleurs fait la démonstration qu'une organisation du travail « *bottom-up* » utilisant les connaissances et les compétences des préposées aux bénéficiaires offre de réels bénéfices pour l'ensemble de l'équipe soignante et les résidents. Les projets novateurs qui tendent à intégrer les préposées amélioreraient la communication, l'imputabilité des soins, le travail d'équipe, l'interdisciplinarité et la satisfaction des résidents (IRSST, 2016).

En résumé, en tenant compte des injonctions bientraitantes vécues par les préposées, de ce qu'elles en ont à dire et de leurs suggestions pour faciliter l'implantation de ces pratiques, il ressort qu'une plus grande importance doit être accordée au caractère relationnel de la bientraitance. De plus, afin de mieux réfléchir à la bientraitance, ceux et celles qui la pratiquent devraient être perçus et reconnus comme des acteurs indispensables à sa mise en place. Ainsi, plutôt que dicter certaines manières de faire qui ne correspondent pas toujours aux réalités du terrain, savoir écouter et repérer les limites organisationnelles permet d'introduire un questionnement tant sur la nature des changements structurels à apporter que sur la place accordée au travail du *care* dans notre société.

## **Retour sur le cadre théorique et l'importance disciplinaire de l'étude**

En s'appuyant sur les théories sociales critiques, ce travail s'inscrit au sein des pratiques anti-oppressives utilisées en travail social. La notion de pratique anti-oppressive est un concept générique regroupant de multiples théories<sup>41</sup> (Pullen Sansfaçon, 2013; Tyson, 2006). Elle a pour visée la justice sociale et s'efforce de contester et de changer « les formes et les structures » de l'oppression<sup>42</sup> vécues par des individus en contexte de vulnérabilité (Pullen Sansfaçon, 2013; Tremblay, 2015). Elle « incarne une philosophie centrée sur la personne, un système de valeurs égalitaires recherchant la réduction des effets délétères des inégalités structurelles sur la vie des gens » ([traduction libre] Dominelli,

---

<sup>41</sup> Éclectiques, diversifiées, hétérogènes et non consensuelles, les théories critiques (structuralisme, féminisme, etc.) ont un caractère évolutif, pluriel et non unitaire, elles présentent l'intérêt « de donner des contours » aux connaissances qui sont également changeantes et évolutives (Caron, 2017).

<sup>42</sup> L'oppression est une situation qui s'inscrit dans des conditions de vie construites et par un processus qui crée et maintient cette situation (Mullender et Ward, 1991). Elle est à la fois le processus et le résultat de ce processus (Pullen Sansfaçon, 2013). L'oppression est provoquée par la domination ou un rapport de pouvoir d'un groupe sur un autre groupe de personne (Tremblay, 2015). Elle implique : un traitement inhumain ou dégradant, une situation d'injustice, le mépris d'un individu ou d'un groupe d'individus et une limitation de leurs droits (Thompson, 2001 citée dans Pullen Sansfaçon, 2013).

2002, p.6 cité dans Pullen-Sansfaçon, 2013, p. 357). Tremblay (2015) explique que les travailleurs sociaux « en tant que témoins des injustices sociales, de la détresse humaine et des abus de pouvoir [...] ont le mandat bien spécifique d'agir comme agents de changement social au sein de la société » (p. 335). Pour remettre en question les systèmes d'oppression et amorcer un processus de changement social, ces derniers doivent donc s'intéresser aux besoins spécifiques des communautés et privilégier des pratiques anti-oppressives (Tremblay, 2015).

Dans les établissements de soins de longue durée, le premier mandat des travailleurs sociaux est la promotion et la défense des droits des résidents (ACTS, 2012 : Koren et Doron, 2005 : NASW, 2016). En ayant le souci de garantir des services de qualité pour tous, les travailleurs sociaux portent donc une attention particulière aux situations d'oppression (NASW, 2016). D'ailleurs, en insistant sur la dignité et le respect des droits de la personne, ils sont porteurs d'une éthique qui valorise le bien-être des résidents en milieu d'hébergement. Pour se faire, ils veillent à défendre leurs intérêts après de leur famille, de la direction et des autres membres du personnel (Koren et Doron, 2005). Les travailleurs sociaux jouissent également d'une position privilégiée pour participer à la mise en place de politiques macro-sociales. Comme ils étudient principalement les relations interpersonnelles, leur expertise contribue à dénoncer les situations d'abus ou de négligence (NASW, 2016). C'est par une analyse des interactions entre les différents systèmes que les travailleurs sociaux parviennent à exposer les changements qui pourraient contribuer à optimiser la qualité de vie des personnes ou des communautés en situation de vulnérabilité (ACTS, 2012).

Beaulieu et Pelletier (2015) considèrent qu'en gérontologie communautaire, les travailleurs sociaux participent « à réduire les inégalités sociales dans la communauté locale ou territoriale, à mettre de l'avant la justice sociale et à soutenir des changements sociaux positifs. » (Beaulieu et Pelletier, 2015, p.2 70). Deslauriers et Hurtubise (2007) soulignent également que ces derniers ont la responsabilité de « contester les règles et les pratiques injustes » et d'attirer l'attention sur « les situations où les ressources sont inadéquates » (p. 343). Ce désir de défense des droits et de justice sociale correspond à notre démarche de

recherche qui tente de valoriser les pratiques bientraitantes en milieu d'hébergement québécois. Enfin, ce sujet reste central pour les travailleurs sociaux, puisque ces derniers sont amenés à collaborer étroitement avec ces milieux soit en y recommandant des personnes âgées, soit en étant responsables des mesures de contentions ou en y effectuant des démarches relatives aux régimes de protection.

Au sein d'une pratique anti-oppressive, les difficultés vécues par le système préposées-résidents peuvent être expliquées par des facteurs structurels; il nous semble donc pertinent d'étudier les conditions sociétales qui influencent directement ce système (Pullen-Sanfaçon, 2013). Aborder cette problématique selon le cadre théorique de l'éthique du *care*, contribue à illustrer les relations de pouvoir et de domination qui se jouent en milieu d'hébergement. À priori, si les difficultés associées à la bientraitance semblent être davantage vécues sur le plan relationnel, les problématiques rencontrées par les préposées sont fortement influencées par des forces sociales et politiques étrangères à leurs besoins et à ceux des résidents.

Des contraintes externes, comme la temporalité et le manque de reconnaissance sociale, rappellent la précarité et la dévalorisation associées au travail du *care*. En effet, les formes d'oppressions vécues par les préposées se répercutent directement sur le bien-être des résidents. Ainsi, « l'organisation inégalitaire des activités de *care* ne pèse pas uniquement sur les pourvoyeurs de *care* mais compromet la possibilité pour les bénéficiaires de faire l'objet d'un *care* adéquat » (Garrau, 2014, p. 59-60). À ce propos, Tronto affirme qu'il est possible de « s'appuyer sur les points de vue et les expériences des sujets du *care* [les préposées], pour montrer ce qui ne va pas en l'absence de *care*, ou ce qui ne va plus lorsque les conditions rendent sa production trop précaire » (Paperman, 2013, p.50). La remise en question des conditions de travail, qui permettraient aux préposées d'être bientraitantes nous apparaît être un incontournable pour le travail social en gérontologie. À notre avis, la bientraitance des résidents passe par la prise en compte du point de vue des préposées et par la reconnaissance de leurs revendications. Ce n'est qu'en considérant les contraintes organisationnelles qui limitent leur savoir-être et leur savoir-faire qu'une véritable promotion de la bientraitance pourra être envisagée.

Ce type d'informations est pertinent, puisque c'est en ramenant le « prendre soin » au niveau politique que les travailleurs sociaux parviendront à influencer la qualité des soins offerts en milieu d'hébergement. En fait, selon la perspective critique, la quête de connaissance est nécessairement politique : elle vise à modifier les interprétations et les manières d'agir (Kuntz, 2015, cité dans Caron, 2017). Pour y parvenir, Peperman explique que la connaissance du *care* repose sur les acteurs qui en font l'expérience : « [elle] commence avec la connaissance qu'en on les protagonistes, le plus souvent exclus en tant que sujet [de connaissance] : les travailleuses du *care* » (2009, p.104). L'enjeu réside donc dans la place accordée à ces acteurs. Une meilleure compréhension passe inévitablement par ceux et celles qui vivent de telles situations (Paperman, 2013). Notre étude réitère l'importance d'intégrer les connaissances, les expériences et les recommandations des préposées aux bénéficiaires dans les aspects concernant la bientraitance en milieu d'hébergement.

### **L'originalité et les forces de l'étude**

À défaut de le répéter, cette étude s'insère au sein du projet *Démarche de mise en valeur des pratiques de bientraitance « ordinaire » en milieu d'hébergement au Québec : un travail de mobilisation de tous les acteurs concernés*. Elle s'inscrit donc dans le cadre d'une étude plus large qui vise à répondre à trois mesures spécifiques du plan d'action de lutte contre la maltraitance envers les aînés. Il s'arrime aux mesures 6, 8 (objectif 1.3.) et 50 (objectif 4.2.) prévues par *le PAM 2017-2022* soit celles de : « recenser les pratiques dites bientraitantes en contexte de soins, alliant savoir-faire et savoir-être, et en faire la promotion auprès des employés du réseau de la santé et des services sociaux [...], promouvoir la bientraitance en résidences privées pour aînés (RPA) par des activités et des outils de sensibilisation [... et] soutenir le développement de différents projets de recherche concernant la maltraitance, la bientraitance et les bonnes pratiques à mettre en place auprès de différents groupes de personnes aînées » (Ministère de la Famille et Secrétariat aux aînés, 2017, p.53 et p.65).

En outre, en critiquant le statu quo, notre étude met en lumière certaines injustices sociales présentes au sein des milieux d'hébergements québécois. En refusant de situer les

travailleuses du *care* comme seules responsables de la bienveillance, elle propose de réfuter la tendance à l'individualisation et de poursuivre une réflexion critique sur les éléments structurels. Elle suggère également de repérer les oppressions présentes au sein des milieux d'hébergement québécois et de proposer des interventions correspondant aux enjeux réels du terrain.

Les bonnes pratiques passeront nécessairement par la participation des préposées aux bénéficiaires. Ces dernières ne seront valables que si les différents contextes organisationnels offrent une véritable capacité de les mettre en application en considérant les contraintes de travail (main d'œuvre, ratio, etc.) et les normes de qualités qui restent encore trop souvent déconnectées des réalités, notamment en termes de bienveillance. Dis autrement, pour être efficaces, les pratiques de bienveillance devront passer, au moins en partie, par les préposées aux bénéficiaires et non par des impératifs externes et des guides de « bonnes pratiques » qui ne seraient applicables que sur papier. Par ailleurs, l'importance d'inclure les préposées et leur contexte de travail au sein des discussions portant sur la bienveillance est d'autant plus d'actualité que le gouvernement fédéral souhaite établir de nouvelles « normes » de qualité en CHSLD.

Il est intéressant de souligner que depuis quelques mois, le contexte pandémique de la COVID-19 suscite un intérêt grandissant autour des activités du *care*. De plus en plus de travailleuses de la santé signalent un manque de considération et une piètre qualité des services offerts aux personnes âgées hébergées. Les oppressions dénoncées par notre étude sont semblables à celles de ces travailleuses : elles reflètent un déséquilibre de pouvoir qui tend à désavantager les plus vulnérables de notre société. Il serait donc souhaitable que les structures organisationnelles soient repensées en termes de relations interpersonnelles. Et les attitudes bienveillantes à l'égard de personnes âgées hébergées devraient inévitablement être envisagées par le respect et la promotion de la bienveillance envers les soignants. Le défi demeure toujours d'offrir des soins de qualité dans un contexte de travail respectueux et humain (Riendeau, 2006). Au cours des années à venir, il sera intéressant d'observer les impacts de la crise sanitaire liée à la COVID-19 tant au niveau de la qualité de vie des résidents, que sur les conditions de travail rencontrées en milieu d'hébergement québécois.

## RÉFÉRENCES

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) (2008). *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. France : Comité d'orientation stratégique et du Conseil scientifique de l'ANESM.
- Allain M., & Dessureault, D. (2010). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Allaire, E. (2017). *Être préposé aux bénéficiaires : l'expérience de travail des immigrants de la ville de Québec* (mémoire de maîtrise). Université Laval, Québec.
- Amyot, J.-J. (2010). *Guide de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées*. Paris, France : Dunod.
- Anchisi, A., & Gagnon, E. (2017). *AIDES-SOIGNANTES ET AUTRES FUNAMBULES DU SOIN : Entre nécessités et arts de faire*. Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables<sup>[1]</sup> et aux questionnements présents. *RECHERCHES QUALITATIVES – VOL.26* (1), 5-31.<sup>[1]</sup>
- Anadón, M. & Guillemette, F. (2006). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive ? *RECHERCHES QUALITATIVES*, Hors-Série, n°5, 26-37.
- André, K. (2013). *Entre insouciance et souci de l'autre – L'éthique du care dans l'enseignement en gestion*. Business administration, Paris I, France : Université Panthéon-Sorbonne.
- Association canadienne des travailleurs sociaux (ACTS) (2012). Le travail social dans les établissements de soins de longue durée. Récupéré de <http://www.caswacts.ca/fr/le-travail-social-dans-les-%C3%A9tablissements-de-soins-de-longuedur%C3%A9>
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). (2014). *Pour la qualité de vie des personnes hébergées en CHSLD* (Mémoire de l'AQESSS). Présenté à la commission de la santé et des services sociaux dans le cadre de la consultation sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée, Montréal.
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) (2011). *Standards de formation PDSB*. Récupéré le 14 juin 2019 de [http://asstsas.qc.ca/formations-maisons-denseignement/standards-de-formation-pdsb#formation\\_en\\_cours\\_emploi](http://asstsas.qc.ca/formations-maisons-denseignement/standards-de-formation-pdsb#formation_en_cours_emploi)
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales



(ASSTSAS) (2014). Oméga de base. Récupéré de <http://asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/omega-de-base>

Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic (AQRP). (2017). *MALTRAITANCE DES AÎNÉS AU QUÉBEC : LE PL 115 ET LA DÉNONCIATION DE CAS D'ACTES DE MALTRAITANCE (mémoire)*. Déposé à la Commission des relations avec les citoyens, Québec.

Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) (2020). Rapport indépendant sur le travail des préposés aux bénéficiaires dans les ressources intermédiaires : L'iniquité salariale des préposés aux bénéficiaires en ressources intermédiaires est injustifiable. Cision communications : Octobre 2020. Repéré à : <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/rapport-independant-sur-le-travail-des-preposes-aux-beneficiaires-dans-les-ressources-intermediaires-l-iniquite-salariale-des-preposes-aux-beneficiaires-en-ressources-intermediaires-est-injustifiable-824731884.html?fbclid=IwAR2girhWY4S-yTKAHj5IDAhp8cELVJuVuzCzzaEQTRg0sOniZvZ0904NfzI>

Aubry, F. (2012a). L'innovation en milieu hypernormalisé. Le cas des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec. *Cahiers de recherche sociologique* (53), 11–32. doi:10.7202/1023189ar

Aubry, F. (2012b). Les rythmes contradictoires de l'aide-soigné. Conséquences sur la santé au travail de rythmes temporels contradictoires, en France et au Québec, *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, vol. 16.

Aubry, F. (2016). Les préposés aux bénéficiaires au Québec : entre amour du métier et dégoût de la tâche : comment l'analyse de l'activité permet de comprendre le paradoxe. *Sociologie et sociétés*, 48 (1), 169–189. <https://doi.org/10.7202/1036888a>

Aubry, F. (2017). Les préposés aux bénéficiaires : un métier essentiel pour le bien-être des personnes vulnérables, Congrès de l'Association des Ressources Intermédiaires d'Hébergement du Québec (ARIHQ), 1er juin 2017, La Malbaie.

Aubry, F. (2018) Les raisons du manque d'attrait du métier de préposée aux bénéficiaires. Le devoir, Montréal : 26 février 2018.

Aubry, F., Bergeron-Vachon, F., Matte Guilmain, F., Beaugard, N., & St-Hilaire, F. (2015). *S'absenter, c'est se protéger ? Stratégies pour prévenir l'absentéisme des préposés aux bénéficiaires causé par des problématiques de santé psychologique et soutenir le retour au travail* (Rapport de recherche). Montréal, Canada : Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions CIUSSS du Nord-de-l'Île-de – Montréal.

Aubry, F., & Couturier, Y. (2012). L'habilitation des nouveaux préposés aux bénéficiaires par le groupe de pairs dans les organisations gériatriques de type CHSLD au Québec. *Phronesis*, 12 (2012) : 5–14.

- Aubry, F., & Couturier, Y. (2014). Regard sur une formation destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec. Gestion de contradictions organisationnelles et souffrance éthique. *Travailler*, 31(1), 169-192.
- Aubry, F., & Couturier, Y. (2017). Intégrer une organisation gériatrique comme préposées aux bénéficiaires au Québec : un processus de redéfinition de l'éthique du prendre soin ? Dans Anchisi, A. et Gagnon, E. (dir.) *AIDES SOIGNANTES ET AUTRES FUNAMBULES DU SOIN : Entre nécessités et arts de faire (71-88)*. Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Aubry, F., & Couturier, Y. (2018). Regard critique sur l'imposition des normes de qualité en CHSLD : le cas spécifique de l'approche milieu de vie. *INTERVENTION*, n° 148.
- Aubry, F., Couturier, Y., & Allaire, Y. (2016). *Recension des caractéristiques du métier de préposé aux bénéficiaires en établissement et à domicile » Une comparaison interprovinciale et internationale sur la professionnalisation du métier*. Montréal, Canada : Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions CIUSSS du Nord-de-l'Île-de – Montréal.
- Aubry, F., Couturier, Y., & Gilbert, F. (2013a). L'application de l'approche milieu de vie en établissement d'hébergement de longue durée par les préposés aux bénéficiaires du point de vue des préposés, infirmières auxiliaires et infirmières. *L'infirmière clinicienne*, vol. 10, no 1, 2013 : UQUAR.
- Aubry, F., Couturier, Y., & Gilbert, F. (2013b). La formation *Agir auprès de la personne âgée* : impacts sur la pratique des préposés aux bénéficiaires en CHSLD entre de recherche et de partage des savoirs. Québec, Canada : InterActions Centre de recherche et de partage des savoirs : CSSS de Bordeaux-Cartierville – Saint-Laurent-CAU.
- Aubry, F., Couturier, Y., & Godin, K. (2011). Les préposées aux bénéficiaires face au processus d'implantation de l'approche milieu de vie en soins de longue durée : critiques et perspectives d'avenir ». *Vie et vieillissement*, vol. 9, no 3, 36-43.
- Baribeau, C., & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38 (1), 23-45.
- Baril, M., & Beaulieu, M. (1989). Vivre en résidence : les témoignages des personnes âgées. *Les cahiers de recherches criminologiques*, cahier n°12 : Université de Montréal.
- Batis, N. (2013). Bientraitance : Tout un concept... Association socialiste de la personne handicapée (ASPH), page consulté le 30 mai 2018 en ligne adresse <http://www.asph.be/Documents/analyse-etudes-2013/2013-01-Bientraitance.pdf>
- Beaulieu, M. (1992). Les cadres de centres d'accueil publics et les pratiques d'intervention

face aux abus à l'endroit des personnes âgées (thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal.

Beaulieu, M. (1994). Réagir face au mauvais traitement en institution : une responsabilité individuelle et collective. *Gérontophile*, Vol.16, n° 4, automne 1994, 35-40.

Beaulieu, M. (2007). *Maltraitance des personnes âgées*. Dans Hébert, R., et Arcand, M. (dir.), *Précis pratique de gériatrie* (3<sup>e</sup> Ed). Québec, Canada : Edisem inc.

Beaulieu, M. (2015). *Lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées et promouvoir la bientraitance : qu'est-ce que la recherche nous indique ?* Présentation dans le cadre du Forum des partenaires pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (4<sup>e</sup> éd).

Beaulieu, M., Bédard, M., & Leboeuf, R. (2016). L'intimidation envers les personnes âgées : un problème social connexe à la maltraitance ? *Service social*, 62(1), 38–56.

Beaulieu, M., & Crevier, M. (2010). Contrer la maltraitance et promouvoir la bientraitance des personnes âgées. Regard analytique sur les politiques publiques au Québec. *Gérontologie et société*, 33(133), 69-87.

Beaulieu, M., & Lebœuf, R. (2016). *Synthèse exécutive du rapport de Beaulieu, M., Manseau-Young, M.-E., Pelletier, C., & Spencer, C. (2015) sur La maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement. État de situation sur sa prise en charge et mise en perspective d'une approche visant le signalement obligatoire*. Soumis au Secrétariat aux aînés du Gouvernement du Québec, Québec.

Beaulieu, M., Lebœuf, R., & Pelletier, C. (2017). *La promotion de la bientraitance : une approche globale qui se conjugue avec la lutte contre la maltraitance*. Conférence présentée au colloque : Pour le mieux-être des aînés, Le point en santé et services sociaux, Laval.

Beaulieu, M., Lebœuf, R., & Pelletier, C. (2018). La maltraitance envers les personnes âgées. Dans Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L. M. (dir.), *Rapport québécois sur la violence et la santé* (170-197). Montréal, Canada : Institut national de santé publique du Québec.

Beaulieu, M., Lebœuf, R., & Thivierge D.-M. (2017). *MÉMOIRE SUR LE PROJET DE LOI N°115 : Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. Dans le cadre des consultations particulières et des auditions publiques sur le projet de loi n°115 auprès de la Commission des relations avec les citoyens. Québec, Canada : Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées.

Beaulieu, M., Manseau-Young, M.-E., Pelletier, C., & Spencer, C. (2015). *La maltraitance envers les personnes âgées en milieu d'hébergement. État de situation sur sa prise en charge et mise en perspective d'une approche visant le signalement obligatoire*

(Rapport de recherche inédit). Sherbrooke, Canada : Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées.

- Beaulieu, M., & Pelletier, C. (2015). Le travail social auprès des personnes âgées. Dans Deslauriers, J-P et Turcotte, D. (dir.), *INTRODUCTION AU TRAVAIL SOCIAL (3<sup>e</sup> éd.)* (269-276). Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.
- Beaulieu M., & Pomar, Chiquette, S. (2019). Bientraitance des aînés : une nouvelle approche d'intérêt pour les travailleurs sociaux. *Intervention* 2019, numéro 150 : 101-111.
- Bellemare, M., Trudel, L., Viau-Guay, A., Desrosiers, J., Feillou, I., Guyon A.-C., & Godi, M.-J. (2014a). *L'approche relationnelle de soins dans les CHSLD : mieux comprendre son implantation et explorer son impact*. Québec, Canada : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). ISBN : 978-2-89631-781-3 (PDF).
- Bellemare, M., Trudel, L., Viau-Guay, A., Desrosiers, J., Feillou, I., Guyon A.-C., & Godi, M.-J. (2014b). LE SOIN RELATIONNEL EN CHSLD : De la formation à l'approche relationnelle de soins à la réalité du travail des préposés aux bénéficiaires. Dans Aubry, F. et Couturier, Y. (dir.), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes : Entre domination et autonomie* (51-72). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Belzile, L., Etheridge, F., Couturier, Y., Aubry, F., Beaulieu, M., & Boudjémaa, M. (2011). Penser l'hébergement de longue durée comme un milieu de vie. Une condition de la bientraitance institutionnelle. *Forum*, n° 134, décembre 2011, DOSSIER (32-39).
- Belzile, L., Pelletier, C., & Beaulieu, M. (2014). LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES FACE AUX PROBLÉMATIQUES DE MALTRAITANCE DANS LES ORGANISATIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE. Dans Aubry, F. et Couturier, Y.(dir.), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes : Entre domination et autonomie* (35-49). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *RECHERCHES QUALITATIVES*, Vol. 26 (2), 2006, 1-18.
- Blanchard, N. (2008). *Aller vivre en résidence : l'expérience des personnes âgées* (mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Boissières-Dubourg, F. (2014). *De la maltraitance à la bientraitance* (2<sup>e</sup> édition). Paris, France : Éditions Lamarre.
- Boudjémaa, M. (2013). *Le point de vue des intervenants sur la mise en œuvre de l'approche milieu de vie en centres d'hébergement et de soins de longue durée* (mémoire de maîtrise). Université de Sherbrooke, Québec.

- Bourassa, J. (2015). Effets d'une transformation du travail sur la santé mentale des préposé aux bénéficiaires travaillant en CHSLD. (Essai de maîtrise). Université du Québec à Trois-Rivières.
- Bravo, G., Charpentier, M., Dubois, M.-F., DeWals, P., & Émond, A. (1997). La qualité des soins dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie par les ressources d'hébergement avec et sans permis ministériel. Rapport final : PNRDS. Sherbrooke : Centre de recherche en gérontologie et gériatrie de Sherbrooke-Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke
- Bressand, M., Chriqui-Reinecke, M., & Schmitt, M. (2011). Rapport de la mission ministérielle : « Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé ». Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Secrétariat d'Etat à la Santé : République Française.
- Brugière, F. (2006). La sollicitude. La nouvelle donne affective des perspectives féministes. *Esprit*, janvier 2006, pp.123sq.
- Brown, H. (2002). *La protection des adultes et enfants handicapés contre les abus*. Documentation française, Paris, Editions du Conseil de l'Europe ISBN 92-871-49186
- Caron, C. (2017). La recherche qualitative critique : la synergie des approches inductives et des approches critiques en recherche sociale. *Approches inductives*, 4 (2), 49–78.
- Carpentier-Roy, M.-C., & Vézina, M. (2000). « Le travail et ses malentendus : enquêtes en psychodynamique du travail au Québec ». Québec : Presses de l'Université Laval.
- Casagrande, A. (2016). La bientraitance, naissance d'une notion dans le clair-obscur des espaces de soins. *Soins* (805), 22-25.
- Centre de service scolaire des Navigateurs (2020). Assistance à la personne à domicile – DEP 975 heures/ Programme 5317 récupéré de <https://web.csdn.qc.ca/programmes/assistance-la-personne-domicile-dep-975-heures-programme-5317>
- Centre multiservice des Samares (2021). AEP Assistance à la personne en résidence privée pour aînés. Récupéré de <https://www.centremultiservice.ca/sae/aep-assistance-a-la-personne-en-residence-privée-pour-aines>
- Clavet, N. J., Duclos, J. Y., Fortin, B., Marchand, S., & Michaud P.C. (2013). *Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030 : projections et déterminants*. Montréal : Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations [CIRANO]. ISSN 2292-0838
- Commissaire à la santé et au bien-être (2017). LES PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS EN ATTENTE D'UNE PLACE D'HÉBERGEMENT EN CHSLD. *INFO-PERFORMANCE*, Bulletin n°16, Décembre 2017 (Gouvernement du Québec).

- Compagnon, C., & Ghadi, V. (2009). *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages*. France : Haute Autorité de Santé (HAS).
- Côté, L., & Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale*, 3(2), 81-90.
- Couturier, Y., & Boudjémaa, M. (2014). LE POINT DE VUE DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES CONCERNANT L'APPROCHE MILIEU DE VIE EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD). Dans Aubry, F. et Couturier, Y.(dir.), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes : Entre domination et autonomie* (89-103). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Couturier, Y., Etheridge, F., & Boudjémaa, M. (2014). LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES<sup>[1]</sup> ET L'INJONCTION À AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SERVICES DANS LES ORGANISATIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE AU QUÉBEC. Dans Aubry, F. et Couturier, Y.(dir.), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes : Entre domination et autonomie* (75-87). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec
- Crête, M. (2020). Quel salaire horaire pour les préposés aux bénéficiaires ? Le devoir, 1 juin 2020. Récupéré de <https://www.ledevoir.com/politique/quebec/579986/quel-salaire-horaire-pour-les-preposes-aux-beneficiaires>
- Dejours, C. (2006). « Aliénation et clinique du travail », *Actuel Marx*, Vo l. 1, No 39, p. 3-144.
- Deslauriers, J-P., & Hurtubise, Y. (2007). *INTRODUCTION AU TRAVAIL SOCIAL (2<sup>e</sup> éd.)*. Québec, Canada : Les Presses de l'Université Laval.
- Deschênes, M. (2015). Diagnostiquer le discours sur le *care* comme symptôme d'une culture désenchantée. *Les ateliers de l'éthique / The Ethics Forum*, 10 (3), 66–100.
- Demers, L., Bravo, G., Dubois, M.-F., & Dubuc, N. (2015). LA CERTIFICATION DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS ET LA RÉPONSE AUX BESOINS DES RETRAITÉS. *Vie et Vieillesse*, vol.12. n°2.
- Doyon, M. A. et Parent, G. (2017). *Portrait sur le vécu des personnes préposées aux bénéficiaires du Québec, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec [CIUSSS MCQ]*. Québec, Canada : Syndicat québécois des employées et employés de service (SQEES), section locale 298, FTQ.
- Dubé, J. (2017). L'approche relationnelle de soin : prendre soin de soi en prenant soin des autres. Conseillère pour l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) ASSTSAS plan de conférence. Québec,

Canada : ASSTSAS

EJS-Aymara (2020). Oméga : gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité. Récupéré de <http://aymara-formations.fr/catalogue-presentiel/psychiatrie/formation-omega-gestion-et-prevention-des-situations-de-violence-et-dagressivite/>

*European Association of Schools of Social Work (EASSW)*. (2017). *Définition Internationale du Travail Social*. Récupéré le 25 mai 2019, de <https://www.eassw.org/global/definition-internationale-du-travail-social/>

Éthier, S., Gagnon, E., Couture, M., & Aubry, F. (2018). Démarche de mise en valeur des pratiques de bienveillance « ordinaire » en milieu d'hébergement au Québec : un travail de mobilisation de tous les acteurs concernés. Récupéré de <http://www.frqsc.gouv.qc.ca/fr/parteneriat/nos-projets-de-recherche/projet/demarche-de-mise-en-valeur-des-pratiques-de-bienveillance--ordinaire--en-milieu-d-hebergement-au-quebec-un-travail-de-mobilisation-de-tous-les-acteurs-concernes-5uv2nty01548097035488>

Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN) (2018). Résultats du sondage de la FSSS-CSN sur la satisfaction au travail du personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Récupéré de [https://www.fsss.qc.ca/download/vpp/rsultats\\_sondage\\_surcharge\\_vf.pdf](https://www.fsss.qc.ca/download/vpp/rsultats_sondage_surcharge_vf.pdf)

Foisy, H., G., & Sasseville, L., D. (2011). Guide des activités d'exception confiées aux non-professionnels (en lien avec la règle de soins DSI-RSI-10) – *Activités d'exception confiées aux non-professionnels*. Direction locale de santé publique des soins infirmiers et de l'enseignement : Centre de santé et des services sociaux de la Pointe-de-l'Îles.

Fougeyrollas, P., Lepage, C., & Noreau, L. (2014). *La mesure des habitudes de vie (MHAVIE 4.0) Guide d'utilisation. Version pour adolescent, adultes et aînés* (Édition juin 2003 – révisé en janvier 2014). ISBN 978-2-922213-46-1.

Garrau, M. (2014). Care et attention, Coll. « Care Studies », Paris, Presses universitaires de France.

Gagnon, C. (2017). Institutionnalisation de l'éthique du care : limites pratiques des politiques publiques d'aide aux « dépendants ». *Ithaque* (21), automne 2017, 72-93.

Gaudreault, C. (2017). *Les impacts liés à l'implantation du Lean dans les organisations au service des humains* (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Chicoutimi, Québec.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1978). *Comment interroger ? Les entretiens. Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques*. Paris, France : Armand Colin.

Gilligan, C. (2008). Une voix différente, Coll. « Champs Essais », Traduit de l'anglais par

KWIATEK, Annick, revue par NUROCK, Vanessa, présenté par LAUGIER, Sandra et PAPERMAN, Patricia, Espagne, Éditions Flammarion, 284 p.

Gonin, A., Grenier, J., & Lapierre, J.-A. (2013). La souffrance éthique au travail : L'éthique du care comme cadre d'analyse critique et comme prospective dans le champ de la santé et des services sociaux. *Reflets*, 19 (2), 85–110. <https://doi.org/10.7202/1021181ar>

Gouvernement du Québec. (s.d.). Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et tout autre personne majeure en situation de vulnérabilité. Affichette loi 6-3 : Gouvernement du Québec.

Gouvernement du Québec (2012a). *Les aînés du Québec : quelques données récentes*. Québec, Canada : La Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique du ministère de la Famille et des Aînés.

Gouvernement du Québec (2012b). La formation des préposés de résidence pour personnes âgées – UNE APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE ÂGÉE VIVANT EN RÉSIDENCE POUR DES SERVICES DE QUALITÉ DONNÉS PAR DES PRÉPOSÉS QUALIFIÉS ET HABILITÉS À UTILISER LES MEILLEURES PRATIQUES – RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL. Bibliothèque et Archives nationales du Québec, ISBN : 978-2-550-63105-7.

Gouvernement du Québec (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées* (2<sup>e</sup> éd). Sherbrooke, Canada : Le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke.

Gouvernement du Québec (2018). PROGRAMME D'ÉTUDE – Assistance à la personne en établissement et à domicile (DEP 5358). Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018. ISBN 978-2-550-80656-1

Gouvernement du Québec (2019). *Chapitre L-6.3 : LOI VISANT À LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS ET TOUTE AUTRE PERSONNE MAJEURE EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ*<sup>[SEP]</sup>. Québec, Canada : Éditeur officiel du Québec.

Gouvernement du Québec (2019). *Chapitre S-4.2 : LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX*. Québec, Canada : Éditeur officiel du Québec.

Gouvernement du Québec (2020). Devenez préposé en CHSLD. Récupéré de <https://www.quebec.ca/education/devenir-prepose-chsld/>

Germain, C. (2016). *Le défi de la main d'œuvre dans le réseau des ressources intermédiaires : étude diagnostic effectuée avec la participation d'Emploi-Québec*, Novembre, ARIHQ, p. 5-19.

Hassine, W.B.G. (2014). *La qualité de vie des personnes âgées dans les résidences privées d'hébergement au Québec : Déterminants Organisationnels* (Mémoire de maîtrise).



HEC Montréal, Montréal.

- Hogan, S., & Hogan, S. (2002). *Quel effet aura le vieillissement de la population sur les besoins et les coûts liés aux soins de santé dans l'avenir prévisible ?* (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, étude n° 25). Nouvelle-Zélande : University of Canterbury.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061* (Démographie, Éd. 2014). Québec : ISQ. ISBN 978-2-550-71320-3.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2016). *Le bilan démographique du Québec* (Démographie, Édition 2016). Québec, ISQ. ISBN : 978-2-550-77274-3.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2018). *État des connaissances : Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2013). *Recherche de cas de maltraitance envers des personnes âgées par des professionnels de la santé et des services sociaux en première ligne*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) (2016). *Recherche-action visant le développement d'un modèle d'intervention préventive en SST par et pour les préposés aux bénéficiaires en CHSLD*. Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) (2017). *Comprendre l'influence de la régulation des contraintes temporelles sur l'appropriation des principes généraux de déplacement sécuritaire des bénéficiaires par les recrues préposés aux bénéficiaires* (Rapports scientifiques R-998). Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Israël, S., Soulières, M., Starnino, C., Fournier A., & Cortez, N. (2016). *Guide de réflexion, d'autoévaluation et de révision des politiques / procédures pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées en CHSLD*. Québec : Pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées du Centre affilié universitaire en gérontologie sociale du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Ligne Aide Abus Aînés.
- Kohn, L. et Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, tome liii (4), 67-82. doi:10.3917/rpve.534.0067.

- Koren, C., & Doron, I. (2005). Being a social worker in homes for the aged: the real, the ideal, and the gaps between. *Journal of Gerontological Social Work*, 44(3-4), 95-114.
- Laroche, M. (2018). *L'ÉTHIQUE DU CARE : LES ENJEUX DE LA RELATION DE SOIN ASYMÉTRIQUE* (Mémoire de maîtrise). Université de Sherbrooke, Québec.
- Laugier, S. (2010). L'éthique du care en trois subversions. *Multitudes*, 42(3), 112-125. ISBN 0292-0107.
- Laurence-Ruel, C. (2019). LE TRAVAIL DES PRÉPOSÉES AUX BÉNÉFICIAIRES DANS LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES : « ON FAIT TOUT, ON TOUCHE À TOUT ». (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal.
- Lee-Treweek, G. (1994). Bedroom abuse: the hidden work in a nursing home. *Generations Review*, 4 (1), 2-4.
- Ledroit, C. (2016). Les enjeux d'un groupe de réflexion sur la bientraitance. *Soins La revue de référence infirmière*, (805), 42-45.
- Loriol, M. (2012). *Ethique et soins en milieu hospitalier : Un regard sociologique*. Charleville Mézières, France : EPU du centre Hospitalier de Charleville Mézière (Groupe de travail sur l'éthique, May 2012), Halshs-00702612.
- Maillé, I. (2018). *L'expérience d'accompagnement au sein des organismes à but non lucratif des personnes âgées en situation de maltraitance* (mémoire de maîtrise). Université Laval, Québec.
- Martin, P. (2015). *Contraintes vécues, idéal normatif et actions déployées en vue de transformer l'exercice de la profession infirmière en centre hospitalier : une étude exploratoire auprès d'infirmières québécoises politiquement engagées*. Québec : Université Laval.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., & Turcotte, D. (2000). *Méthode de recherche en intervention sociale*. Montréal, Québec : Gaëtan Morin.
- McDonald, L., & Collins, A. (2000). *Mauvais traitements et négligence à l'égard des aînés : document de travail*. Ottawa : Centre national d'information sur la violence dans la famille.
- McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison, J., Hirst, S., Lowenstein, A., Podnieks, E., & Wahl, J. (2012). Institutional abuse of older adults: What we know, what we need to know, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(2), 138-160.<sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>
- Ministère de la Famille et des Aînés (MFA) (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. Québec : Gouvernement du Québec.

- Ministère de la Famille – Secrétariat aux aînés (MS-FA) (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la MALTRAITANCE envers les personnes âgées 2017-2022*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Justice (2015). *Examen du rôle de la médiation pour les aînés dans la prévention de la maltraitance des aînés* (Gouvernement du Canada). Repéré le 3 mars 2019 de <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/vf-fv/pm-mp/pre.html>
- 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 (MSSS) (2005). *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie : plan d'action 2005-2010*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2006). *L'amélioration de la qualité du milieu de vie en hébergement et en soins de longue durée* (Document de référence). Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (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 (MSSS) (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 (MSSS) (2017). *PLAN STRATÉGIQUE du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015-2020*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2018). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Modak, M. (2015). Pascale Molinier : *Le travail du care*. Nouvelles Questions Féministes 2015/1 (Vol.34) pages 126 à 130
- Molinier, P. (2010). Apprendre des aides-soignantes, *Gérontologie et société*, vol. vol. 33 / 133, (2), 2010, 133-144.
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. France, Paris : La Dispute, coll. Le genre du monde.
- Morvillers J.-M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. Recherche en soins

infirmiers, 122, 77-81

- Moulias, R. (2012). « Abus et violences envers les professionnels de l'assistance et du soin (care) de longue durée », *Gérontologie*, n° 161, 16-27.
- Moulias, R., Moulias, S., & Busby, F. (2010). La bientraitance, qu'est-ce que c'est ? *Gérontologie et société*, 2 (133), 10-21.
- Muchielli, A. (2005). Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains. *RECHERCHES QUALITATIVES, Hors-Série « Les Actes »*, 1, 41-60.
- Mullaly, B. (2010). *Challenging Oppression and Confronting Privilege* (2<sup>nd</sup> edition). Don Mills: Oxford University Press.
- Mutuelle de formation des résidences privées pour aînées du Québec (2011). Projet de loi 16 : Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer les processus de certification des résidences pour personnes âgées. Québec : FORMAREZ, CSSS – 016M, C.P. – P.L. 16
- National Association of Social Workers (NASW)* (2005). NASW Standards for Social Work Practice in Health Care Settings. Récupéré de <http://www.naswdc.org/practice/standards/naswhealthcarestandards.pdf>
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (OPTSQ) (2005). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Montréal, Canada : OPTSQ.
- Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) (2005). *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*. OCDE, Les projets de l'OCDE sur la santé.
- Organisation des Nations unies (OMS) (2002). LA MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES. *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé* (139-162). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Paperman, P. (2015a). L'éthique du *care* et les voix différentes de l'enquête. *Recherches féministes*, 28 (1), 29–44.
- Paperman, P. (2015b). Le care comme connaissance et comme critique. Dans Bourgault, S. et Perreault, J. (dir.) *LE CARE : Éthique féministe actuelle* (51-69). Montréal, Canada : Les Éditions du remue-ménage.
- Péoc'h, N. (2010). Revue de littérature autour de la notion de bientraitance. Toulouse, France : Université de Toulouse.

- Peytavin, L. (2010). FICHE DE LECTURE – « Un monde vulnérable pour une politique du *care* » – J. Tronto. Récupéré de <https://studylibfr.com/doc/1732303/fiche-de-lecture---un-monde-vuln%C3%A9rable---mip-cnam>
- Plante, C. (2020). Dans l'opposition, la CAQ s'inquiétait de la formation accélérée des préposés. La Presse, 15 juin 2020. Récupéré de <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-06-15/dans-l-opposition-la-caq-s-inquietait-de-la-formation-acceleree-des-preposes>
- Pomar Chiquette, S. (2019). *Bientraitance des aînés : nouveau paradigme à conjuguer à la lutte contre la maltraitance* (essai de maîtrise). Université de Sherbrooke, Québec.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques Dans Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A. (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (173-209), Boucherville, Canada : Gaëtan Morin.
- Pullen Sansfaçon, A. (2013). « La pratique anti-oppressive » : 353-374, dans E. Harper et D. Henri (sous la dir.), *Le travail social : Théories, méthodologies et pratiques*, Québec : PUQ.
- Raizenne, E. (2014). LES CONFLITS ENTRE LA CLIENTÈLE HÉBERGÉE EN CHSLD ET LE PERSONNEL SOIGNANT : Ce dont témoignent les intervenants. Dans Aubry, F. et Couturier, Y. (dir.), *Préposés<sup>[SEP]</sup> aux bénéficiaires et aides-soignantes : Entre domination et autonomie* (13-33). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Rapoport, D. (2010). De la prévention de la maltraitance à la « bien-traitance » envers l'enfant. *Inf Soc.* 11 oct. 2010; (160) : 114-22.
- Riendeau, Y. (2006). *LA QUALITÉ DES SOINS OFFERTS AUX PERSONNES ÂGÉES EN CHSLD : L'OPINION DES PRÉPOSÉ(E)S AUX BÉNÉFICIAIRES* (mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal, Québec.
- Soulières, M., & Ouellette, G. (2012). *L'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie au Québec : Des enjeux et des parcours difficiles pour les personnes concernées*. Québec, Canada : Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU).
- Thomas, D.R. (2006). *A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data*. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246.
- Tremblay, G. (2015) *Fondements sociopolitique du service social*. Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
- Tremblay, G. (2017). *Enquête sur la souffrance au travail chez les préposées aux bénéficiaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec* (mémoire de

maîtrise). Université du Québec à Montréal, Québec.

Tronto, J. (2006). « Au-delà d'une différence de genre » dans Paperman, P. et Laugier, S., (sous la dir. De), *Le souci des autres, Éthique et politique du care*, Paris, éditions EHSSS.

Tronto, J. (2008). Du care. *Revue du MAUSS*, 32(2), p. 243-265.

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris, France : Éditions La Découverte.

Trudel, L., Simard, C., & Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? *RECHERCHES QUALITATIVES*, Hors-Série, n° 5, 38-45.

Voyer, P., Savoie, C., & Lafrenière, F. (2020). Le rôle du préposé aux bénéficiaires dans le continuum de soins de longue durée au Québec. Faculté de sciences infirmières, Université Laval, Québec.

Xu D., Kane R.L., & Shamliyan T.A. (2013) *Effect of nursing home characteristics on residents' quality of life: A systematic review*. *Arch Gerontol Geriatr* 2013;57 (2) : 127-42.

Zielinski, A. (2010). L'éthique du care : Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, tome 413(12), 631-641.

## ANNEXE

### Annexe I

## INVITATION À PARTICIPER À UNE RECHERCHE -ENTREVUES INDIVIDUELLES-

<h3>MISE EN VALEUR DES PRATIQUES DE BIENTRAITANCE EN MILIEU D'HÉBERGEMENT</h3>
--

### QUI EST INVITÉ À PARTICIPER?

Les préposés aux bénéficiaires travaillant depuis plus de 6 mois.

Cette étude est indépendante de votre établissement, vous ne bénéficierez d'aucun avantage et ne subirez aucun inconvénient suite à votre décision de participer ou non à cette recherche.

### POURQUOI RÉALISONS-NOUS CE PROJET?

Pour faire connaître et valoriser les pratiques de bienveillance envers les résidents dans votre milieu de travail tout en favorisant le développement de pratiques novatrices.

### CE QUI EST DEMANDÉ?

Participer à un entretien individuel au cours duquel vous discuterez :

- 1) des savoir-faire et des savoir-être pour favoriser la bienveillance;
- 2) du contexte organisationnel et des enjeux relationnels entourant la bienveillance dans votre milieu.

### COMPENSATION

Vous recevrez une compensation financière de 60\$ pour votre participation.

**POUR PARTICIPER, ADRESSEZ-VOUS À ANNE MYRAND au (xxx) xxx-  
xxxx ou par courriel à :  
XXXXXXXXXXXXXX**

**MERCI DE VOTRE COLLABORATION**

## Annexe II

### Scénario lors de la prise de contact avec les participants

- a. Le participant téléphone à l'assistante de recherche et laisse un message sur la boîte vocale. L'assistante le rappelle.
- b. Le participant envoie un courriel électronique à l'assistance de recherche. L'assistante tente, autant que possible, de prendre un rendez-vous téléphonique avec lui.
- c. Si un entretien téléphonique avec le participant n'est pas envisageable, l'assistante de recherche procède de façon similaire par écrit.

#### I. LA PRISE DE CONTACT

Bonjour M., Mme., (*nom de famille du participant*),  
Je m'appelle (*ton nom*) et je vous appelle concernant le **projet de recherche sur la mise en valeur des pratiques de la bientraitance en milieu d'hébergement**.  
D'abord, aviez-vous des questions concernant la recherche ?

Je vous rappelle que l'objectif de la recherche est de mieux comprendre comment la bientraitance en milieu d'hébergement peut être facilitée par les savoir-faire et les savoir-être des préposé(e)s aux bénéficiaires. Ces savoirs peuvent s'exprimer de différentes façons : geste, attitude, toucher, regard, parole, attention ou comportement que les préposé(e)s mettent en place afin d'améliorer la qualité de vie des résidents et de faire une différence positive dans leur quotidien. L'étude prendra également en compte le contexte organisationnel et les différentes dimensions relationnelles dans lesquels s'inscrit la bientraitance.

Cela implique pour vous de vous exprimer sur quelques questions concernant :

- des pratiques bientraitantes que vous faites au quotidien ou que vous observez dans votre milieu ;
- de discuter de vos conditions de travail ainsi que des relations que vous entretenez tant avec les résidents qu'avec les autres membres du personnel.

Est-ce que vous seriez intéressé à participer à cette recherche ?

#### II. VÉRIFIER L'ÉLIGIBILITÉ DU PARTICIPANT

Avant d'aller plus loin, je vais vérifier votre éligibilité. C'est très simple, je vais vous poser deux questions, si la situation s'applique à vous : vous répondez par oui. Si elle ne s'applique pas : vous répondez par non. Ça va pour vous ?

1. Êtes-vous préposé(e)s aux bénéficiaires depuis plus de 6 mois ?

Oui    Non



2. Travaillez-vous actuellement pour l'un ou l'autre de ces établissements :

- CHSLD de Baie-Saint-Paul ;
  - Centre gériatrique Maimonides Donald Berman
  - Maison Mava (Trois-Rivières).
- Oui    Non

A) *Le participant répond **NON** à l'une de ces 2 questions :*

Merci, malheureusement, vous n'êtes pas éligible à notre projet de recherche.

- Nos critères pour participer à cette recherche sont d'être préposé(e) aux bénéficiaires depuis un minimum de 6 mois ; de travailler pour l'un de ces 4 établissements qui participent à notre recherche. Étant donné que vous ne répondez pas à un ou plusieurs critères, vous n'êtes pas éligible.

Je vous remercie de l'attention que vous nous avez accordée. Je vous souhaite une belle journée. Au revoir.

B) *Le participant répond **OUI** à ces 2 questions :*

Merci, vous êtes éligible pour la recherche.

- Je vous rappelle qu'il s'agit d'une participation à une entrevue individuelle d'environ 90 minutes et qu'une compensation financière de 40 \$ vous sera remise pour le temps alloué au projet.
- L'entretien sera enregistré pour faciliter l'analyse par la suite.
- Votre nom sera confidentiel et votre employeur ne sera pas informé de votre participation (à moins que vous décidiez de lui en faire part).

### III. LA PRISE DE RENDEZ-VOUS

Est-ce que vous êtes toujours intéressé à participer ?

Nous devons convenir d'un endroit et d'un moment pour réaliser l'entrevue :

- Quelles seraient vos disponibilités ?
- Où aimeriez-vous réaliser l'entrevue ? Nous pouvons nous rencontrer à votre domicile, dans un lieu public tranquille ou à n'importe quels endroits qui pourraient vous convenir, c'est vous qui décidez ?

### IV. LA FERMETURE

Merci pour l'intérêt que vous portez à l'étude

On se voit (*telle heure et à l'endroit convenu*). À bientôt

## Annexe III

### QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

*Projet de recherche portant sur la mise en valeur des pratiques  
de bientraitance en milieu d'hébergement.*

Numéro du participant : \_\_\_\_

#### PARTIE I : VÉRIFICATION DES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ

. Dans quel milieu d'hébergement travaillez-vous (cochez la réponse qui s'applique) ?

a) CHSLD de Baie-Saint-Paul	<input type="checkbox"/>
b) Centre gériatrique Maimonides Donald Berman	<input type="checkbox"/>
c) Résidence St-Raphaël	<input type="checkbox"/>
d) Maison Mava de Trois-Rivières	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez) : _____	<input type="checkbox"/>

Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce milieu ? \_\_\_\_\_

#### PARTIE II : QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

. Quel est votre âge? \_\_\_\_\_ [L]  
[SEP]

. Sexe : \_\_\_ Homme \_\_\_ Femme

. Quelles sont les origines ethniques ou culturelles de vos ancêtres ?

---

. Avez-vous suivi une formation pour être PAB (cochez la réponse qui s'applique) ?

\_\_\_ OUI \_\_\_ NON

Si oui, quelle formation avez-vous suivie ?

---

**SVP, TOURNER LA PAGE**

. Combien de mois ou d'années d'expérience avez-vous, au total, en tant que préposé(e) ?  
\_\_\_\_\_

. À quels types de formations votre employeur actuel vous a-t-il fait participer (cochez la ou les réponses qui s'appliquent) ?

a) Aucune formation	
b) Approche milieu de vie (AMV)	
c) Approche relationnelle de soins (ARS)	
d) Autres (précisez) _____	

. Sur quel quart de travail travaillez-vous le plus souvent ? \_\_\_\_\_

. En moyenne, combien de journées par quinzaine travaillez-vous ? \_\_\_\_\_

. Sur votre quart de travail (dans l'unité où vous travaillez le plus fréquemment) avec combien d'autres PAB travaillez-vous ? \_\_\_\_\_

. Sur votre quart de travail (dans l'unité où vous travaillez le plus fréquemment) avec combien d'autres personnes travaillez-vous?

\_\_\_\_\_ infirmières

\_\_\_\_\_ infirmières auxiliaires

\_\_\_\_\_ Autres (précisez): \_\_\_\_\_

. Sur cette unité, combien y a-t-il de résidents ? \_\_\_\_\_

**Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces questions**

## Annexe IV

### Schéma d'entrevue individuelle avec les préposés aux bénéficiaires

D'abord, merci d'être ici et d'avoir accepté de participer à cette étude, c'est très apprécié. Cette entrevue individuelle vise à mettre en valeur les pratiques de la bientraitance en milieu d'hébergement. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, on cherche seulement à connaître vos expériences, vos opinions et vos manières de faire.

#### I. INTRODUCTION

Nous commencerons par régler les papiers. Nous allons regarder ensemble le formulaire de consentement que vous devez signer pour répondre aux exigences du comité éthique de la recherche.

*Note à l'intervieweur : Lire ou faire lire le formulaire, répondre aux questions et le signer. Remettre la compensation financière en argent et faire signer le reçu.*

Voici également un questionnaire sociodémographique afin de mieux connaître les caractéristiques des PAB qui participent à l'étude.

*Note à l'intervieweur : Donner le questionnaire sociodémographique ou le lire à haute voix et le remplir à la place du participant au besoin. Lui demander sa préférence. Attribuer un code numérique à chacun des participants et l'inscrire sur le questionnaire.*

Nous sommes prêts à amorcer la partie enregistrée de notre rencontre. Vous avez lu et signé le formulaire de consentement. Vous savez donc que vous pouvez cesser cette entrevue à tout moment. Vous savez aussi et avez accepté qu'elle soit enregistrée.

*Note à l'intervieweur : Mettre les dictaphones en marche. Au début de l'enregistrement dire ceci : Entrevue individuelle avec PAB # (numéro attribué à l'aidant), le (date), par (votre nom)*

*Toujours garder en tête la question de recherche: En quoi la bientraitance en milieu d'hébergement peut-elle être facilitée par les savoir-faire et les savoir-être des préposés aux bénéficiaires ?*

*Ainsi que les objectifs spécifiques de l'étude:*

*(1) Définir la notion de bientraitance en milieu d'hébergement selon les préposés aux bénéficiaires;*

(2) Identifier les savoir-être et les savoir-faire qui favorisent la bientraitance des résidents au quotidien;

(3) Cerner les conditions organisationnelles freinant ou facilitant l'application de ces savoir-faire et savoir-être;

(4) Saisir les enjeux relationnels présents dans les pratiques de bientraitance.

## II. PARTIE THÉMATIQUE

### 1. QUESTIONS SUR LES SAVOIR-ÊTRE ET LES SAVOIR-FAIRE

*Note à l'intervieweur : On cherche à identifier la nature, les indices, les manifestations ou les types de bientraitance (regards, gestes, paroles, attentions particulières, attitudes, touchers, approches employées...).*

1. D'abord, quelle est votre définition de la bientraitance? Ça vous dit quoi ?
2. À votre avis qu'est-ce qui différencie une pratique bientraitante d'un simple soin ?
3. Selon vos expériences, quels sont les indices qui vous font dire qu'un employé est bientraitant envers une personne hébergée ?
4. Pouvez-vous me parler des stratégies que vous ou vos collègues avez développées pour parvenir à mieux répondre aux besoins des bénéficiaires ?
5. Pouvez-vous me donner des exemples concrets de pratiques bientraitantes ?

*Note à l'intervieweur : la section portant sur les relations avec les bénéficiaires viendra compléter les informations concernant les savoir-être et les savoir-faire.*

### 2. QUESTIONS SUR LES CONDITIONS ORGANISATIONNELLES

6. Quelles sont les conditions de travail nécessaires pour pouvoir être bientraitant ?
7. À l'inverse, quelles sont les limites organisationnelles qui nuisent aux pratiques de bientraitance ?
8. Pourriez-vous me donner des exemples de l'impact de ces limites dans votre quotidien ?
9. De manière générale, diriez-vous que les plans d'action, les lois et les mesures gouvernementales mises en place dans votre milieu de travail sont aidants ou contraignants pour vous ? De quelle façon?

*Note à l'intervieweur : On pense ici à : l'approche milieu de vie (AMV); l'approche relationnelle de soin (ARS), Projet de loi L-63, Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022, etc.*

### **3. QUESTIONS SUR LES ENJEUX RELATIONNELS**

#### **A. LA RELATION AVEC LES BÉNÉFICIAIRES**

10. Parlez-moi de la relation que vous entretenez avec les résidents?
11. Jusqu'à quel point diriez-vous qu'il est possible pour vous d'avoir des interactions positives et bienveillantes avec les résidents ?
12. Qu'est-ce que vous appréciez le plus quand vous avez l'opportunité de développer une relation bienveillante avec un bénéficiaire ?
13. Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile quand vous effectuez une tâche et que vous n'avez pas l'impression d'avoir pu être bienveillant ?

#### **B. LES RELATIONS AU TRAVAIL**

14. À votre avis, si un préposé passe plus de temps avec certains résidents, pour leur donner de « petites attentions » et qu'il prend du retard dans son travail, comment cette situation peut-elle devenir problématique ?
  - Comment cela se passerait-il avec ses collègues de travail ?
15. Si vous exprimez ouvertement le désir de développer de meilleures interactions avec les résidents, comment vous sentez-vous appuyé par les différents membres de votre équipe ?
  - Et par la direction ?
16. Si vous étiez témoin d'une situation de maltraitance, quelle serait votre réaction ?

*Note à l'intervieweur : On cherche à identifier si la dénonciation serait en lien avec la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (Loi L-63).*

### **III. FERMETURE**

17. À votre avis, qu'est-ce qui devrait être fait ou qui pourrait être fait pour améliorer ou faciliter les pratiques de bienveillance en centre d'hébergement ?
18. Si aucun financement supplémentaire ne pouvait être investi dans votre milieu, auriez-vous une solution concrète à proposer ?
19. Aimerez-vous ajouter quelque chose ?

Je vous remercie mille fois pour le temps que vous m'avez accordé !

## Annexe V



UNIVERSITÉ  
**LAVAL**

Faculté des sciences sociales  
École de travail social et de criminologie

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale

Québec

### Feuille d'information et formulaire de consentement destiné aux participants des entrevues individuelles

**Numéro de projet : MP-13-2019-1779**

- Titre du projet de recherche :** Démarche de mise en valeur des pratiques de bienveillance « ordinaire » en milieu d'hébergement au Québec : un travail de mobilisations de tous les acteurs concernés.
- Chercheuse responsable :** Sophie Éthier, PhD, Professeure agrégée, Sciences sociales - École de travail social et de criminologie, Université Laval
- Cochercheur :** Éric Gagnon, PhD, Chercheur d'établissement, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
- Cochercheur :** Mélanie Couture, PhD, Chercheuse d'établissement, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Cochercheur :** François Aubry, PhD, Professeur au Département de travail social, Université du Québec en Outaouais
- Collaboratrice :** Sarita Israël, Praticienne-chercheuse, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Professionnelle de recherche :** Anna Andrianova, M. Serv. Soc., Université Laval
- Étudiante :** Anne Myrand, Étudiante à la maîtrise (travail social), Université Laval
- Organisme subventionnaire :** *Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC)*

## Invitation à participer au projet

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Nous aimerions connaître votre expérience concernant les pratiques existantes de bienveillance dans votre milieu, l'ensemble des pratiques, attitudes et comportements qui favorisent le bien-être, la dignité, l'épanouissement, l'estime de soi, l'inclusion et la sécurité des résidents.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce feuillet d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Le feuillet d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet et aux autres membres du personnel affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

## Nature et objectifs du projet de recherche

L'**objectif général** de la recherche est de mettre en lumière les pratiques existantes de bienveillance « ordinaire » dans les CHSLD, RI et RPA au Québec. Nous proposons une démarche pour connaître, reconnaître et faire connaître ces pratiques qui pourra être reprise ailleurs par la suite. Les **objectifs spécifiques** de la recherche proposée sont :

- (1) Repérer les pratiques existantes de bienveillance ordinaire dans les milieux d'hébergement ;
- (2) Valoriser ces pratiques, et le personnel qui les adopte, en mettant en œuvre une démarche de leur mise en valeur ;
- (3) Identifier les conditions gagnantes et les obstacles au développement des pratiques bienveillantes afin de proposer une réflexion sur la mise en place, le maintien et la valorisation de ces pratiques au sein de CHSLD, RI et RPA ;
- (4) Approfondir notre compréhension de la bienveillance, ses formes et ses significations, ainsi que la pertinence du concept.

## Déroulement du projet

Ce projet s'adresse spécifiquement aux préposé(e)s aux bénéficiaires ayant plus de 6 mois d'ancienneté et travaillant au sein de l'un ou l'autre des établissements participants au projet : CHSLD de Baie-Saint-Paul (Baie-Saint-Paul) ; Centre Hospitalier Gériatrique Maimonides (**Côte Saint-Luc**) ; Pavillons LaSalle, Groupe Azoulay (RI) (LaSalle) ; Maison MAVA (RI/RPA) (Trois-Rivières).



## **Méthode de recrutement**

Afin de rejoindre les participants potentiels, une affiche sera distribuée aux préposées aux bénéficiaires des établissements participants. Les personnes intéressées par le présent projet de recherche communiqueront directement avec l'étudiante.

## **Combien de personnes participeront au projet?**

Pour chacun des milieux, des entrevues individuelles semi-dirigées seront conduites auprès de 3 préposé(e)s aux bénéficiaires. Un total de 12 participants sera sélectionné pour cette étude.

## **Nature et durée de la participation au projet de recherche**

Dirigée par la chercheuse Sophie Éthier, Ph.D., professeure agrégée à l'École de travail social et de criminologie de l'Université Laval, cette étude s'inscrit au sein d'un projet de recherche plus vaste nommé, *Démarche et mise en valeur des pratiques de bienveillance «ordinaire» en milieu d'hébergement au Québec : Un travail de mobilisation de tous les acteurs concernés*. Elle constitue le mémoire de maîtrise d'une étudiante en travail social à l'Université Laval.

Votre participation consistera à nous accorder une entrevue individuelle d'une durée variant de 60 à 90 minutes. L'entrevue sera enregistrée en format audio. À la fin de la rencontre, vous serez invités à compléter un questionnaire sociodémographique. La complétion du questionnaire prendra environ 10 minutes.

À tout moment, vous pouvez vous abstenir de répondre aux questions posées par l'intervieweuse ou mettre fin à l'entretien.

## **Quels sont les avantages associés au projet de recherche?**

Votre participation à la recherche vous offre l'occasion de parler de ce que vous vivez en tant que préposé(e) aux bénéficiaires et de faire valoir vos savoir-faire et votre savoir-être.

Votre participation contribuera également à l'amélioration des connaissances. Les éléments que vous soulèverez pourront enrichir le Guide *Démarches de mise en valeur des pratiques de bienveillance ordinaire en milieux d'hébergement*. Une fois diffusé, ce guide fournira aux établissements des moyens de bonifier leurs pratiques et de valoriser les pratiques de bienveillance déjà présentes dans leur milieu.

## **Quels sont les risques et inconvénients associés au projet de recherche?**

Votre participation à ce projet ne vous fait encourir aucun risque. Les seuls inconvénients se limitent au temps requis et aux déplacements (s'il y a lieu) pour participer à l'entrevue. Votre participation à cette activité peut également susciter une certaine fatigue.

## **Droits des participants**

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous pourriez avoir au sujet de ce projet de recherche et des conditions de sa réalisation à la chercheuse responsable du projet ou les professionnels, et à leur demander toute explication que vous jugerez utile si une information n'est pas claire pour vous.

## **Participation volontaire et retrait de la participation**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la responsable de ce projet ou les professionnels de recherche.

La chercheuse responsable de ce projet de recherche et le comité d'éthique de la recherche sectoriel en santé des populations et première ligne du CIUSSS de la Capitale-Nationale peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

## **Clause de responsabilité**

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

## **Indemnité compensatoire**

En tant que participant, une compensation de 40\$ vous sera offerte pour le temps consacré à l'entrevue.

## **Confidentialité et conservation des résultats**

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse responsable du projet ainsi que les autres membres de son équipe recueilleront et inscriront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ces renseignements demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. En aucun cas votre entrevue ne sera accessible à votre employeur.

Les formulaires de consentement signés et les questionnaires remplis seront conservés **dans le bureau de la chercheuse principale, dans un classeur verrouillé.**

La chercheuse responsable et son personnel utiliseront les données à des fins de recherche seulement et dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de

recherche. Ces données seront conservées pour la durée du projet ou une durée maximale de cinq ans par la chercheuse responsable. Elles seront ensuite détruites.

### **Diffusion des résultats**

Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne contiendra une information qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche sectoriel en santé des populations et première ligne du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui adhère à une politique de confidentialité.

### **Identification des personnes-ressources**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez, lié à votre participation, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice de l'étude, Anna Andriano, au numéro suivant : (xxx) xxx-xxxx ou par courriel à : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

Vous pouvez communiquer également avec la chercheuse responsable du projet de recherche, Sophie Éthier, au numéro suivant : xxx-xxx-xxxx poste xxxxxx, ou par courriel à : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

Si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez vous adresser à la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de la Capitale-Nationale :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services  
Du CIUSSS de la Capitale-Nationale  
2915, avenue du Bourg Royal  
Québec (Québec) G1C 3S2  
Tél.: (418) 691-0762  
Sans frais : 1 844 691-0762  
Courriel : [commissaire.plainte.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:commissaire.plainte.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca)

### **Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche**

Le comité d'éthique de la recherche sectoriel (CÉR-S) en santé des populations et première ligne du CIUSSS de la Capitale-Nationale a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi (projet # MP-13-2019-1779). De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toute question d'ordre éthique, vous pouvez vous adresser au CÉR-S au (418) 821-1746 ou à l'adresse courriel [bjp.recherche.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:bjp.recherche.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca).

## Formulaire de consentement

Numéro de projet : MP-13-2019-1779

**Titre du projet de recherche :** Démarche de mise en valeur des pratiques de bienveillance « ordinaire » en milieu d'hébergement au Québec : un travail de mobilisations de tous les acteurs concernés.

**Chercheuse responsable du projet :** Sophie Éthier

- 1) Un membre de l'équipe de recherche m'a informé de la nature et des buts de ce projet de recherche ainsi que de son déroulement;
- 2) Un membre de l'équipe de recherche m'a informé des risques et inconvénients associés à ma participation;
- 3) Ma participation à cette étude est volontaire et je peux me retirer en tout temps sans préjudice;
- 4) Les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et elles ne seront utilisées qu'aux fins scientifiques et par les partenaires identifiés au formulaire d'information;
- 5) J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce projet et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes;
- 6) Ma décision de participer à cette étude ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement hôte de leurs obligations envers moi;
- 7) Je sais qu'aucune rémunération n'est rattachée à ma participation;
- 8) Un membre de l'équipe de recherche m'a remis un exemplaire du feuillet d'information et du formulaire de consentement;
- 9) J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à participer à cette étude;
- 10) Je désire recevoir une copie des résultats de l'étude  oui  non

Si oui, de quelle façon souhaitez-vous recevoir le bulletin?

Par courriel

Voici mon adresse courriel : \_\_\_\_\_

Par la poste

Voici mon adresse postale : \_\_\_\_\_

_____ <b>Nom du participant</b>	_____ <b>Date de naissance</b>	_____ <b>Numéro de téléphone</b>
_____ Signature du participant	_____ Date	_____ Signature
_____ Nom du chercheur	_____ Date	_____ Signature

## Annexe VI



Québec, le 29 mars 2019

Madame Sophie Éthier, Ph.D.  
Professeure agrégée  
Sciences sociales  
École de travail social et de criminologie  
Université Laval

### **Objet : Approbation finale**

Projet # MP-13-2019-1779, intitulé: « Démarche de mise en valeur des pratiques de bienveillance « ordinaire » en milieu d'hébergement au Québec : un travail de mobilisations de tous les acteurs concernés. ».

---

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche sectoriel Santé des populations et première ligne du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui agit comme CER évaluateur, a fait l'examen des corrections qui lui ont été soumises concernant le projet cité en titre, en comité délégué.

Les documents suivants ont été présentés aux fins d'évaluation du dossier:

- F20 - **3916**, Réponses aux conditions du CER
- Protocole de recherche (Protocole.25mars2019.docx) [date : 25 mars 2019]
- Formulaire d'information et de consentement (Formulaire de consentement CB.docx) [date : 18 mars 2019]
- Formulaire d'information et de consentement (Formulaire de consentement PAB.docx) [date : 18 mars 2019]
- Formulaire d'information et de consentement (Formulaire de consentement WC.docx) [date : 18 mars 2019]
- Outils d'évaluation et questionnaires (QSociodemo PAB.docx) [date : 25 mars 2019]
- Outils d'évaluation et questionnaires (QSociodemo.proche.docx) [date : 25 mars 2019]
- Outils d'évaluation et questionnaires (QSociodemo.profes.docx) [date : 25 mars 2019]
- Outils d'évaluation et questionnaires (QSociodemo.resident.docx) [date : 25 mars 2019]
- Documents pour recrutement (Affiche PAB.docx) [date : 25 mars 2019]
- Documents pour recrutement (Affiche CB (Baie St-Paul).docx) [date : 25 mars 2019]
- Documents pour recrutement (Affiche CB (LaSalle et Côte-Saint-Luc).docx) [date : 25 mars 2019]

- Documents pour recrutement (Affiche CB (Trois-Rivières).docx) [date : 25 mars 2019]
- Documents pour recrutement (Affiche WC (Baie St-Paul).docx) [date : 25 mars 2019]
- Documents pour recrutement (Affiche WC (LaSalle et Côte-Saint-Luc).docx) [date : 25 mars 2019]
- Documents pour recrutement (Affiche WC (Trois-Rivières).docx) [date : 25 mars 2019]

Ainsi, je vous informe que le résultat de l'examen éthique et scientifique de ce projet de recherche est positif. Par conséquent, le comité d'éthique approuve le projet # MP-13-2019-1779 jusqu'au 29 mars 2020, ainsi que les documents ci-haut mentionnés.

Je vous rappelle qu'il est important de toujours utiliser la dernière version approuvée du formulaire d'information et de consentement. Le formulaire d'information et de consentement portant les signatures originales doit être conservé dans les dossiers du chercheur et une copie remise au participant.

Si un établissement vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CER, veuillez vous entendre avec la personne mandatée de cet établissement pour que notre CER reçoive une copie du document modifié indiquant clairement les modifications apportées à l'adresse suivante :

**[bgp.recherche.ciusscncn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:bgp.recherche.ciusscncn@ssss.gouv.qc.ca)**

Je vous souhaite un bon succès dans la réalisation de ce projet.

Je vous prie de recevoir, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Jean Maziade  
Médecin  
Président CÉR-S santé des populations et première ligne  
CIUSSS de la Capitale-Nationale

## Annexe VII

### Les citations appuyant les cinq grands axes de comportements bientraitants pouvant être adoptés par les préposées.

1. Comportements associés au respect de la dignité et de l'intimité	
<b>Respecter l'intimité</b>	Je lui donne la serviette, je m'en vais attendre un peu qu'elle se lave, je reviens après. [...] Je ne resterai pas là à la regarder et à attendre, je vais lui laisser son intimité. Sinon, je vais parler avec elle (Florence). / Dans l'intimité, tu ne laisses pas les fenêtres grandes ouvertes, les rideaux grands ouverts quand tu changes la madame (Valérie).
<b>Frapper avant d'entrer</b>	C'est comme si on s'en vient en visite aussi quelque part, on s'en vient chez quelqu'un, eux autres c'est chez eux [...] Bonjour, le sourire et on cogne à la porte, pas en avant là, mais à la porte des chambres : « Est-ce que je peux entrer ? » (Audrey).
<b>Obtenir le consentement</b>	Demander, demander, et respecter la personne. Avant de faire une intervention et bien, tu veux son accord (Valérie).
<b>Assurer la confidentialité</b>	[Une résidente] voulait vraiment que je garde ça secret, mais elle m'avait dit que le prochain mois, elle aurait des difficultés financières. C'est vraiment personnel à elle, et je me vois mal aller mettre ça dans les choses publiques [...] J'ai envoyé un message privé par le biais du logiciel à mes boss pour indiquer l'angoisse, l'anxiété qu'elle vivait pour le mois suivant (Audrey).
<b>Se présenter, s'annoncer</b>	Quand moi j'arrive et que c'est un nouveau client, je vais tout de suite me présenter. (Linda) ; Tu frappes à la porte, tu isolas la personne, tu t'identifies, t'informes de ce que tu fais ... (Lise)
<b>Agir avec intégrité</b>	J'ai légèrement adapté mes soins pour eux [un couple de résidents qui s'était fait voler par une préposée ...] Je vide ses poches : « OK vous voyez l'argent, elle est là sur le bord.» [...] et quand quelqu'un m'offre de l'argent pour me remercier] j'explique et je ne le prends pas (Florence).
2. Comportements associés à la sécurité et à l'intégrité physique	
<b>Préserver l'intégrité physique</b>	On les met à l'écart. [...] les clients veulent se jeter dessus. Bien c'est sur, elle crie Ahhh! toute la journée, un moment donné, ils sont écoeurés [...] on fait ça un peu pour éviter qu'il y ait des conflits, pour éviter qu'elle se fasse faire mal, elle est en fauteuil roulant. (Véronique) / Je vais le mettre en sécurité s'il est dans le bain, il ne tombera pas plus bas, je vais le sécuriser avant de quitter (Lise).
<b>Soigner l'apparence physique</b>	Quand on a des surplus, là on a le temps de faire nos choses : les soins des ongles, enlever des poils aux visages...(Véronique) / Je voyais que j'avais à peu près une heure [...] on prenait du temps, je leur frisais les cheveux ou on met du vernis (Marie-Ève).
<b>Garantir l'hygiène corporelle</b>	On a décidé d'établir une grille avec cette madame [...] On avait une civière-douche, ça devenait dangereux, on a fractionné les soins : un jour c'est la tête, une journée c'est le dos, une journée c'est les pieds... [...] si on ne fait pas ça, elle ne sera jamais lavée (Véronique).
<b>Employer le matériel adapté</b>	Je suis allée dans le dépôt chercher des hauts adaptés [...] C'est sur que ce n'est pas le top des vêtements, mais au moins, ils sont habillés. [...] les vêtements adaptés, tout le monde, quand ils sont au levier, devrait avoir ça (Véronique).
<b>Apaiser la douleur</b>	Il y a des madames qui sont en douleur [...] on va vraiment plus privilégier la douceur, on va avoir plus de contacts physiques. [...] je peux crémér, je peux mettre un sac magique ou vraiment masser un petit peu quand je mets la crème pour essayer de faire du bien (Florence).

<b>Observer avec vigilance</b>	Ce n'est pas tout le monde qui a de la facilité à parler [...] Il faut être à l'affût avec nos yeux et avec nos oreilles et avec nos mains aussi. (Audrey) / Donc tu peux, avec l'observation, voir des choses. À partir de là, si rapidement tu vois quelqu'un qui ne mange pas, par exemple, il va avoir des interventions faites ou à faire (Élizabeth).
<b>Faire des tournées régulières</b>	Mettons-ils ont mal, souvent, je vais retourner voir plus souvent : « Ça vas-tu mieux ? Qu'est-ce qui se passe tout est correct ? ». Vraiment plus focuser et aller voir plus souvent (Florence).
<b>Répondre rapidement</b>	On est tout le temps là pour répondre à leurs besoins dans le plus court délai possible (Catherine).
<b>Garder les lieux propres</b>	Je vais arriver dans une chambre, ce n'est pas mon rôle, je viens chercher la personne, mais je vois que quelque chose est croche sur le lit. Je vois qu'il y a quelque chose qui traîne, un papier à terre. Je vais le refaire sans me supplier. Et je n'étais pas venu pour ça, mais je vais le refaire (Lise).
<b>3. Comportements associés à la personnalisation des soins</b>	
<b>Regarder</b>	Je les regarde parce que s'ils ne me regardent pas c'est sur que je ne les ai pas. J'attends toujours d'avoir le contact des yeux en partant. (Amélie)
<b>Sourire</b>	Le sourire, faire un sourire (Linda).
<b>Complimenter</b>	Un monsieur, il ne faisait pas sale, mais moyen. Il s'est fait couper les cheveux et tout le monde lui disait : « Ça vous fait-tu bien la coiffure là ! » et aujourd'hui, il va régulièrement chez le coiffeur. [...] C'est pour ça qu'il faut savoir jongler avec leurs émotions, avec leur besoin, ce n'est pas des besoins vitaux c'est des besoins un petit peu plus adjacents, mais qu'ils ont besoin qu'on épanouisse. (Lise)
<b>Sécuriser, rassurer</b>	Il y en a des fois qui sont en paniques, il faut que tu les consoles, il faut que tu fasses de quoi : tu ne lui donnes pas une petite pilule ciao, bye! [...] C'est des humains. Dans le domaine du possible, j'essaie tout le temps d'aller [le] plus loin que je peux pour qu'ils soient en sécurité et qu'ils se calment.(Linda)
<b>Encourager et stimuler</b>	Soit une petite promesse, on va dire : « Vous ne voulez pas ? Je vous ai préparé un bon petit café! » ou « la salle de bain est bien chaude, vous allez voir » ou [...] leur faire miroiter quelque chose, chercher l'éveil. Chercher le petit truc qui leur manque. [...] Il faut leur restimuler le petit stimulus, le petit gout de faire. (Lise)
<b>Adapter son langage</b>	[Une dame Alzheimer et généralement agressive] Elle dit souvent véreux de verrat à la fin de ses phrases, je fais tout le temps : « Y véreux de verrat » et elle part à rire aux éclats, elle est bien crampée. C'est des petits moments comme ça qu'il faut que tu utilises pour aller chercher leur attention. (Amélie) / Tu vouvoies la personne âgée, toujours, moi je ne serais pas capable, c'est dans mes valeurs. (Valérie)
<b>Employer des familiarités</b>	« Mon coco, mon lapin, ma chérie », il y en a plein tout le temps [...] « on ne doit pas dire : « Ma chérie », mais c'est sur qu'il n'y a personne qui va empêcher de le faire et encore moins le résident. C'est comme dire bonjour, ça va de soi (Élizabeth).
<b>Interagir et discuter lors du soin</b>	Ce n'est pas juste de les amener aux toilettes et d'attendre, je vais l'amener à la salle de bain et je continue à jaser avec lui [...] c'est de continuer mes discussions. (Marie-Ève) / Dans le non dit aussi [...] quand je regarde des collègues [...] ils rentrent et on entend le lavabo couler, mais on n'entend pas de discussion, ce qui fait que c'est quelqu'un qui est froid (Audrey).
<b>Décrire ses gestes au fur et à mesure</b>	Et puis tu lui expliques qu'est-ce qu'on va faire, si elle est en mesure de comprendre bien sûr, mais quand même je le dis toujours qu'est-ce que je m'appête à faire (Valérie).
<b>Expliquer son manque de temps et proposer une solution</b>	Je dis souvent aux résidents : « On se parlera un peu plus tard » ou « on va le faire par petit morceau », ça le fait parce que c'est sur tu ne peux pas t'installer [...] Si tu veux une réponse positive, il faut que tu leur exprimes. Souvent je leur dis : « bon écouter, là je n'ai pas le temps, mais... » ou « ce temps est alloué à telle



	chose, mais je vais revenir et on pourra discuter» ou « je vais terminer telle chose et je viendrai vous voir après »[...] déjà ça incluse la personne, elle se sent entendue (Élizabeth).
<b>Justifier ses écarts</b>	Je leur explique vraiment pourquoi je suis plus en retard [...] ça ne leur fait pas plaisir, mais j'explique le plus que je peux (Florence) / Il faut vraiment tout de suite justifier pourquoi. Tu l'as cogné, ça arrive, tu n'as pas fait exprès [...] il ne faut pas rester sur le fait que Aïe, elle a mal et puis que toi tu t'en vas [...] elle a mal, non, non, justifie-toi toujours de tes faits, de tes gestes pour que justement, il n'y ait pas cet impact négatif (Lise).
<b>Prendre un temps d'arrêt</b>	Si je vois que ça empire, j'ai beau essayer de calmer un peu ou de faire diversion, ça empire. À ce moment-là, je vais peut-être me retirer et réessayer un petit peu plus tard. [...] Attendre que ce soit un peu moins intense (Audrey).
<b>Faire une diversion</b>	On passe une madame aux toilettes, on chante avec elle [...] C'est des petits trucs qui nous aident à approcher quelqu'un. [...] c'est changer les idées, les apporter sur quelque chose, un sujet, on parle de leur famille. [...] on donne des noms : Françoise à dit telle chose... Françoise s'en vient, venez on va se mettre belle, on va se lever... (Véronique).
<b>4. Comportements associés au respect de l'autonomie et des préférences</b>	
<b>Favoriser l'autonomie</b>	On oublie que la personne a à peu près 80 années de vie avec de l'expérience, avec tout un vécu et ça, pour moi, c'est primordial. Je ne veux pas intervenir, ce n'est pas un enfant qui est devant moi, alors le respect. Le respect pour moi est quelque chose qui va s'exprimer par ce besoin de rechercher l'autonomie de cette personne avant tout. Pour moi, c'est le soin le plus important (Élizabeth).
<b>Offrir des alternatives</b>	Un client ne veut pas prendre son bain, on attend, des fois, on attend 15 minutes. On y retourne. Ça ne fait toujours pas, on change d'employé et on essaie d'autre chose. On essaie de trouver qu'est-ce qui lui plairait pour prendre son bain : de la lumière, de la musique... On réussit (Catherine).
<b>Respecter les préférences</b>	Le soir, c'est des toasts avec con café c'est ça qu'elle [la personne âgée] aime des toasts. On en fait, on en fait, on en fait. C'est à peu près ce qu'ils mangent, mais si on écoutait les normes on ne pourrait pas le faire [...] entre ça et ne pas manger, et bon de toute façon c'est tu grave qu'ils mangent des toasts ? Non! (Élizabeth).
<b>S'intéresser au parcours de vie et l'utiliser</b>	Elle chantait il y a bien des années. Quand on rentre et on chantonne un petit peu, on dirait que le sourire est plus facile et tout est plus facile avec elle. Il y a moins de colère, moins d'agressivité [...] on va chercher dans l'histoire de vie, ou va chercher un peu ce qui est agréable pour eux autres (Audrey).
<b>Faciliter la collaboration</b>	Une dame le matin c'est difficile la lever, je lui mets de la musique [...] elle aime ça, je pèse sur <i>play</i> quand je rentre dans la chambre, à <i>trip</i> , est couchée dans le lit [et] elle danse. Pendant ce temps-là, je sais que je suis capable de faire mes soins (Véronique).
<b>Tenir compte de l'horaire de vie</b>	Il en reste à minuit qui ne dorment pas, ils font de l'errance [...] Ils ne veulent pas c'est tout, si lui est habitué de travailler de nuit, mettons, il aime ça de même. Moi, je ne me bats pas avec eux, c'est eux qui décident. (Amélie); Mais si les clients ne veulent pas se lever, tu respectes ça aussi (Valérie).
<b>Faire participer aux soins</b>	Tu lui mets les serviettes dans sa main, il va se laver le visage. Après ça, tu lui donnes la serviette pour qu'il se sèche le visage [...] tu le laves admettons son bras, son dos et après tu baisses ses pantalons, il va se laver lui-même (Florence).
<b>S'ajuster au rythme</b>	Le plus difficile c'est de respecter les capacités parce que souvent, quand on le fait, ça va bien plus vite, c'est mieux fait alors que si on laisse la personne faire certaine ça va être plus long et il y a des petits coins qui ne seront pas faits, mais c'est ça, il faut prendre sur soi (Lise).

## 5. Comportements socialement inclusifs

<b>Toucher</b>	Je m'en vais leur dire un petit bonjour spécial soit en tenant par la main, soit avec une petite touche, un petit toucher personnel : en flattant le dos un petit peu ou en en flattant le bras dire « Bonjour, pis comment ça va vous depuis qu'on s'est vu ? » (Marie-Ève).
<b>Accompagner chaleureusement</b>	Un soin, ça reste un soin, la personne ne s'en rend pas compte, je suis bien d'accord, mais sauf que un soin palliatif [...] je la cajole comme si [elle] est vivante et qu'elle me parle. (Catherine)
<b>Reconnaitre les différents rôles sociaux occupés</b>	C'est de parler [...] de savoir qui elle était parce que ça été une personne jeune, ça été une maman, ça été une grand-maman. De savoir qu'est-ce que vous faites, comment vous viviez et comment vous avez eux d'enfants et c'est un échange, c'est d'avoir un échange avec quelqu'un, c'est dans l'intimité (Valérie).
<b>Avoir de la considération pour la personne</b>	Quand j'arrive moi je dis : « Bonjour ! Bonjour ! », mais il y en a qui arrivent, ils s'essuient les pieds et ils vont dans la salle des employés et il n'y a pas eu d'interaction. Pourtant, elle est passée à côté de trois personnes qui habitent ici (Audrey).
<b>Avoir de «petites attentions»</b>	Je prends des temps spéciaux, des madames [qui] sont supposées d'être capables de mettre leur jaquette toutes seules, mais je vais les voir et je vérifie que l'hygiène est correcte, tout en jasant, en les aidant [...] juste ouvrir leur lit le soir [...] (Marie-Ève).
<b>Valoriser les expériences et les connaissances</b>	C'est des trésors hein, alors c'est juste toi à y aller [...] j'ai eu un cours d'histoire intensif, je comprends beaucoup mieux la communauté dans laquelle je suis parce que je bénéficie de toutes ces histoires, de tous ces liens, de tous ces êtres qui me font vivre une époque qui n'est pas si loin [...] je suis très privilégié (Élizabeth).
<b>Solliciter la participation</b>	Je les amène dans le salon, là je leur jase et des fois, il y en a que je leur donne des débarbouillettes « Allez-y ! [...] ». Si tu veux aller remplir ton charriot, amène ton client, amènes-en un client, passe du temps avec. (Catherine)
<b>Favoriser la socialisation</b>	On ne laissera pas une madame se bercer toute seule dans sa chambre, ça ne marche pas, on ne peut pas faire ça. On aime mieux les apporter au salon, les avoir avec nous autres. On donne des collations, on jase, ils jasant ensemble (Véronique).
<b>Utiliser l'humour pour créer une complicité</b>	On sort une blague et le lendemain, et le sur lendemain où on se croise avec la même madame, on rit encore de notre blague. L'impact il est positif, on repense à notre affaire et on dit : « Mon Dieu, on était niaiseuse » et on rit. Parce qu'il ne faut pas croire parce que la personne elle a 80 ans, elle n'a plus d'humour. Il ne faut pas croire ça : elle en a autant que moi, si ce n'est plus (Lise).
<b>Assurer une présence lors de fêtes ou d'évènements spéciaux</b>	Ils te voient tous les jours et leurs familles ils habitent loin, ils ne les voient pas souvent. [...] s'ils n'ont pas de famille qui vient les voir, et bien ça va juste vraiment leur faire du bien de voir quelqu'un à Noël. Je préfère travailler à Noël. [...] je vais peut-être leur faire des bonbons aux patates et en amener pour dessert (Florence).
<b>S'impliquer dans les activités du milieu</b>	On a un party de Noël vendredi, je vais me déguiser (Florence). Je viens même au party quand je ne suis pas invitée (Lise)