



Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

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

Chercheuse principale

Sophie Éthier, Université Laval

Cochercheurs

Éric Gagnon, VITAM-Centre de recherche en santé durable, Mélanie Couture, CIUSSS du Centre de l'Ouest-de-l'Île-de Montréal, CREGÉS, François Aubry, Université du Québec en Outaouais (UQO)

Soutien à l'équipe de recherche

Anna Andrianova, Université Laval, Sandra Smele, CREGÉS, Anne Myrand, Université Laval, Jeanne-Astrid Lépine, Université Laval, Sarita Israël, Domaine d'expertise pour Contrer la maltraitance, CREGÉS

Partenaires du milieu impliqués dans la réalisation de la recherche

Julie Huot et Karine Mailloux, Centre d'hébergement de Baie-Saint-Paul
Manon Charpentier et Nancy Gélinas, La Maison Mava,
Jean-Luc Tobelaim, Marie-Laurence Cachat et Ana-Maria Betancour, La résidence Les Cotonniers

Établissement gestionnaire de la subvention

Université Laval

Numéro du projet de recherche

2019-OBTR-265747

Titre de l'Action concertée

La bienveillance envers les personnes âgées : mieux comprendre le concept et les particularités au Québec

Partenaires de l'Action concertée

Secrétariat aux aînés – ministère de la Famille
Ministère de la Santé et des Services sociaux(MSSS)
et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)

Rapport scientifique intégral

Partie A - Contexte de recherche	1
1. Problématique	1
2. Principales questions de recherche et/ou hypothèses	2
3. Objectif de recherche	3
Partie B – Pistes de solution, retombées et implications	4
1. À quel type d'auditoire s'adressent les travaux?	4
2. Que pourraient signifier les conclusions pour les décideurs, gestionnaires ou intervenants?	4
3. Quelles sont les retombées immédiates ou prévues des travaux?	4
4. Quelles sont les limites, quel est le niveau de généralisation des résultats?.....	5
5. Quels sont les messages clés à formuler selon l'auditoire visé?	6
6. Quelles sont les principales pistes de solutions selon l'auditoire visé?	7
Partie C – Méthodologie	9
1. Approche méthodologique privilégiée	9
2. Méthodes de cueillette des données	9
3. Corpus ou échantillon.....	9
4. Stratégies et techniques d'analyse	9
Partie D – Résultats	10
1. Principaux résultats obtenus.....	10
2. Conclusions et pistes de solution.....	17
3. Contributions principales à l'avancement des connaissances	18
Partie E – Pistes de recherche	19
1. Nouvelles pistes ou questions de recherche	19
2. Principales pistes de solution à cet égard	19
Partie F – Références et bibliographie	20

Rapport scientifique intégral

Partie A - Contexte de recherche

1. Problématique

D'origine française, la notion de bientraitance s'inscrit dans la tendance mondiale pour l'amélioration des soins aux aînés qui a mené à l'élaboration de perspectives théoriques et pratiques diverses. Propulsée par les autorités dans les années 2000, elle a connu en France une importante diffusion et une grande popularité, et y est rapidement devenue une référence dans l'élaboration des projets d'établissements et de soins et dans les circuits de formation aux professionnels du secteur médico-social (Casagrande, 2016; Svandra, 2010). Elle suscite désormais l'intérêt ailleurs dans le monde francophone, et notamment au Québec. La bientraitance fait l'objet d'un travail actif de définition dans lequel sont engagés non seulement les autorités publiques et les chercheurs du Québec, mais aussi différents acteurs du domaine des soins aux aînés soucieux d'en jauger la valeur et la portée, ou de se l'approprier afin de favoriser son application. En effet, de nombreuses initiatives ont été prises ces dernières années pour développer des pratiques de bientraitance en milieu d'hébergement et les faire connaître chez nous. Le Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD organisé par le MSSS (en mai 2018) et nos recherches récentes sur les CHSLD (Anchisi et Gagnon, 2017; Aubry, 2017; Gagnon, 2017) ont mis en lumière diverses pratiques favorisant la bientraitance en milieu d'hébergement. Malgré les contraintes, le personnel fait souvent preuve d'imagination et de créativité. Les pratiques de bientraitance dans les CHSLD, les RI et les RPA, sont nombreuses et diversifiées, mais sont toutefois peu documentées et peu connues à l'extérieur des établissements où elles se sont développées.

Par ailleurs, de nombreuses mesures ont été prises pour contrer la maltraitance : les orientations ministérielles (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003) dans lesquelles l'approche milieu de vie est promue, la Loi L-6.3 de lutte contre la maltraitance qui reconnaît la très grande vulnérabilité des résidents et leur besoin accru de protection (Éditeur officiel du Québec, 2019), le nouveau *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés* qui définit des normes et exigences (Éditeur officiel du Québec, 2018), ou encore la politique développée par le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal visant à soutenir les gestionnaires de CHSLD (Israel, Fournier et Manseau-Young, 2016). Or, installer des mécanismes pour lutter contre la maltraitance ne fait pas nécessairement d'un milieu d'hébergement un endroit où règne la bientraitance. La bientraitance doit faire l'objet de mesures et d'évaluation particulières. L'analyse et la promotion des pratiques bientraitantes exigent également le développement de démarches et d'outils spécifiques. C'est tout un champ de pratiques spécifiques à la bientraitance que nous nous proposons d'étudier, notamment celles autour de la bientraitance « ordinaire » que nous savons exister dans ces milieux. Par bientraitance « ordinaire », il est entendu les attitudes ou actions quotidiennes qui ne disposent pas d'une grande visibilité, mais qui existent en dépit des contraintes organisationnelles empêchant parfois leur mise en pratique continue et par tous¹.

2. Principales questions de recherche

Cette recherche participative adoptait deux principes. Le premier, la bientraitance est plus que l'absence de maltraitance; le second, les pratiques de bientraitance méritent d'être reconnues et les personnes directement concernées sont les mieux placées pour les identifier et les mettre en valeur. Utilisant la méthode d'étude de cas, elle a reposé sur

¹ Par exemple, l'organisation des horaires en fonction des besoins des résidents, l'aménagement convivial de l'espace privé ou commun, les gestes ou paroles simples qui rassurent lors de soins d'hygiène, les façons particulières d'être en relation avec les proches aidants, l'organisation de fêtes, cérémonies ou autres activités collectives.

une mobilisation de l'ensemble des acteurs de trois milieux d'hébergement différent (CHSLD, RI et RPA) dans une démarche double : une réflexion collective (par le biais de *world café*) et une appropriation et valorisation de leurs propres pratiques bientraitantes envers les aînés (au sein de cercles de bientraitance). Cette recherche participative a ainsi contribué à créer un climat de travail favorable à la poursuite et la cristallisation des pratiques de bientraitance applicables à leur milieu puisque déjà présentes.

Nous avons proposé une démarche pour connaître, reconnaître et faire connaître ces pratiques qui pourra éventuellement être reprise ailleurs. Cette étude visait à répondre aux questions de recherche suivantes : *Quelles sont les pratiques de bientraitance envers les personnes âgées dans les milieux d'hébergement au Québec ? Comment reconnaître et mettre en valeur ces pratiques ?*

3. Objectif de recherche

L'objectif général de cette recherche consistait à mettre en lumière les pratiques² existantes de bientraitance « ordinaire » dans les CHSLD, RI et RPA au Québec. Pour atteindre cet objectif, les objectifs spécifiques de la recherche étaient de : (1) Repérer les pratiques existantes de bientraitance dans les milieux d'hébergement; (2) Valoriser ces pratiques, et le personnel qui les adoptent, 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.

² Le terme pratiques de bientraitance inclut l'ensemble des pratiques, actions, attitudes et comportements bientraitants.

Partie B – Pistes de solution, retombées et implications

1. À quel type d'auditoire s'adressent les travaux? Les résultats de la recherche peuvent être utiles aux personnes préoccupées par la bientraitance des personnes âgées en milieu d'hébergement : décideurs du réseau de la santé et des services sociaux, gestionnaires, intervenants et professionnels oeuvrant dans ces milieux, résidents et leurs proches, ainsi qu'aux chercheurs dans le domaine.

2. Que pourraient signifier les conclusions pour les décideurs, gestionnaires ou intervenants? Les conclusions de l'étude permettent, d'une part, d'appréhender la manière dont les acteurs impliqués (résidents âgés, familles, personnel soignant et gestionnaires) comprennent la notion de bientraitance, comment ils se l'approprient, ce qu'il font au jour le jour; ce qu'ils considèrent être des obstacles et des conditions permettant leur déploiement. Cette première compréhension et appropriation est fondamentale à tout milieu qui souhaite favoriser la bientraitance envers les personnes âgées. D'autre part, cette recherche propose une démarche de mise en valeur des pratiques bientraitantes applicable dans les milieux d'hébergement afin de valoriser ces pratiques.

3. Quelles sont les retombées immédiates ou prévues des travaux? La principale retombée de la recherche touche la sensibilisation et la mobilisation des résidents, des familles, du personnel et des gestionnaires concernés. Les discussions autour de la notion de bientraitance, des obstacles et facilitateurs à son implantation, et celles concernant les pratiques bientraitantes dans leur milieu au sein du *world café* a contribué à sensibiliser ces acteurs au fait que la bientraitance existe, qu'elle est atteignable et possible dans leur milieu. Mais aussi, qu'elle comporte des obstacles non négligeables, et que, par conséquent, elle doit être soutenue par une culture organisationnelle qui la favorise.

L'exercice collectif consistant à énumérer et expliquer leurs pratiques bientraitantes a permis de définir la notion de façon plus précise en disposant de données sur les différentes perceptions de ces manifestations concrètes dans la pratique, tout en évaluant son acceptabilité. La démarche de travail privilégiée au sein des cercles de bientraitance, qui suit le *world café*, repose sur une démarche de mise en valeur des pratiques bientraitantes participative, simple, flexible, peu coûteuse, à la portée de tous les milieux qui comporte un effet mobilisateur vers la reconnaissance et le maintien des pratiques de bientraitance.

La seconde retombée est que cette recherche s'inscrit dans le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*. En effet, elle répond aux mesures 6 et 8 qui consistent, d'une part, à 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; et, d'autre part, à promouvoir la bientraitance en RPA par des activités et des outils de sensibilisation. La diffusion de la démarche de mise en valeur des pratiques bientraitantes dans un milieu suggère, en outre, et ceci constitue une autre retombée prévue, le renouvellement des pratiques et l'implantation de nouvelles façons de faire dans d'autres milieux.

4. Quelles sont les limites, quel est le niveau de généralisation des résultats?

Ce devis de recherche étant qualitatif, élaboré sur la base d'une étude de cas dans trois milieux d'hébergement différents (CHSLD à Baie-St-Paul, RPA à Salaberry-de-Valleyfield et RI/RPA à Trois-Rivières), il ne vise pas la généralisation à tous les milieux d'hébergement au Québec des définitions élaborées de la bientraitance, des pratiques bientraitantes présentées ni des obstacles et facilitateurs identifiés à leur implantation. Par contre, il

donne un premier portrait de la situation dans les établissements. En outre, la démarche proposée de mise en valeur de ces pratiques bientraitantes, à l'aide d'un *world café* et de cercles de bientraitance, peut aisément se faire ailleurs. Par ailleurs, l'expérimentation dans le quatrième milieu, soit le CHSLD Maimonides (CIUSSS-CODIM à Côte-St-Luc), a été retardée en raison de changements administratifs internes (automne 2019), pour être ensuite annulée dû au contexte de la pandémie de la COVID-19. La pandémie a en outre rendu impossible l'entrée dans tous les milieux d'hébergement depuis mars 2020, de sorte que nous n'avons pas pu terminer la démarche de mise en valeur des pratiques telle que proposée dans le devis de recherche. La diffusion à grande échelle de la démarche, prévue par le biais de deux colloques, n'a pas pu être réalisée.

5. Quels sont les messages clés à formuler selon l'auditoire visé?

- **Décideurs dans le réseau de la santé et des services sociaux** : Il importe, dans le contexte post-pandémique où les milieux d'hébergement ont été mis à mal, de soutenir concrètement dans des politiques et plans d'actions gouvernementaux une démarche de mise en valeur des pratiques bientraitantes dans ces milieux afin de démontrer clairement une volonté politique d'offrir des environnements d'hébergement bientraitants aux personnes âgées et de promouvoir une réelle culture de bientraitance à l'endroit de toutes les personnes qui y résident et y travaillent.
- **Gestionnaires des milieux d'hébergement** : Il importe, dans le contexte post-pandémique où les milieux d'hébergement où des problèmes déjà présents se sont accentués, de mettre en place une démarche de mise en valeur des pratiques bientraitantes dans leurs milieux afin d'affirmer leur volonté et leur capacité d'offrir des environnements bientraitants et de promouvoir une réelle culture de bientraitance fondée sur la représentation de tous les acteurs de ce qu'est la bientraitance pour eux.

- **Intervenants et professionnels** : Il importe, dans un contexte où le travail au sein des milieux d'hébergement est souvent mal perçu et dévalorisé, de participer à une démarche de mise en valeur des pratiques bientraitantes dans leur milieu de travail afin de contribuer à les mettre en lumière. Les intervenants et les professionnels sont les mieux placés pour parler de ces pratiques et ce qui les favorisent, mais également aptes à nommer les obstacles à leur développement. Aucune politique en cette matière ne sera efficace sans la participation active des personnes en première ligne dans les soins aux personnes âgées hébergées.
- **Personnes âgées résidentes en milieu d'hébergement et leurs proches** : Il importe, dans le contexte où de nombreuses personnes âgées et leurs familles souhaitent de moins en moins recourir au milieu d'hébergement comme choix de milieu de vie, de participer à une démarche de mise en valeur des pratiques bientraitantes qui sont présentes afin de montrer une réalité méconnue de ces milieux. En participant à la démarche, les personnes âgées et leurs proches participent à la définition de la bientraitance et prennent conscience du travail de collaboration nécessaire à la mise en place de telles pratiques.

6. Quelles sont les principales pistes de solutions selon l'auditoire visé?

- **Décideurs dans le réseau de la santé et des services sociaux.** La pandémie a démontré la fragilité du système de santé (présente depuis trop longtemps) et a constitué un point de rupture. Cette recherche participative peut servir de levier pour y remédier. Redonner la parole aux résidents et aux soignants, mieux les considérer, écouter leurs demandes et co-construire des solutions. Cela exige de revoir les priorités : l'humain ou le rendement à tout prix. Aussi, décentraliser les soins et redonner une partie du pouvoir aux gestionnaires du milieu; rendre le milieu de la santé et des services sociaux plus attrayants pour les employés ne sont que des exemples de solutions.

- **Gestionnaires des milieux d'hébergement.** Les gestionnaires doivent prendre acte de ce que la pandémie a permis de mettre en lumière en valorisant les soignants et les résidents des milieux d'hébergement. Comment? En considérant leur bien-être et leur apport en leur offrant des conditions de vie et de travail décentes et bienveillantes. Ils doivent porter bien haut cette culture de bienveillance dans leur milieu, ce qui implique : prendre en considération les demandes du personnel et des résidents et savoir jongler avec les réglementations; rester près du terrain, à l'écoute et à l'affût de ce qui se passe; offrir des conditions de travail propices à la bienveillance; offrir un encadrement suffisant sans être trop restrictif; ne pas surcharger les employés; encourager les pratiques bienveillantes, par exemple.
- **Intervenants et professionnels :** C'est surtout sur eux que retombe le fardeau de la bienveillance considérant leur travail de proximité avec les résidents. Par ailleurs, ils doivent d'abord impérativement être soutenus et appuyés dans leurs pratiques. Aussi, par exemple, ils doivent être à l'écoute de leur ressenti, rester connectés à leurs besoins; mettre des limites afin d'éviter l'épuisement; rester centrés sur le résident et ouverts aux changements; être solidaires de leurs collègues et travailler dans un contexte organisationnel bienveillant donc favorable à leurs propres pratiques bienveillantes.
- **Personnes âgées résidentes en milieu d'hébergement :** C'est d'abord elles qui sont visées par la bienveillance en milieu d'hébergement. Ainsi, leur milieu de vie doit leur permettre de : tisser des liens significatifs avec les intervenants et les professionnels; socialiser, éviter l'isolement, être inclus et participer au milieu; ne pas avoir peur de déranger, de critiquer. Dans l'optique de faire d'elles des sujets recevant des soins et non des objets de soins, considérer leur point de vue, lorsque possible, dans la définition et l'application de pratiques bienveillantes.

1. Approche méthodologique privilégiée :

Il s'agissait d'une recherche participative de nature qualitative, par étude de cas multiple, qui sert à comprendre un phénomène en profondeur, en temps et en contexte de vie réels, pour en saisir toute la complexité et les conditions dans lesquelles il se déploie dans des milieux sélectionnés (Yin, 2014).

2. Méthodes de cueillette des données :

Cette recherche reposait sur quatre principales méthodes de collecte des données : *world café* (n=61), cercle de bienveillance (n=19), entrevues individuelles auprès de préposées aux bénéficiaires (n=13) et recension des écrits (n= 131).

3. Corpus ou échantillon :

Les cas à l'étude ont été sélectionnés sur la base d'un échantillonnage ciblé, par critères ou choix raisonné (Patton, 2002) afin de tenir compte des différences de taille, de milieux socioéconomiques et sociodémographiques, de culture organisationnelle, et selon leur intérêt à participer à la démarche.

4. Stratégies et techniques d'analyse :

Les résultats obtenus lors du *world café* ont été revus, discutés, classés, analysés et validés au sein des cercles de bienveillance, donc avec des résidents, des proches, des membres du personnel et des gestionnaires. Les entrevues individuelles avec les préposées aux bénéficiaires constituaient le mémoire de maîtrise d'une étudiante en travail social à l'Université Laval. La perspective inductive employée par l'étudiante a permis d'analyser les données en profondeur en lien avec le cadre théorique de l'éthique du care (Gagnon, 2016; Tronto, 1993).

³ Une méthodologie détaillée est présentée à l'annexe 1.

Partie D – Résultats

1. Principaux résultats obtenus : Les principaux résultats obtenus sont présentés ici selon les objectifs spécifiques de la recherche.

Approfondir notre compréhension de la bientraitance, ses formes et ses significations, ainsi que la pertinence du concept.

La bientraitance selon la recension des écrits

Réputée complexe et encore floue (Duportet, 2010; Pain, 2010), la définition de bientraitance se révèle difficile à opérationnaliser et à évaluer en raison de la subjectivité des concepts sur lesquelles elle s'appuie⁴. Certains auteurs contestent en outre sa plus-value dans le champ lexical déjà riche du soin comme la *bienfaisance*, la *bienveillance*, la *sollicitude*, le *care* et *l'approche centrée sur la personne* (ANESM, 2008; Dagens, 2010; Grassin et Wanquet-Thibault, 2016; Lebel, 2016; Marché Paillé, 2011; Moulias, Moulias et Busby, 2010; Pain, 2010; Pellissier, 2010; Péoc'h, 2011; Pomar Chiquette, 2019; Thomas, Missotten, Squelard, Ylieff et Hazif-Thomas, 2009). D'autres s'inquiètent de son potentiel normatif (Molinier, 2010; Rimbart, 2006; Weber, 2011). Malgré ces critiques, notre recension indique que la notion de bientraitance est généralement bien accueillie. L'analyse des documentés recensés nous a permis suggérer une manière de caractériser la bientraitance. D'abord, elle repose sur trois grands principes. Le premier, considérer les personnes âgées comme des sujets de leur vie et non des objets de soins (ANESM, 2008; Lelievre, 2010; Ministère de la Famille - Secrétariat aux aînés, 2017; Péoc'h, 2011). Ceci implique de doubler les interventions, les soins de confort ou médicaux, de tous les égards dus à une personne (Casagrande, 2016; Longneaux, 2010) qui, même dépendante, reste le sujet de sa vie (Longneaux, 2010; Luquel, 2008; Moulias et al., 2010). Versant positif de la lutte contre la maltraitance (Beaulieu, Leboeuf Roxane et Pelletier, 2017; Svandra, 2010), la bientraitance mise également sur le fait de valoriser les bonnes pratiques (plutôt que pointer la maltraitance)

⁴ Les trois principales définitions reconnues de la bientraitance retenues dans cette recherche pour analyse, dont celle adoptée par le gouvernement québécois, se trouvent en annexe 2.

pour sensibiliser, encourager le dialogue et susciter l'adhésion des acteurs des milieux de soins (ANESM, 2008; Ministère de la Famille - Secrétariat aux aînés, 2017; Pomar Chiquette, 2019). Enfin, le troisième principe consiste à travailler en concertation pour que les multiples dimensions du soin, impliquant de nombreux intervenants, le résident et ses proches sur une période prolongée concourent aux mêmes objectifs. Pour être agissante, la bientraitance se concrétise ensuite, idéalement à la fois, aux plans individuel, relationnel, organisationnel et environnemental.

La bientraitance selon les participants des *World Café*, des cercles de bientraitance et des entrevues individuelles

La bientraitance c'est tout ce qui peut favoriser l'autonomie du résident, sa dignité, sa sécurité et son inclusion dans le groupe. Ce sont les gestes ou les activités au sein desquelles ses préférences, ses désirs et ses goûts sont pris en compte. Ce sont des pratiques qui le respectent dans sa globalité, favorisent son bien-être et permettent son implication et sa participation aux activités. Comme l'ont dit les participants, « la bientraitance c'est tout simplement bien prendre soin d'une personne ». Définie plus concrètement, la bientraitance est vue comme : l'interaction entre des attitudes (sensibilité, flexibilité, patience...), des actions (réponses individualisées, respect du vécu...) et des moyens (techniques, technologiques...) encouragée par un milieu offrant des conditions favorables à son déploiement (temps, climat de confiance, travail d'équipe...) et soumise à des obligations formelles ou des normes extérieures (approche milieu de vie [AMV], certification, loi 6.3...) en cette matière. La bientraitance s'adresse tant aux résidents, aux proches qu'au personnel et est soutenue par la perception commune que le milieu d'hébergement est un milieu de vie. L'annexe 3 présente un schéma comportant les éléments clés de cette définition.

Plus précisément, la bientraitance se manifeste d'abord dans la relation interpersonnelle et s'articule selon trois dimensions : descriptive, normative et préventive. Descriptive parce que les participants, plutôt que la définir, la décrivent comme un ensemble de gestes quotidiens soucieux du bien-être des résidents et attentifs à leur rétroaction. Normative parce que considérée comme un idéal professionnel agissant comme une puissante norme sociale partagée et consentie. Et préventive car elle permet de se distancier de la maltraitance. La bientraitance c'est aussi une culture organisationnelle. Or, les participants affirment qu'on ne leur fournit pas les conditions organisationnelles nécessaires pour atteindre les normes de bientraitance prescrites par leurs milieux. En dépit des bonnes intentions, plusieurs normes gouvernementales (comme les règles de sécurité appliquée de manière uniforme à tous) limitent la pleine réalisation de la bientraitance. En outre, ces normes imposées aux préposées aux bénéficiaires ne correspondent pas toujours à leur définition de la bientraitance, ce qui les amène à contourner certaines règles allant jusqu'à faire passer les intérêts de leurs résidents avant les leurs. La bientraitance comporte finalement une dimension sociopolitique puisque, par exemple, le manque de préposées aux bénéficiaires, conduisant à des situations de maltraitance, peut être associé à la faible reconnaissance sociale et politique de leur métier.

Repérer les pratiques existantes de bientraitance ordinaire dans les milieux d'hébergement.

Les pratiques existantes de bientraitance selon la recension des écrits

La recension des écrits a fourni des exemples concrets de pratique qui concordent avec les principes de bientraitance, même si elles n'utilisent pas nécessairement cette notion. C'est le cas de plusieurs approches globales utilisées au Québec, qui mettent de l'avant le respect des préférences et des choix individuels (AMV, approches Planetree et Carpe Diem), l'importance de la relation de soin (approche relationnelle de soin [ARS]), ou

l'optimisation de l'environnement et du potentiel résiduel (approche prothétique élargie). L'AMV et l'ARS sont appuyées par des formations sur mesure pour les soignants. D'autres formations ciblent les compétences interpersonnelles des soignants. Un tableau présentant ces approches est déposé à l'annexe 4.

Les pratiques existantes de bientraitance selon les participants des World Café, des cercles de bientraitance et des entrevues individuelles

Dans le même sens, mais de manière encore plus concrète, les exemples de pratiques de bientraitance ressorties dans le *world café* dans nos milieux à l'étude se classent en trois catégories de pratiques : individuelles (utiliser l'humour, soigner la beauté des personnes, organiser des fêtes, créer des liens à partir des affinités, chercher à s'améliorer, donner des permissions spéciales....); organisationnelles (parrainage entre un préposé et un résident, implication des proches, implication des résidents dans des activités, application des approches ARS et AMV, respect de la politique de lutte contre la maltraitance, travailler en partenariat, utiliser un dossier informatisé du résident contenant notamment l'histoire de vie et le plan d'intervention) et institutionnelle provenant du CIUSSS-MSSS (octrois de ressources pour l'application d'approches et de politiques). Un tableau des pratiques de bientraitance identifiées au CHSLD est présenté en annexe 5.

Les pratiques bientraitantes décrites par les préposées s'exercent autour de cinq grands axes : respect de la dignité et de l'intimité; maintien de la sécurité et de l'intégrité physique; personnalisation des soins; respect de l'autonomie et des préférences; et adoption de comportements socialement inclusifs. Ces comportements sont modulés par deux types de savoir. Le *savoir-être* est associé aux qualités personnelles et comportementales, innées ou acquises, des PAB. Il reflète leurs compétences sociales et relationnelles : bienveillance, compassion, régulation émotionnelle, engagement, etc. Le *savoir-faire* comprend les techniques et les connaissances acquises en formation, ainsi que

trois compétences professionnelles, soit l'esprit d'analyse, le sens de l'organisation et la transmission de l'information. Le fait que les comportements bientraitants se manifestent aussi bien sur les quarts de travail que durant les temps libres des PAB souligne leur caractère volontaire et individuel.

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.

Conditions favorables et les obstacles au développement de pratiques bientraitantes selon la recension des écrits

Plusieurs conditions favorables à la bientraitance sont identifiées. D'abord, l'engagement public des États, qui devrait se traduire par un financement accru des établissements ou un soutien à la recherche (Aubry, 2017; Koren, 2010; Li et Porock, 2014) et s'inscrire dans la visée plus large de la lutte contre l'âgisme (OIIQ, 2016). Ensuite, l'implication des établissements, qui comprend des mesures adéquates d'encadrement et d'évaluation des professionnels (Casagrande, 2007; Dagens, 2010; Kuhnel, Sanchez, Hugault, de Normandie et Dramé, 2014; Phaneuf, 2012; Ribeaucoup et Malaquin-Pavan, 2015). Un *management* positif favorise à la fois l'*empowerment* des employés et des résidents (Caspar, Cooke, O'Rourke et MacDonald, 2012; Caspar, Le et McGilton, 2019; Caspar et O'Rourke, 2008; Kane et Cutler, 2015). L'institution est aussi responsable d'offrir à l'ensemble du personnel des formations appropriées à ses besoins (Gaussens, 2015; Koren, 2010; Lothian et Philp, 2001; Perrot, 2016; Vikström et al., 2015). Enfin, des actions concrètes sur les conditions de travail sont requises pour un changement à long terme (Aubry, Couturier et Gilbert, 2013; Barsetti, 2016; Bellemare et al., 2017; Gannod, Abbott, Van Haitsma, Martindale et Heppner, 2019; Ribeaucoup et Malaquin-Pavan, 2015; Viau-Guay et al., 2013).

Les exemples de pratiques de bientraitance relevés s'accompagnent invariablement d'observations sur les obstacles qui nuisent à leur développement, relevant principalement d'un manque de ressources humaines et financières, lequel se répercute sur le temps que

les soignants peuvent consacrer à chaque personne (Devigne, 2010; Longneaux, 2010; OIIQ, 2016; Ribeaucoup et Malaquin-Pavan, 2015; Toutant, 2014). Un manque de connaissances apparaît également, chez un personnel peu ou mal formé pour accompagner les aînés (Dagens, 2010; Gaussens, 2015; Job et Bouchara, 2010; Koren, 2010; OIIQ, 2016), mais aussi du côté de la recherche qui peine à comprendre et à évaluer les pratiques associées à la bientraitance (Chappell, Reid et Gish, 2007; Li et Porock, 2014). Par ailleurs, l'expertise de terrain des employés est mésestimée. En général, les pratiques organisationnelles hiérarchiques ou rigides nuiraient à la bientraitance, se répercutant du haut en bas de la pyramide (Caspar et O'Rourke, 2008), jusqu'aux routines de soins aux résidents (Belzile et al., 2011; Duportet, 2010; Kane et Cutler, 2015; Loffeier, 2011). Enfin, l'âgisme, qui déprécie à la fois les personnes âgées et celles qui les soignent (Dagens, 2010; Scodellaro, 2006), constitue aussi un obstacle à la bientraitance. Un tableau des conditions gagnantes et des obstacles retrouvés dans les écrits scientifiques est présenté en annexe 6.

Conditions favorables et obstacles au développement de pratiques bientraitantes selon les participants des World Café, des cercles de bientraitance et des entrevues individuelles

Les conditions favorables et les obstacles aux pratiques de bientraitance en milieu d'hébergement des personnes âgées identifiées au sein des *world café* et les cercles de bientraitance se sont avérées plus ou moins les mêmes dans les trois milieux à l'étude. Bien que les exemples concrets diffèrent, il a été possible de les classer selon les catégories suivantes : la formation; le milieu; les directions; les attitudes et compétences du personnel; le travail en équipe; les résidents et leurs familles et l'environnement physique. L'annexe 7 présente ces conditions favorables. L'annexe 8 présente les obstacles.

Sans être contradictoires, les obstacles relevés par les PAB ont été plus longuement explicités dans le contexte des entrevues individuelles de sorte que pour elles, les

contraintes d'organisation du travail, de la pression du collectif, des conséquences individuelles possibles et de la coordination des ressources s'influencent mutuellement et sont interdépendantes des quatre principaux obstacles susceptibles de compromettre la bientraitance : le manque d'employés, la surcharge de travail, l'intériorisation de la conscience collective⁵ et les pressions vécues. Le temps, qui constitue l'enjeu central des PAB, rappelle la prédominance de la régulation des temporalités sur la bientraitance. Les PAB déplorent un système qui les expose à une double contrainte : d'un côté, la demande de s'adapter aux résidents, de respecter leur rythme, leurs désirs et leur autonomie; de l'autre, les priorités institutionnelles orientées sur la productivité et l'efficacité. La figure présentée à l'annexe 9 permet de comprendre l'articulation entre ces obstacles. L'annexe 10 résume les conditions favorables à la bientraitance selon les PAB qui impliquent l'influence des cultures sociopolitique et organisationnelle sur la relation interpersonnelle. L'aspect central est ici la relation interpersonnelle.

Valoriser ces pratiques, et le personnel qui les adoptent, en mettant en œuvre une démarche de leur mise en valeur.

Notre démarche (*world café* et cercles de bientraitance) a permis au milieu de discuter de leur représentation de la bientraitance et de leurs propres pratiques. Nous croyons nécessaire d'écouter, et d'entendre, ce que les personnes âgées, leurs proches et leurs soignants ont à dire, ainsi que de regarder et de comprendre ce qu'ils sont et ce qu'ils font déjà. Cela implique d'être attentifs à toutes les formes de bientraitance ordinaires, minuscules, invisibles, et de rendre possible l'inventivité de toutes les personnes impliquées. Ainsi, sur la base de nos résultats de recherche, le fait de discuter ensemble de ce que représente pour eux la bientraitance, de leurs propres pratiques bientraitantes et des conditions permettant son déploiement offre cette autonomie dans la définition de la

⁵Individuellement, toutes les préposées tentent de s'adapter aux contraintes organisationnelles en se ralliant à la pensée et aux comportements des autres, en ce sens, elles intériorisent la conscience collective.

bientraitance. Le fait ensuite de déterminer ensemble quelle(s) pratique(s) mettre en valeur dans leur milieu contribue non seulement à valoriser ces pratiques, mais aussi les personnes et le milieu. En somme, c'est pour nous la meilleure façon de s'assurer que la bientraitance ne se limite pas simplement à un bel énoncé de principes ou à un agencement conceptuel. L'annexe 11 présente une synthèse des résultats provenant du CHSLD co-construite dans les cercles de bientraitance. L'annexe 12 présente une affiche de promotion de la bientraitance conçue avec les participants d'une RPA suite au world café. Enfin, l'annexe 13 présente le choix et la justification de la pratique bientraitante qui devait être mise en valeur à la Maison Mava : le dossier informatisé.

2. Conclusions et pistes de solution

La notion de bientraitance affirme l'interaction entre *l'intentionnalité* (ou les visées), *les pratiques* (actions et soins entendus dans leur plus large acception jusqu'aux plus petits gestes) et *le contexte* qui favorise ces intentions et ces pratiques (personnes, travail en équipe, temps, marge de manœuvre, espace physique, lois et règlements...). Car la bientraitance c'est simultanément prendre soin des personnes fragiles, de leurs proches, des soignants et des environnements. La bientraitance est donc une notion utile si elle permet de montrer que ces trois axes sont indissociables et si elle permet d'établir dans quelles conditions elle est possible. Comme pistes de solutions, plutôt que d'imposer une définition rigide, nous suggérons de donner des contours qui tiennent compte de l'interaction entre les axes (*intentionnalité, pratiques et contexte*), les principes (*considérer les personnes âgées comme des sujets de leur vie et non des objets de soins, valoriser les bonnes pratiques et travailler en concertation*) et les dimensions (*personnelle, relationnelle, organisationnelle et environnementale*) impliqués dans la notion de bientraitance. Or, pour arrimer ces axes, principes et dimensions impliqués, il faut saisir comment tout cela s'articule réellement dans la pratique. À cet égard, une autre piste de

solution serait de favoriser l'adoption dans les milieux d'hébergement pour aînés une démarche de mise en valeur des pratiques bientraitantes existantes afin de laisser une marge d'autonomie, de création, d'adaptation et d'imagination aux personnes concernées (les aînés, leurs proches et leurs soignants) pour mieux les intérioriser, les partager, les appliquer ou en bénéficier.

3. Contributions principales à l'avancement des connaissances

Deux Colloques étaient prévus (automne 2020). Ils ont dû être annulés en raison de la pandémie de la COVID-19. Toutefois, voici les documents produits :

- un Guide présentant la démarche est en cours de réalisation. Il permettra de proposer aux établissements une méthode pour identifier et mettre en valeur les pratiques existantes, mais aussi en développer et en implanter de nouvelles. Il identifiera les conditions qui facilitent ou freinent la mise en place de pratiques.
- Un article scientifique a été soumis (*Qualitative research*), deux autres sont en cours de rédaction (*Gérontologie & Société* et *Revue canadienne du vieillissement*).
- Un mémoire a été déposé dans le cadre de la consultation pour le renouvellement du Plan d'action de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027 (Éthier et al., 2021).
- Un mémoire de maîtrise a été rédigé : *Myrand, A. (2021) Les pratiques bientraitantes des préposés aux bénéficiaires en milieu d'hébergement québécois : une réflexion sur l'éthique du care (mémoire de maîtrise). Université Laval.*
- Les résultats de la recherche seront présentés dans un Colloque québécois et un Congrès international qui s'adresseront aux universitaires, aux décideurs dans les secteurs public, privé et sans but lucratif, aux milieux de pratique et de l'intervention ainsi qu'au public en général⁶. Les présentations sont acceptées et prévues à la programmation des deux évènements.
- Enfin, un rapport de recherche est aussi en cours de rédaction.

⁶ Colloque du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) et *l'International Congress Good treatment and care in nursing home*, en juin 2021.

Partie E – Pistes de recherche

1. Nouvelles pistes ou questions de recherche

À la lumière des présentes conclusions, et du contexte pandémique qui les rendent encore plus déterminantes, de nouvelles pistes de recherche émergent, comme approfondir : le lien entre la bientraitance des résidents et celle des soignants; la désillusion entre les pratiques prescrites et celles observées et son impact sur la bientraitance; la présence des proches comme vecteur de bientraitance; la manière dont les décisions sont prises et dont elles s’harmonisent aux réalités vécues. Il semble également que des recherches doivent se développer pour évaluer les micro-milieus et ceux offrant des approches différentes (comme Carpe Diem) pour déterminer s’ils peuvent constituer une bonne solution au développement et au maintien de pratiques bientraitantes. En somme, octroyer des financements pour des recherches qui s’intéressent à la mise en application de pratiques bientraitantes et aux solutions issues du terrain ainsi que pour celles adoptant des approches axées sur les forces des personnes âgées (Couturier, 2000).

2. Principales pistes de solution à cet égard

En définitive, il convient de continuer à discuter et à évaluer la pertinence du concept pour comprendre ce qu’il permet de mettre en évidence. Ensuite, de mettre en place les conditions favorisant des initiatives (projets) qui viennent du milieu pour prendre en compte les recommandations des personnes qui reçoivent et dispensent des soins. Également, accorder un rôle décisionnel, et continu, aux personnes âgées dans le développement des politiques et des programmes concernant l’hébergement (Couturier, 2020). Enfin, développer une approche, comme la démarche proposée par cette recherche, permettant le repérage de pratiques bientraitantes relevant des dimensions personnelle, relationnelle, organisationnelle et environnementale.

Partie F - Références et bibliographie du rapport⁷

- Anchisi, A. et Gagnon, E. (2017). *Aides-soignantes et autres funambules du soin : entre nécessités et arts de faire*. Québec: Éditions de L'École d'études sociales et pédagogiques et Presses de l'Université Laval.
- Aubry, F. (2017). Valoriser les savoirs d'expérience des préposés aux bénéficiaires expérimentés dans les CHSLD du Québec. *Vie et vieillissement*, 14(3), 4-6.
- Bertrand, K. et Dagenais, P. (2012). *De la revue de littérature systématisée à la revue systématique* [PowerPoint]. Récupéré de https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/ServicesSociaux/RASS_2012/Présentations/Bertrand_dagenais_RASS2012.pdf
- Brown, J. et Isaacs, D. (2005). *The World Café : shaping our futures through conversations that matter*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers.
- Casagrande, A. (2016). La bientraitance, naissance d'une notion dans le clair-obscur des espaces de soins. *Soins*, 61(805), 22-25. doi:10.1016/j.soin.2016.03.004
- Couturier, E.-L. (2000). *De nouvelles institutions pour les aîné.e.s. Note socioéconomique*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. Récupéré de https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Institutions_aines_WEB.pdf
- Éditeur officiel du Québec. (2018). *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés*. Récupéré de <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=68136.pdf>
- Éditeur officiel du Québec. (2019). *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. Récupéré de <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/maltraitance-aines/loi/#c18038>
- Éthier, S., Gagnon, É., Couture, M., Aubry, F., Andrianova, A., Smele, S., Myrand, A. et Israël, S. (2021). La bientraitance des personnes âgées : ce qu'elle signifie et ce à quoi elle nous engage. Mémoire présenté dans le cadre de la consultation pour le renouvellement du Plan d'action de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027.
- Fouché, C. et Light, G. (2011). An Invitation to Dialogue : 'The World Café' In Social Work Research. *Qualitative Social Work*, 10(1), 28-48. doi:10.1177/1473325010376016
- Gagnon, É. (2016). Care dans Anthrope.org. *Éditions des archives contemporaines*. <https://www.anthropen.org/voir/Care> doi: DOI: 10.17184/eac.anthropen.031
- Gagnon, É. (2017). *Comment le résident est-il reconnu comme une personne ?* Paper presented at the Les soins de la longue durée : défis et passion, Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

⁷ La bibliographie de la recension des écrits se trouvent en annexe 14.

- Israel, S., Fournier, A. et Manseau-Young, M.-È. (2016). *Politique-type pour contrer la maltraitance envers les résidents en milieu d'hébergement et de soins de longue durée*. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Kittay, E. F., Szántó, A. et Feder, E. K. (2003). *The subject of care feminist perspectives on dependency*. Lanham (Md.): Rowman & Littlefield Publishers.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles*. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>
- Myrand, A. (2021) Les pratiques bientraitantes des préposés aux bénéficiaires en milieu d'hébergement québécois : une réflexion sur l'éthique du care (mémoire de maîtrise). Université Laval, Québec.
- Paperman, P. et Laugier, S. (2011). *Le souci des autres éthique et politique du "care"*. Paris: Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed. ed.). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Pomar Chiquette, S. (2019). *Bientraitance des aînés : nouveau paradigme à conjuguer à la lutte contre la maltraitance*. (Essai de maîtrise), Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Slocum, N. (2006). *Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur : le World Café*. Bruxelles: Fondation Roi Baudoin.
- Svandra, P. (2010). Le soin est-il soluble dans la bientraitance? *Gerontologie et Société*, 133(2), 23-31.
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. London: Routledge.
- Vézina, A. et Sévigny, A. (2000). *L'importance du visible et de l'invisible : la contribution des organismes communautaires au soutien à domicile des personnes âgées : recension d'écrits*. Québec: Centre de recherche sur les services communautaires.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods*. CA: Sage.

Cadre théorique de la recherche

Cette recherche s'inscrit dans la perspective de l'éthique du *care*, qui intègre dans les soins l'ensemble des gestes et des paroles visant le maintien de la vie et de la dignité des personnes (et non pas uniquement les soins infirmiers et médicaux), en prêtant une attention particulière à la relation qui se noue entre la personne aidée et celle qui aide (Gagnon, 2016; Kittay, Szántó et Feder, 2003; Paperman et Laugier, 2011; Tronto, 1993). L'éthique du *care* est notamment attentive aux inégalités, rapports de genre, rapports sociaux et domination dans les soins. Quatre grandes idées de l'éthique du *care* guident notre approche et nos choix méthodologiques :

1. L'analyse des pratiques doit prendre en compte autant la disposition des individus (sollicitude, attention à autrui), que les gestes et les actions (lever, panser, réconforter, habiller), en les replaçant dans le contexte organisationnel, culturel et économique dans lequel ces pratiques se développent. La description et l'analyse des pratiques bienveillantes doivent intégrer ces différentes dimensions du contexte afin de comprendre dans quelles conditions les pratiques sont possibles.
2. L'éthique du *care* accorde une attention particulière aux relations de dominations et aux inégalités (de genre, de classe, ethnique ou touchant l'orientation sexuelle) dans les relations de soin, ainsi que leurs répercussions sur les individus (bien-être, image de soi, sentiment de sécurité) et les services dispensés (qualité, fréquence). Ces inégalités et ces dominations devront être identifiées et discutées.
3. L'éthique du *care* invite à prendre également en compte à la fois le point de vue de la personne qui reçoit les soins que celui de la personne qui les donne. C'est la relation, et ce que la relation procure à chacune des personnes qui y sont engagées, qui est au centre de l'attention. Ce sont donc l'ensemble des acteurs d'un centre d'hébergement ou d'une résidence qu'il faut rencontrer et interroger, mais qu'il faut aussi faire interagir entre eux, pour comprendre les relations qui s'y nouent et leur caractère bienveillant, tant sur leurs aspects moraux (respect, reconnaissance, souci de l'autre) que sur les aspects physiologiques et psychiques (sécurité, bien-être, confort).
4. Enfin, dans une perspective de l'éthique du *care*, les savoirs-faire discrets des intervenants sont très importants : tous ces petits gestes qui font une différence dans une relation, toutes ces pratiques que les soignants (intervenants, membres du personnel ou proches) imaginent et mettent en œuvre pour répondre aux besoins des personnes âgées, mais qui ne sont écrites nulle part. Notre recherche devra permettre aux intervenants de faire connaître leur savoir et leur savoir-faire.

Précision sur la recension des écrits (revue narrative)

Afin d'approfondir les connaissances sur le sujet de la bienveillance en hébergement,

nous avons réalisé une revue narrative⁸. Tout d'abord, une stratégie de recension des écrits en cinq étapes a été établie : (1) Recherche sur les sites Internet; (2) Consultation d'un essai de maîtrise québécois portant sur une recension d'écrits sur le concept de la bientraitance des aînés, dirigé par Marie Beaulieu, titulaire de la Chaire de recherche contre la maltraitance envers les personnes âgées (Pomar Chiquette, 2019); (3) Recherche documentaire dans les bases de données de revues scientifiques; (4) Consultation de la bibliographie transmise par les partenaires de l'Action concertée et (5) Recherche d'écrits supplémentaires.

1. Recherche sur les sites Internet

Le sujet étant peu connu, une recherche préalable sur Internet a permis de préciser les mots-clés. Les textes ainsi obtenus, tous francophones, proviennent en majorité de la littérature scientifique ou spécialisée en gérontologie, ainsi que de la littérature grise⁹ (rapports et textes de recommandations). Des documents Powerpoint, provenant de présentations d'un récent forum sur les meilleures pratiques en soins aux aînés, ainsi qu'un texte de type promotionnel, ont en outre fourni des exemples de projets concrets de mise en pratique des principes de bientraitance.

2. Essai de maîtrise

Ensuite, l'essai de maîtrise de Pomar Chiquette (2019), une recension de 42 articles scientifiques traitant explicitement de bientraitance et maltraitance des personnes âgées, publiés entre 2012 et 2017, a été consulté. Faute de traduction officielle du terme « bientraitance » en langue anglaise, et pour limiter les résultats aux articles les plus pertinents, seuls les écrits francophones ont été retenus par Pomar Chiquette dans le cadre de cet essai (40 de France, un de Suisse, un du Québec). Pour les identifier, six bases de données internationales francophones ont été consultées (Erudit, Persée, Pascal et Francis, Cairn, Repère, BDSF) ; une recherche sur Internet a ensuite permis de bonifier le corpus. Cet essai récent fournit un bon aperçu de la réflexion sur la bientraitance dans le monde francophone.

3. Bases de données de revues scientifiques

À partir de l'objectif de la recension, deux thèmes principaux ont été extraits et compilés en mots-clés français et anglais¹⁰ afin d'effectuer la recherche documentaire. Les synonymes apparentés ayant le même sens ont été également identifiés. La perspective adoptée pour ce travail de recension est donc assez large puisqu'il envisage la bientraitance dans l'horizon de l'amélioration des soins aux aînés. Afin de nous assurer que les mots-clés identifiés soient des termes utilisés dans les bases de données scientifiques, nous avons effectué des recherches préliminaires pour les valider dans deux thésaurus des

⁸ La revue narrative, considérée comme la forme traditionnelle de revue des écrits, consiste en un survol des connaissances sur un certain sujet, repérées dans la littérature pertinente, bien que « sans processus méthodologique systématique, explicite, d'obtention et d'analyse qualitative des articles inclus dans la revue » (Bertrand et Dagenais, 2012). Elle permet d'avoir un aperçu général sur la problématique étudiée et encourage des recherches supplémentaires sur ce sujet.

⁹ Selon l'Office québécois de la langue française (1989), la littérature grise est produite « à l'intention d'un public restreint, en dehors des circuits commerciaux de l'édition et de la diffusion, et en marge des dispositifs de contrôle bibliographique ».

¹⁰ Nous avons consulté le grand dictionnaire terminologique afin de trouver des synonymes anglais et français.

bases de données. Les principaux thèmes identifiés étaient la résidence pour aînés et la bientraitance.

Ensuite, une liste de bases de données pertinentes a été établie. Afin de conserver l'historique de recherches et de documenter les stratégies employées pour interroger les bases de données, nous avons continuellement mis à jour les tableaux de tri préalablement établis. Au total, deux bases de données documentaires informatisées spécialisées en gérontologie ont été explorées pour trouver des documents portant sur la bientraitance en milieu d'hébergement : Ageline et Medline. Les deux bases de données étant anglophones, ce sont les mots-clés en anglais qui ont été employés. La recherche documentaire dans chacune des bases de données a été menée de façon systématique en utilisant une chaîne de recherche documentaire. Afin d'inclure seulement les documents récents sur l'objet d'étude, nous avons appliqué certains critères de sélection. Ainsi, la recherche dans chacune des bases de données a été faite en ciblant les articles postérieurs à l'année 2000.

4. Bibliographie transmise par les partenaires de l'Action concertée

Cette bibliographie, établie en 2019 par le secrétariat aux Aînés, nous a été transmise pour des fins d'analyse. Les écrits qui y sont recensés, pour la vaste majorité en français, offrent des points de vue variés sur la question de la bientraitance : philosophique, éthique, politique, scientifique et pratique. Certains d'entre eux figurent au corpus de la recension de Pomar Chiquette, mais la plupart s'y ajoutent.

Cette revue de littérature s'est effectuée entre le 15 avril 2016 et le 15 juillet 2016. Les bases de données suivantes ont été consultées : AGELINE, CAIRN, ERUDIT, Sociological Abstract, Social services Abstract, Ebsco, Elsevier, PsycINFO. Certaines références ont été ajoutées après la lecture d'articles. À travers ces écrits, le secrétariat aux Aînés cherchait à identifier une définition de la bientraitance qui peut s'appliquer à tous les milieux de vie. Tous les écrits (articles scientifiques, chapitres de livre, livres) qui contenaient le terme « bientraitance » soit dans leur titre, leur résumé ou leurs mots clés ont été retenus.

5. Écrits supplémentaires

Des textes se sont ajoutés au cours de la recension à titre de complément d'information. Des recherches sur Internet ont notamment permis de remonter à des sources primaires de littérature grise citées dans certains articles du corpus de départ. D'autres écrits ont été suggérés par des membres de l'équipe à la lecture de versions préliminaires du rapport, pour documenter des thèmes associés à la bientraitance.

Procédure de sélection des articles pertinents

Au total, 300 documents ont été recensés. Tout d'abord, l'essai de maîtrise (Pomar Chiquette, 2019) a été analysé et inclus dans le corpus étudié. Nous avons également retenu 28 articles trouvés sur Internet. Un total de 249 écrits provenant des bases de données de revues scientifiques et de la bibliographie transmise par les partenaires de l'Action concertée ont été soumis à un double tri (Vézina et Sévigny, 2000). Nous avons réalisé le premier tri à partir de la lecture des titres et résumés de chaque article afin d'exclure ceux qui n'étaient pas pertinents aux fins de la recherche en fonction des critères préétablis. Les critères d'exclusion furent la langue (ni français ni anglais) et la non-pertinence, c'est-à-dire des articles n'abordant pas explicitement la bientraitance ou l'amélioration des soins, ou dont le contenu ne concernait pas les aînés ou le contexte d'hébergement. Nous avons

adopté cette perspective élargie en raison de l'absence d'équivalence linguistique en français et en anglais au sujet de la bienveillance, et de la nouveauté de la notion au Québec. Des écrits rapportant des pratiques cohérentes avec les principes de bienveillance, mais ne comportant pas ce mot, nous aurions autrement échappé. Ce premier tri nous a permis de rejeter 104 documents qui ne respectaient pas au moins un des critères d'inclusion. Par la suite, les 145 documents conservés ont été soumis à un deuxième tri qui consistait en une lecture plus approfondie des textes. À cette étape-ci, les documents ont été examinés en profondeur et certains d'entre eux ont été éliminés, soit parce qu'ils étaient jugés non pertinents selon les mêmes critères, enregistrés en double (doublons) ou se révélant introuvables. Ce deuxième tri a conduit à l'exclusion de 59 documents, permettant ainsi de garder 86 écrits dans l'analyse.

D'autre part, 10 articles ont été transmis par les membres du comité scientifique et 6 se sont ajoutés via une recherche supplémentaire. Cette stratégie nous a permis d'enrichir notre corpus, car nous avons pu repérer de nouveaux écrits à inclure dans la recension et qui n'avaient pas été trouvés à l'aide des outils électroniques. Au total, 16 articles supplémentaires se sont ajoutés à la recension des écrits.

Le sommaire de la démarche de recherche documentaire est présenté dans le tableau suivant.

Sommaire de la démarche de sélection des écrits

Étapes de la recherche documentaire		Nombre d'articles initial	Nombre de rejets	Nombre d'articles retenus
1. Recherche sur les sites internet		34	6	28
2. Essai de maîtrise sur la bienveillance des aînés (Pomar Chiquette, 2019)		1	-	1
3. Recherche documentaire dans les bases de données de revues scientifiques	Medline	27	23	4
	Ageline	25	10	15
4. Bibliographie transmise par les partenaires de l'Action concertée		197	130*	67
5. Écrits supplémentaires		16	-	16
Total		300	169	131

* 11 documents jugés pertinents, normalement disponibles à la bibliothèque de l'Université Laval, se sont avérés inaccessibles au moment de la recension en raison du confinement.

Précision sur l'échantillonnage

Le CHSLD Baie St-Paul (103 résidents, principalement en perte d'autonomie importante ou non autonomes) a été désigné par la direction SAPA du CIUSSS-Capitale-Nationale pour représenter un milieu rural, de taille moyenne. La RI Maison Mava (41 résidents principalement en perte d'autonomie modérée à sévère, dans la région de Trois-Rivières) et la RPA Les Cotonniers (82 résidents principalement autonomes ou en légère perte d'autonomie, à Salaberry-de-Valleyfield) ont été proposées par l'Association des

ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ). Nous avons finalement dans notre échantillon un CHSLD multi-ethnique, principalement anglophone, dans l'Ouest de l'île de Montréal au sein duquel la démarche, à peine commencée en janvier 2020, a dû être abandonnée en raison de la COVID-19.

Précision sur la méthode de collecte des données du *world café*

Le *world café* est une méthode reconnue de consultation collective, qui réunit un groupe de 12 à plusieurs centaines de personnes, pouvant être utilisée dans le cadre d'un événement ponctuel de plus ou moins grande envergure ou être l'objet d'une démarche continue intégrée aux activités d'un organisme. Sept principes sous-tendent la méthode :

- définir le contexte de sa mise en place et ses objectifs ;
- créer un espace accueillant de type café (tables rondes, nappes, café, musique, lumière tamisée...);
- explorer des questions qui importent et dont les réponses, inconnues à l'avance, feront une réelle différence dans le milieu ;
- encourager la contribution de chacun des participants ;
- lier ensemble les diverses perspectives des participants (principe de pollinisation) ;
- écouter pour se donner un aperçu global cohérent ;
- partager les découvertes collectives (Brown et Isaacs, 2005).

Concrètement, les participants sont répartis autour de tables de 4 personnes, dont l'une d'elles occupe le rôle d'hôte de table. Des cartons ou nappes en papier et des crayons sont déposés sur les tables. Le *world café* se déroule par vague. Première vague : une question est lancée au grand groupe par un animateur et une discussion s'entame entre les participants réunis autour de la même table. Ces derniers notent ou dessinent leurs idées et font des liens avec celles des autres. Après 20 minutes, l'animateur invite les participants à se diriger vers des tables différentes, sauf l'hôte de table qui demeure assis à sa place. L'hôte de table accueille les nouvelles personnes, procède à un résumé de la discussion qui a eu lieu précédemment, appuyé par les notes et dessins laissés par les participants sur la table. La discussion se poursuit, avec de nouvelles idées ramenées par les participants qui proviennent des autres tables. Une fois le temps écoulé, les cartons ou les nappes sont changés afin de reprendre la procédure pour une seconde vague, donc la deuxième question, puis elle est reprise pour une troisième et dernière vague. La plénière qui suit, en grand groupe, permet de faire ressortir les points saillants des discussions de chacune des tables (Brown et Isaacs, 2005; Fouché et Light, 2011; Slocum, 2006).

Les 3 questions soumises à la discussion collective dans le cadre de notre recherche étaient : *Qu'est-ce que la bientraitance en CHSLD, RI ou RPA ? Quelles sont nos pratiques de bientraitance ordinaire que nous voyons dans notre milieu ? Comment mettre en valeur nos pratiques de bientraitance ?* Les réponses données aux questions discutées ont été consignées dans un cahier préalablement conçu disposé sur chacune des tables. Des notes sont également prises lors de la plénière. De sorte que les données recueillies ont facilement été accessibles pour l'étape suivante. Les résidents aînés, familles, personnel

médical, administratif, de cuisine et d'entretien, préposées aux bénéficiaires, intervenants en loisir ont été conviés à y participer. Entre 12 et 19 personnes dans chacun des 3 milieux ont participé pour un total de 61 personnes.

Précisions sur la méthode de collecte de données des cercles de bientraitance

Le cercle de bientraitance, inspiré des cercles de qualité bien connus dans le domaine managérial et utilisé dans le réseau de la santé québécois (Firbank, 2005) consiste en des rencontres de discussion et de travail pour l'implantation de stratégies de valorisation des pratiques de bientraitance. Le choix d'une pratique de bientraitance à mettre en valeur au sein des cercles de bientraitance devait premièrement répondre aux conditions favorisant la bientraitance identifiées dans le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022* et, deuxièmement, tenir compte de son effet mobilisateur dans le milieu. La stratégie de valorisation des pratiques de bientraitance déployée, peu importe laquelle, a effectivement un effet mobilisateur pour l'ensemble des acteurs impliqués (résidents, familles, employés et administrateurs) important à considérer en vue de favoriser sa pérennisation dans les milieux d'hébergement. La stratégie de valorisation pouvait être, par exemple, la production d'une affiche, d'un dépliant, d'une mini pièce de théâtre, d'une capsule vidéo, etc. Plusieurs outils pouvaient être utilisés dans les cercles de bientraitance et sont proposés au besoin par les chercheurs. Par exemple, le *brainstorming* (pour émettre des idées de stratégies de valorisation), une *grille pour l'élaboration des stratégies* incluant l'objectif, le public cible, les ressources nécessaires, le temps requis, les forces et les limites de la stratégie; un *exercice de priorisation* (principe du groupe nominal) dans la mesure où plusieurs stratégies seraient retenues, etc. L'ensemble de la démarche effectuée, dans chacun des milieux, par exemple le choix des outils, les stratégies de prise de décision, le niveau d'implication, etc., ont été documentée et consignée dans des résumés de rencontre qui ont été validés par les autres membres du cercle de bientraitance.

Dans notre recherche, le comité de pilotage de chacun des milieux a établi le nombre et la composition du cercle de bientraitance. Pour les deux milieux ayant mis en place des cercles de bientraitance, entre 7 et 12 participants étaient présents aux rencontres. Les cercles se sont réunis 2 et 3 fois (nous avons prévu environ 6 rencontres par milieu) afin de choisir, développer et implanter une stratégie de mise en valeur d'une ou plusieurs pratiques de bientraitance identifiées lors du *world café*.

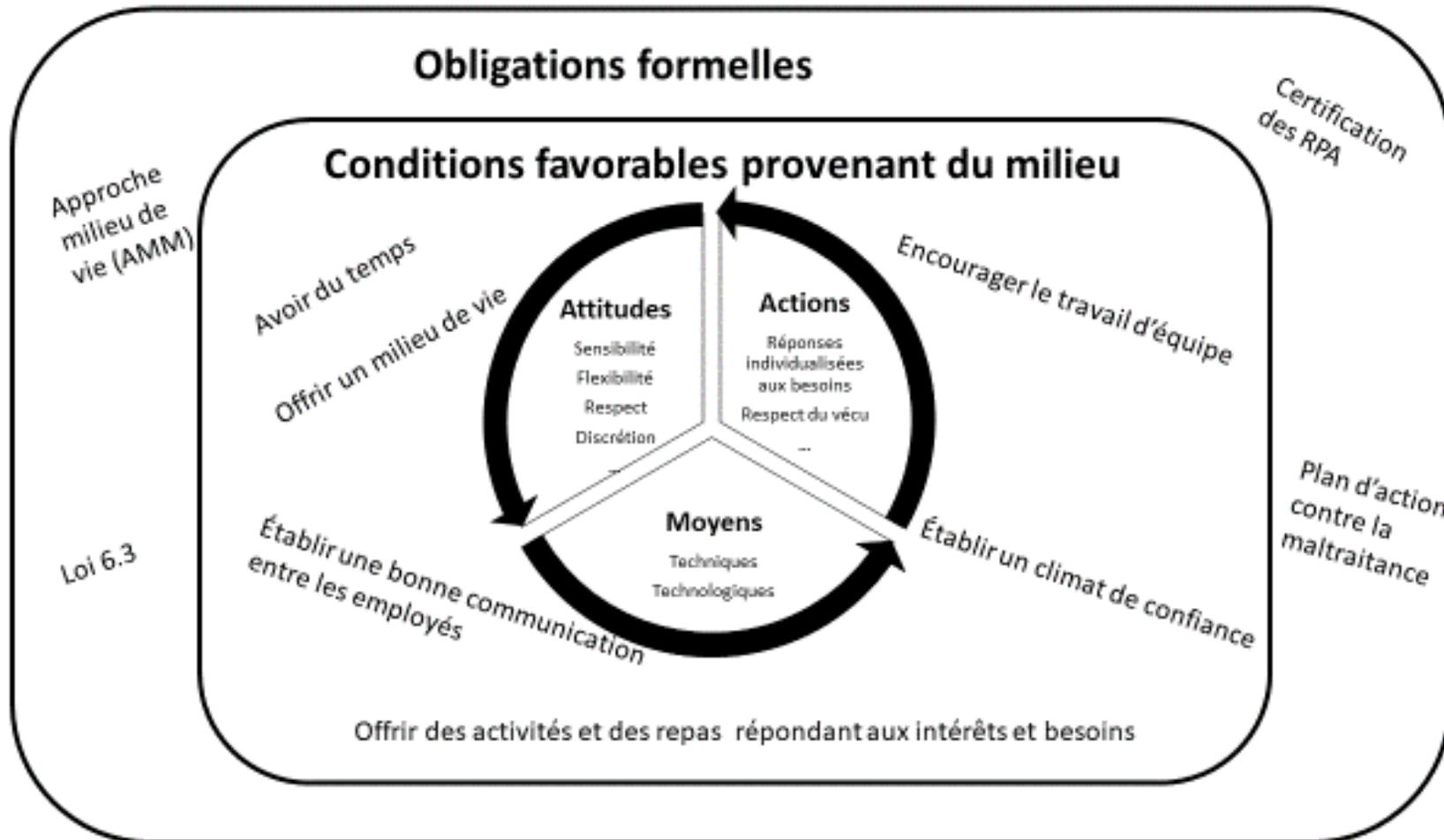
Précisions sur les entrevues individuelles

Les entrevues individuelles (enregistrées et retranscrites) ont été conduites auprès de préposées aux bénéficiaires (PAB) dans les trois milieux (n=13) pour identifier des conditions et des stratégies gagnantes ainsi que des obstacles au développement de pratiques de bientraitance.

Annexe 2 : Principales définitions reconnues de la bientraitance dans les écrits scientifiques

<p>Définition de la bientraitance promue en France par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM, 2008).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service, elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. • Mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente de la prestation, elle ne peut recevoir de définition définitive. • Interprétation concrète et momentanée d'une série d'exigences, elle se définit dans le croisement et la rencontre des perspectives de toutes les parties en présence.
<p>Approche centrée sur la personne (<i>person-centred care</i>)</p> <p>Aucune définition standardisée de l'approche centrée sur la personne n'existe, mais les éléments essentiels identifiés par Edvardsson <i>et al.</i> (2008), cités par plusieurs auteurs (Gibson, Carter, Helmes et Edberg, 2010; Vikström et al., 2015; Yoon, 2018; Zhong et Lou, 2013), résumant ce qu'en dit la littérature.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir à la personne hébergée des choix, et les respecter; • Utiliser l'histoire de vie de la personne pour personnaliser les soins; • Respecter les droits, les valeurs et les croyances de la personne; • Maximiser le potentiel individuel; • Engager la personne dans les décisions qui l'impliquent.
<p>Définition québécoise de la bientraitance proposée dans le <i>Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022</i>, nommé PAM 2 (Ministère de la Famille - Secrétariat aux aînés, 2017).</p>	<p>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.</p>

Annexe 3 : Définition de la bientraitance en milieu d'hébergement selon les participants



Annexe 4 : Listes des pratiques bientraitantes en milieu d'hébergement dans les écrits scientifiques

<p>Approche milieu de vie (AMV)</p> <p>(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014).</p>	<p>Déployée au Québec depuis 2003, place le respect des valeurs et des choix individuels au cœur des orientations. Elle est appuyée par la formation « AGIR auprès de la personne âgée » pour mettre à jour les compétences des PAB en fonction des besoins des résidents et reconnaître l'importance de leur travail.</p>
<p>Approche relationnelle de soins (ARS)</p> <p>(Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), 2014; Viau-Guay et al., 2013).</p>	<p>Cherche à outiller les soignants en CHSLD appelés à travailler auprès d'un nombre croissant de personnes souffrant d'atteintes cognitives. De type centré sur la personne, elle a pour but de réduire les problèmes de santé physique et mentale des soignants et d'augmenter leur satisfaction au travail grâce à des techniques axées sur le respect de la dignité des aînés et le maintien de leurs capacités motrices et fonctionnelles. Cette approche s'appuie sur le lien entre autonomie du résident, relation de soin harmonieuse et amélioration des conditions de travail des soignants.</p>
<p>Réseau Planetree</p> <p>(Lacoursière, 2015).</p>	<p>Né aux États-Unis en 1978 et implanté au Québec depuis le début des années 2000, il offre aux institutions encadrement et accompagnement dans la mise en place sur mesure de pratiques humanistes de gestion, de soins et de services considérant à la fois la qualité des soins dispensés, et les conditions de travail du personnel.</p>
<p>Approche Carpe Diem</p> <p>(Lalande et Leclerc, 2004; Toutant, 2014).</p>	<p>Développée à Trois-Rivières en 1996 à la suite de consultations avec les proches des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, elle repose sur une confiance fondamentale dans les ressources dont chaque personne, même malade, dispose pour la direction de sa vie, et sur un modèle d'intervention qui vise à établir entre aidant et aidé une relation positive, non directive, favorable à l'exercice de l'autonomie de l'aidé.</p>
<p>Approche prothétique élargie</p> <p>(Boudreault, 2016; Lalande et Leclerc, 2004; Paquet, 2016; Shield, Tyler, Lepore, Looze et Miller, 2014).</p>	<p>Inspirée des unités prothétiques, élaborée au Québec à la fin des années 1990, elle vise le maintien des capacités des personnes âgées et la prévention des comportements perturbateurs par l'adaptation de l'environnement à leurs besoins spécifiques et par l'optimisation de leur potentiel fonctionnel résiduel. Elle repose sur un environnement sécurisant et sécuritaire qui favorise l'autonomie des résidents, sur des interactions personnalisées portées par une équipe stable et sur des activités quotidiennes dans la continuité des occupations qui prévalaient au domicile. De nombreuses autres initiatives, sans s'inscrire dans une approche prothétique, visent l'amélioration des soins par l'amélioration de l'environnement physique.</p>
<p>Autres approches</p> <p>(Boscart, 2009; Passalacqua et Harwood, 2012)</p>	<p>D'autres approches ciblent le développement des compétences interpersonnelles des soignants, en se basant par exemple sur la recherche de solutions ou sur les principes de soins centrés sur la personne.</p>

Annexe 5 : Pratiques bientraitantes identifiées au CHSLD de Baie-Saint-Paul

Pratiques individuelles	Pratiques de l'établissement (organisationnel)
<ul style="list-style-type: none"> • Chercher le plus possible une réponse aux demandes spécifiques. • Petits gestes (humour, soigner la beauté des personnes, fête de l'Halloween). • Créer des liens à partir des affinités. • Se parler entre résidents, entre employés. • Respecter des espaces privés. • Frapper avant d'entrer. • Favoriser leur autonomie (pas faire à leur place). • Prendre le temps de se présenter (connaître les résidents et se faire connaître). • Prendre le temps de donner les soins. • Vouvoyer les résidents. • Soulagement de la douleur. • Touchers. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parrainage entre un préposé et un résident. • Respect des droits. • Implication des proches : informations, activités, services, décisions. • Implication des résidents dans des activités (ex. distribuer les journaux, organiser les activités). • Application de l'approche relationnelle de soins. • Application de l'approche milieu de vie. • Application de la politique de lutte contre la maltraitance. • Application de la politique des soins palliatifs et soins fin de vie (papillon). • Fiche de préférences à l'arrivée. • Diversifier les activités de loisirs et les fêtes (leur nombre et leur fréquence). • Encourager la présence de bénévoles. • Ajuster les menus. • Offrir un deuxième bain. • Respect des responsabilités et des compétences de tous. • Bonne communication entre tous. • Élaborer des plans d'intervention personnalisée avec l'histoire de vie, accessibles à tout le monde. • Projet sommeil (respecter les heures de levers et couchers personnalisés). • Tableau de communication (équipe et résidents). • Soulagement de la douleur. • Privilégier d'autres traitements que la médication. • Formation continue. • Grille de dépistage LISA pour la maltraitance. • Pilier de l'organisation Vrai Nord.
Pratique du CIUSSS-Ministère (institutionnelle)	
<p>Ressources pour permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Application de l'approche relationnelle de soins. • Application de l'approche milieu de vie. • Application de la Politique de lutte contre la maltraitance. • Application des politiques des soins palliatifs. 	

Annexe 6 : Obstacles et conditions gagnantes au développement de pratiques bientraitantes en milieux d'hébergement dans les écrits scientifiques

Obstacles au développement de pratiques bientraitantes	
Manque de ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de fonds (d'argent) pour les investissements requis
Manque de ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de personnel qualifié • Ratio soignant-soignés trop faible • Manque de temps pour le personnel en place puisqu'en sous-effectif
Manque de connaissances	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel mal formé pour intervenir auprès des aînés • Difficultés d'opérationnalisation des principes de bientraitance et d'évaluation des pratiques
Pratiques organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Culture de gestion paternaliste et hiérarchique • Instances décisionnelles à distance du terrain • Individualisation du travail • Approche objective standardisée • Procédures et routines de soins rigides • Manque de reconnaissance de l'expertise des PAB • Manque de ressources d'accompagnement dédiées au changement de culture
Âgisme	<ul style="list-style-type: none"> • Attitudes négatives et pessimisme du personnel soignant • Point de vue des personnes aînées sur leur situation peu documenté • Exclusion sociale des personnes aînées et de celles qui les prennent en charge
Conditions favorables au développement de pratiques bientraitantes	
Implication des États	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement public des gouvernements • Lutte contre les préjugés envers les aînés • Mesures économiques • Soutien à la recherche pour l'amélioration des connaissances dans le domaine • Processus de certification, réglementation, évaluation
Implication des établissements	<ul style="list-style-type: none"> • Encadrement et évaluation qualitative des services • Approche collaborative et interdisciplinaire • Respect de l'autonomie de l'équipe soignante • Formation adéquate du personnel • Actions concrètes pour améliorer les conditions de travail • Promotion d'une philosophie de soins centrée sur la personne • Reconnaissance et valorisation de la dimension relationnelle du soin.

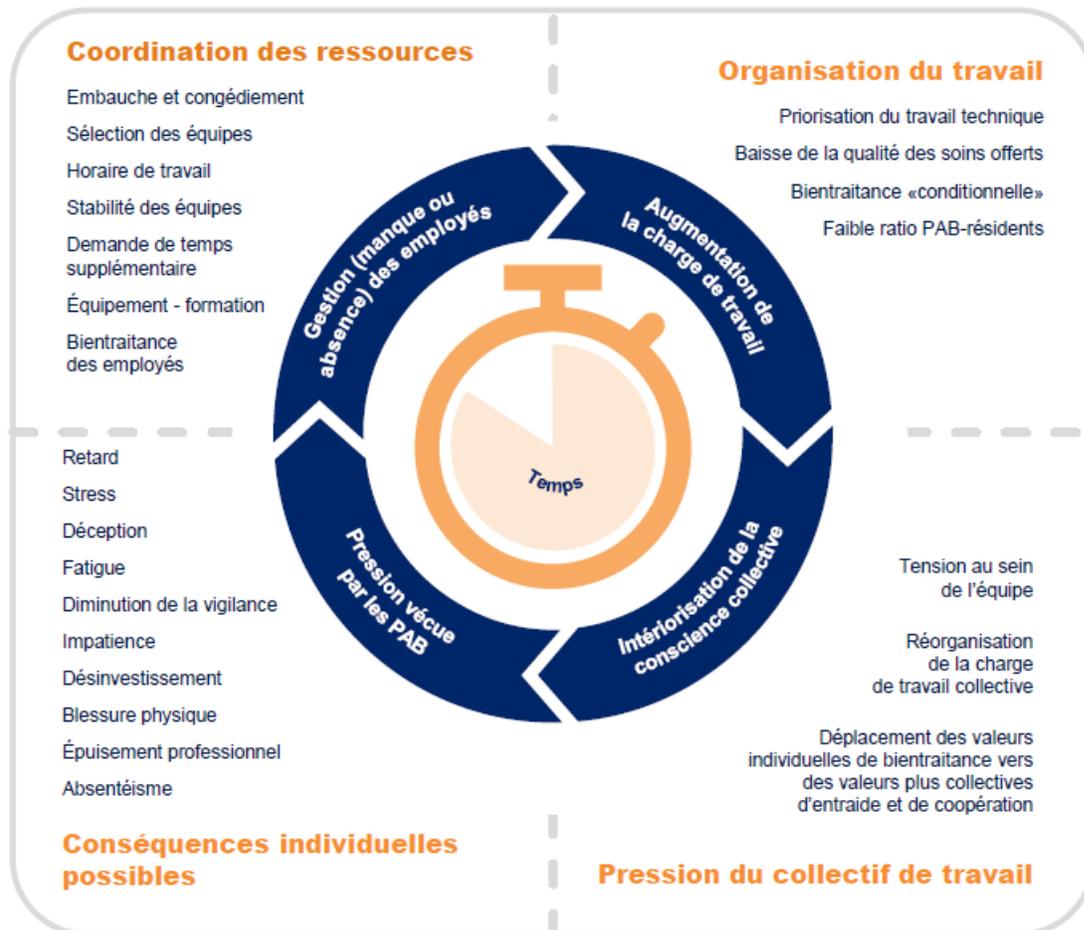
Annexe 7 : Les conditions favorables au développement de pratiques bientraitantes en milieux d'hébergement selon les participants au *world café* et cercles de bientraitance

Conditions favorables au développement de pratiques bientraitantes en CHSLD/RI/RPA	
La formation	<ul style="list-style-type: none"> • L'accès à de la formation continue et du perfectionnement (politiques, programmes).
Le milieu	<ul style="list-style-type: none"> • Le fait d'être un milieu de vie. • L'offre d'activités stimulantes pour les résidents. • L'accueil des proches : leur présence/participation est bienvenue aux activités.
La direction	<ul style="list-style-type: none"> • L'ouverture aux suggestions/changements. • La gestion efficace des horaires. • La réceptivité face aux suggestions. • La reconnaissance des gestes bientraitants du personnel.
Les attitudes et compétences du personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Le savoir-faire (les connaissances) et le savoir-être du personnel. • La capacité d'adaptation du personnel, son écoute, son intérêt pour l'histoire de vie de la personne. • Le respect l'intimité et les biens des résidents.
Le travail en équipe (résident, personnel et famille)	<ul style="list-style-type: none"> • Le partage et la transmission d'informations. • La communication : parler pour régler un problème. • La recherche d'aide d'un collègue. • L'entraide entre préposés afin de mieux répondre aux besoins. • L'entraide entre les résidents et le personnel.
Les résidents	<ul style="list-style-type: none"> • La bientraitance envers le personnel. • La volonté de s'intégrer. • La coopération avec le personnel. • L'accès à des vêtements adaptés pour l'autonomie.
L'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Le petit milieu. • L'environnement adapté : matériel adapté disponible, accès facile et rapide à la médication. • L'environnement propre et spacieux. • L'utilisation de la musique pendant les heures de repas.

Annexe 8 : Les obstacles au développement de pratiques bientraitantes en milieux d'hébergement selon les participants au *world café* et cercles de bientraitance

Obstacles au développement de pratiques bientraitantes en CHSLD/RI/RPA	
La direction	<ul style="list-style-type: none"> • La tolérance envers les attitudes ou comportements inadéquats).
L'organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> • Le cloisonnement des quarts de travail (manque de vision globale des besoins de la personne sur 24 heures, manque de concertation et de communication entre le personnel). • Les règlements et procédures (changements fréquents, redditions de comptes excessives). • Les règles de sécurité appliquées de manière rigide et à tous indistinctement. • Le manque de ressources (personnel, temps).
Le personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Les attitudes du personnel (ne pas donner la chance aux résidents d'être autonome, ne pas respecter leur intimité et leurs biens).
Le travail en équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Le manque d'informations sur le résident (favorise les préjugés). • Le manque de communication et de suivi des situations.
Les résidents et les familles des résidents	<ul style="list-style-type: none"> • Les demandes particulières (préférence pour des soins H/F) et les exigences parfois nombreuses des résidents. • Les familles absentes (rend difficile la compréhension commune de la situation et des besoins des aînés). • Le refus des familles de défrayer certains coûts pour le résident (appareil dentaire, vêtements).
L'environnement physique	<ul style="list-style-type: none"> • Les obstacles architecturaux empêchant la communication entre les employés. • Le milieu non adapté aux besoins des résidents (selon le niveau de perte d'autonomie). • La grande mixité de la clientèle hébergée (âge, état de santé physique/mentale) sous le même toit (ou chambre).

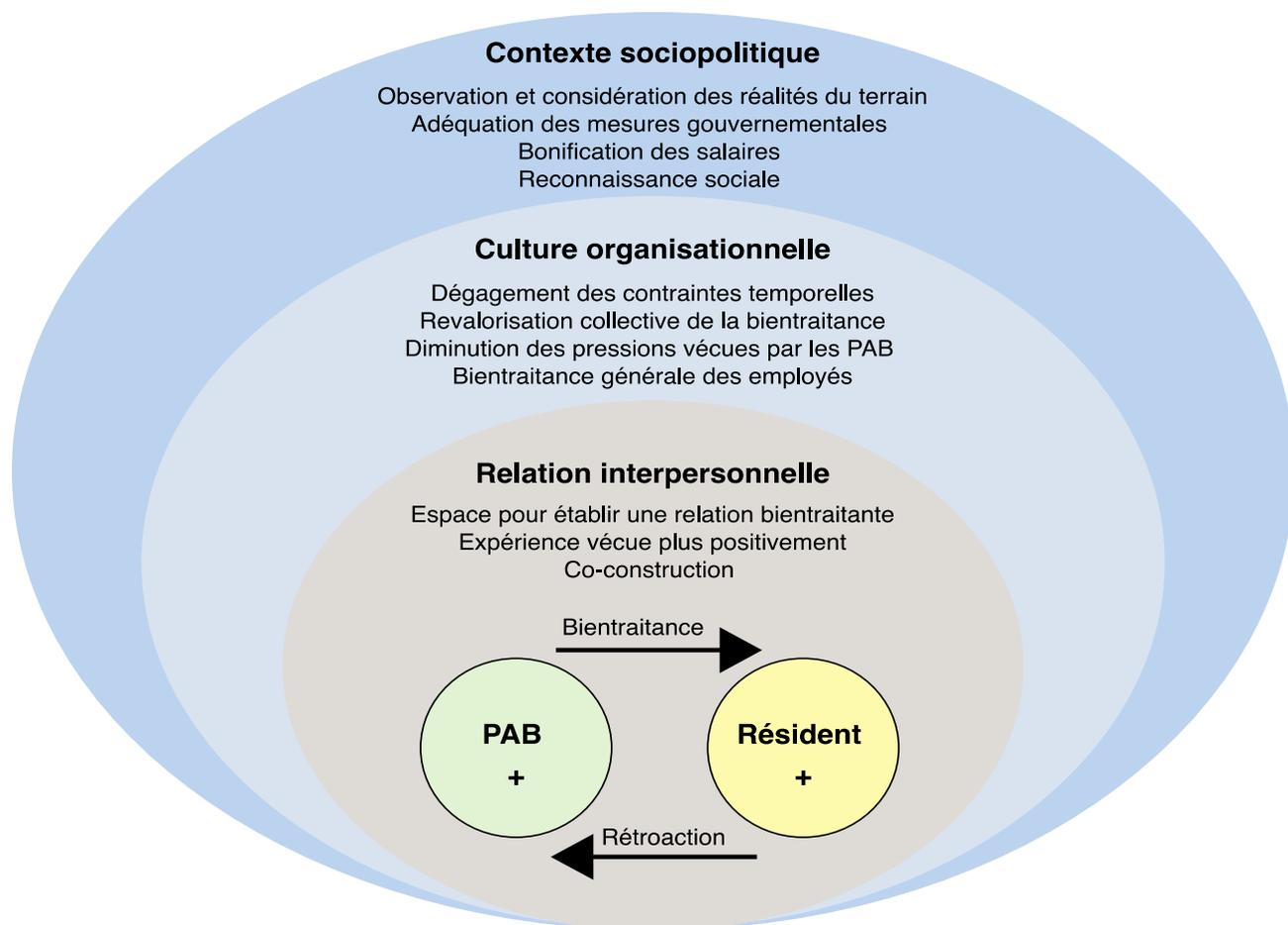
Annexe 9 : Les obstacles au développement de pratiques bienveillantes en milieu d'hébergement selon les entrevues individuelles avec les PAB



Adapté de : Myrand, A. (2021). Les pratiques bienveillantes des préposés aux bénéficiaires en milieu d'hébergement québécois : une réflexion sur l'éthique du care. [mémoire de maîtrise]. École de travail social et de criminologie, Université Laval.

Annexe 10 : Les conditions favorables au développement de pratiques bientraitantes en milieu d'hébergement selon les entrevues individuelles Avec les PAB

Au niveau de la relation interpersonnelle, le « + » exprime que les conditions favorables à la bienveillance améliorent cette relation tant pour la préposée que pour le résident.



Myrand, A. (2021). Les pratiques bienveillantes des préposés aux bénéficiaires en milieu d'hébergement québécois : une réflexion sur l'éthique du care. [mémoire de maîtrise]. École de travail social et de criminologie, Université Laval.

Annexe 11 : Document synthèse sur la bientraitance au Centre d'hébergement de Baie-Saint-Paul

La bientraitance au Centre d'hébergement de Baie-Saint-Paul

Qu'est-ce que la bientraitance ? Comment s'exprime-t-elle au Centre d'hébergement de Baie-Saint-Paul ? Pour savoir ce qu'ils en pensent et ce qu'est la bientraitance au quotidien, nous avons réuni et interrogé : des préposés aux bénéficiaires, des infirmières, des gestionnaires, des éducateurs spécialisés, des préposés en hygiène et en salubrité et des résidents. Ils nous ont donné leur vision de la bientraitance.



Centre de recherche et d'expertise
en gérontologie sociale

Faculté des sciences sociales
École de travail social
et de criminologie



LA BIENTRAITANCE

La bientraitance c'est tout ce qui peut favoriser l'autonomie du résident, sa dignité, sa sécurité et son inclusion dans le groupe.

Ce sont les gestes ou les activités où ses préférences, ses désirs et ses goûts sont pris en compte. Ce sont les pratiques qui respectent la personne dans sa globalité, favorisent son bien-être et permettent son implication et sa participation aux activités.

La bientraitance se matérialise d'abord dans des attitudes : le souci de l'autre, lui vouloir du bien. C'est ensuite des conduites : prendre le temps d'écouter et de connaître la personne, respecter sa volonté, personnaliser le lien, assurer sa sécurité, reconnaître ses capacités, créer un climat de confiance et de respect, s'adapter à la personne. La bientraitance c'est en prendre bien soin.

DE PETITS GESTES

La bientraitance passe par le développement d'une approche personnalisée des soins et d'un milieu de vie. Elle passe par l'application des programmes et des pratiques de soins sécuritaires et de qualité (ex. parrainage, intervenant accompagnateur, fiche de préférences, histoire de vie).

Mais pour le personnel du Centre d'hébergement de Baie-Saint-Paul, la bientraitance c'est d'abord des petits gestes au quotidien comme des marques d'attention : un sourire complice, des gâteries, des collations un peu spéciales (ex : sucre à la crème), des mots affectueux.

Ce sont des activités qui brisent l'isolement et reconnaissent les capacités des résidents, comme les faire participer aux activités de la vie quotidienne, passer un moment en leur compagnie tout en les gardant occupés. C'est trouver un sujet de conversation, un jeu ou un stratagème pour rendre la personne plus à l'aise et confortable dans les situations difficiles ou gênantes. Par exemple, danser avec elle pour l'amener à la salle de bain, mettre de la musique en l'habillant, lui parler de sa famille ou de ses occupations passées. C'est prendre soin de son apparence pour améliorer son confort et préserver sa fierté et sa dignité : coiffure, soins de beauté, maquillage, parfum. C'est lui offrir une collation spéciale ou un cadeau, prendre un peu de temps avec elle après le quart de travail. C'est respecter autant que possible ses goûts et ses préférences lors des activités ou des repas.

Ces petits gestes sont souvent simples et spontanés. Ils font pourtant une différence réelle dans la vie des résidents. Ils contribuent à humaniser les soins et à améliorer leur bien-être. La bientraitance passe principalement par le savoir-être et la présence.

Ces petits gestes sont des initiatives du personnel du Centre d'hébergement de Baie-Saint-Paul. Pour le personnel, c'est une manière de témoigner aux résidents leur estime, leur respect ou leur affection, tout en améliorant leur qualité de vie. C'est une manière de faire une différence dans la vie des résidents, et c'est une source de motivation et de satisfaction qui donnent sens à leur travail.

Exemples de pratiques bientraitantes chez nous

L'humour



Dans différentes situations, on recourt à l'humour. Les employés cherchent à dédramatiser les situations pénibles ou difficiles par l'ironie ou la plaisanterie.

L'humour facilite les relations, les soins et le travail au quotidien. Il introduit de la «légèreté». Il aide à désamorcer une crise, à diminuer les tensions, à réduire la gêne. Plutôt que de s'attarder sur un aspect conflictuel ou embarrassant, l'humour vient détourner l'attention.

L'humour permet de créer une complicité et de rapprocher les personnes. Il contribue à faire des individus des personnes à part entière, qui peuvent comprendre la situation et en rire, qui ont des désirs, et qui peuvent avoir du plaisir. Les fous rires sont de bons moments partagés ensemble. Parfois ce sont les résidents eux-mêmes qui font de l'humour.

Il y a de la réciprocité dans l'humour.

L'humour permet de dire à l'autre qu'on le comprend, que l'on est conscient de sa situation et que l'on cherche à la rendre moins pénible, tout en atténuant son caractère dramatique. L'humour facilite aussi les soins avec les personnes ayant des limitations cognitives, elle permet d'intervenir et de créer un contact plus naturel et moins formel. Il permet de personnaliser la relation et les soins.

L'humour ne convient pas à tous les résidents, ni à toutes les situations, mais il contribue à créer un climat plus détendu et des relations plus agréables.



Soigner la beauté des personnes



Habiller la personne de beaux vêtements, lui mettre un bijou ou la parfumer, lui poser les rouleaux à friser pendant son bain, l'aider à ce qu'elle se sente bien. L'aider à prendre soin d'elle-même, à réaliser un soin qu'elle a de la difficulté à faire par elle-même, mais auquel elle tient, contribuent à la rendre heureuse.

La personne est plus belle et plus fière. On lui accorde une attention particulière. On se soucie de son apparence. On lui permet de se présenter devant les autres sous son plus beau jour. On prend également le temps de lui parler et d'écouter ses confidences et ses souvenirs. Soigner la beauté d'une personne, c'est aussi tromper son ennui et réduire sa solitude.

L'Halloween



Organisée à l'initiative des employés, la fête de l'Halloween est «un moment spécial». Le 31 octobre, «les résidents ont des yeux brillants et applaudissent l'entrée de l'employé déguisé» et les enfants venus quêter des bonbons. Les employés apportent des bonbons et des déguisements pour les résidents. Cela permet de sortir de la routine. Cela permet aux résidents de participer aux échanges, de donner et de recevoir, et de s'intégrer à la vie sociale. La présence des enfants est une belle surprise pour les résidents.

La fête rappelle des souvenirs et permet de perpétuer des traditions. Elle aussi est l'expression de l'engagement et de la passion des employés.

Un don, des extras



Pour le personnel du Centre d'hébergement de Baie-Saint-Paul, la bientraitance c'est souvent ce qui sort de la routine et des tâches prescrites. C'est du temps offert gratuitement, un «extra» par lequel on témoigne une attention particulière à la personne. C'est un «plus» ou un «don», qui témoigne de l'intérêt qu'on lui porte. C'est quelque chose de différent qui montre que la personne est unique. Il y a beaucoup de générosité dans ces petits gestes.

Ces marques d'attention quotidiennes ne sont pas obligatoires, et elles demandent du temps. Mais elles contribuent au bien-être des résidents. C'est en grande partie parce qu'ils sont spéciaux et personnalisés que ces petits gestes sont bienfaisants. Ils sortent de l'ordinaire, tout en respectant les personnes et l'organisation. Ils sont faits avec le souci de prendre soin des résidents.

LA BIENTRAITANCE EST FAVORISÉE PAR :

1. l'attitude et l'engagement du personnel (le souci de l'autre, l'attention portée à autrui);
2. Le temps que le personnel peut accorder à chaque résident;
3. les compétences du personnel (savoir-faire, connaissances, savoir-être);
4. le travail en équipe (s'entraider dans le travail, partage/transmission d'informations);
5. l'environnement (petit milieu, environnement adapté, matériel disponible) et
6. les formations continues et le perfectionnement (politiques, programmes).

LA BIENTRAITANCE PEUT ÊTRE ENTRAVÉE PAR :

1. les règlements et procédures (changements fréquents, redditions de comptes excessives);
2. les règles de sécurité appliquées de manière rigide et à tous indistinctement;
3. le manque de ressources (personnel, temps);
4. le manque d'informations (sur le résident, préjugés);
5. les difficultés de communication entre le personnel;
6. les difficultés de communication entre le personnel et les familles et
7. l'environnement (obstacle architectural qui empêche la communication entre les employés).

La recherche

Intitulée «**Démarche de mise en valeur des pratiques de bientraitance "ordinaire" en milieu d'hébergement au Québec**», la recherche a été réalisée entre 2019 et 2021. Au CHSLD de Baie-Saint-Paul, la démarche s'est effectuée en quatre grandes étapes : un world café, un cercle de bientraitance, des entrevues individuelles et une synthèse.

World café	Cercle de bientraitance	Entrevues individuelles
Consultation du personnel, des résidents et des familles sur la bientraitance au CHSLD de Baie-Saint-Paul.	Rencontres de discussion / travail pour identifier des pratiques bientraitantes et développer des stratégies de valorisation.	Rencontre avec des PAB pour identifier des stratégies gagnantes ainsi que des obstacles au développement de pratiques de bientraitance.

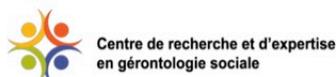
L'équipe comprenait M^{me} Sophie Éthier (chercheuse principale), M. Éric Gagnon, M^{me} Mélanie Couture et M. François Aubry (co-chercheurs), M^{me} Anna Andrianova et M^{me} Sandra Smele (professionnelles de recherche) et M^{me} Anne Myrand (auxiliaire de recherche).

Le cercle de bientraitance comprenait M^{me} Julie Huot et M^{me} Karine Mailloux (chefs d'unité), M. Cyril Tremblay et M. Martin Audet (résidents), M^{me} Sophie Bouchard (infirmière), M^{me} Cindy Lavoie, M^{me} Mélanie Perron, M^{me} Dana Guay, M^{me} Nathalie Pigeon et M^{me} Claudia Lavoie (préposées aux bénéficiaires), M. Cédric Bilodeau (éducateur spécialisé).

La bientraitance

au Centre d'hébergement de Baie-Saint-Paul

Pratiques organisationnelles	Ce que cela procure, apporte ou favorise
1. Parrainage entre un préposé et un résident	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intégration et adaptation au milieu de vie ▪ Connaissance des préférences ▪ Respect des différences ▪ Inclusion sociale
2. Implication des résidents dans des activités (ex. distribuer les journaux, organiser les activités)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance et respect des goûts et des préférences ▪ Reconnaissance et valorisation des capacités résiduelles ▪ Respect de l'autonomie ▪ Maintien de bonnes relations ▪ Participation sociale
3. Fiche de préférences à l'arrivée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance et respect des goûts et des préférences ▪ Reconnaissance des capacités ▪ Meilleure communication ▪ Compréhension de leurs besoins ▪ Respect de l'autonomie ▪ Amélioration du confort et de l'intégration au Centre
4. Approche milieu de vie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance et respect des goûts et des préférences ▪ Inclusion et participation sociale ▪ Intégration et adaptation au Centre ▪ Respect de l'autonomie
Initiatives individuelles	Ce que ça procure, apporte ou favorise
5. Chercher le plus possible une réponse aux demandes spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance des préférences ▪ Compréhension des besoins ▪ Respect des goûts et des préférences ▪ Amélioration du confort ▪ Amélioration de la qualité de vie
6. Humour	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meilleure communication ▪ Maintien de bonnes relations ▪ Intégration sociale ▪ Diminution de l'anxiété ▪ Amélioration de la qualité de vie
7. Soigner la beauté des personnes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement de la dignité ▪ Connaissance des préférences ▪ Respect des préférences ▪ Intégration sociale ▪ Compréhension des besoins



Faculté des sciences sociales
École de travail social
et de criminologie





BIENTRAITANCE

La bientraitance envers les **résidents**, les **proches** et le **personnel** s'exprime par les attitudes et les actions de tous axées sur les personnes telles qu'elles sont et soutenues par la perception commune que la résidence est un milieu de vie.

VALEURS BIENTRAITANTES DE LA RÉSIDENCE LES COTONNIERS



La bientraitance est un **processus** sur lequel il faut travailler quotidiennement.



Les pratiques bientraitantes doivent être **reconnues** et **soulignées**.



Les résidents, les proches et le personnel contribuent à bâtir un **milieu de vie** bientraitant.



Les résidents sont chez eux et il faut **respecter** leurs choix et leurs biens.



Les **activités diversifiées** et adaptées aux besoins des résidents contribuent à leur bien-être.



Les **proches aidants** des résidents sont les bienvenus et ils sont encouragés à participer à la vie de la résidence.

Outil conçu dans le cadre d'un projet de recherche financé par le programme Actions concertées du FRQSC. (2019-2021)

Par : Éthier, S., Couture, M., Gagnon, E., Aubry, F., Andrianova, A et Smele, S.

En collaboration avec





LA BIENTRAITANCE À LA RÉSIDENCE LES COTONNIERS

LA BIENTRAITANCE IMPLIQUE DE :



LE PERSONNEL

- Rester conscient que vous interagissez avec des personnes/humains (par exemple, en lien avec les soins à effectuer: prendre son temps, bien expliquer les soins et regarder les personnes dans les yeux)
- S'adapter à l'état, au rythme, et aux habitudes des résidents
- Encourager le développement ou le maintien de l'autonomie des résidents
- Traiter équitablement les résidents entre eux
- Communiquer régulièrement avec les résidents et leurs proches
- Entraider vos collègues afin de mieux répondre aux besoins des résidents
- Essayer de garder votre calme et votre empathie lors des situations stressantes



LES RÉSIDENTS

- Coopérer avec le personnel lorsque vous recevez des soins et services
- Être respectueux envers tous

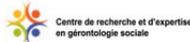


LES PROCHES

- Maintenir une attitude positive lorsque vous êtes à la résidence
- S'impliquer dans les activités sociales offertes par la résidence

Outil conçu dans le cadre d'un projet de recherche financé par le programme Actions concertées du FRQSC. (2019-2021)
Par : Éthier, S., Couture, M., Gagnon, E., Aubry, F. Andrianova, A et Smele, S.

En collaboration avec



Annexe 13 : Choix et justification de la pratique bientraitante à mettre en valeur à la Maison Mava : le dossier informatisé

La Maison Mava utilise le dossier informatisé depuis 2016 via le logiciel SOFI. Elle est la première RI informatisée. L'histoire de vie, le plan de travail et les formations continues font partie du dossier informatisé. L'histoire de vie renseigne le personnel sur des éléments significatifs du passé du résident tels que leur famille, leur lieu de résidence, leur emploi, leurs activités de loisirs et passe-temps et les événements marquants (mariage, naissance, décès, réalisation particulière, etc.). Une section de l'histoire de vie est aussi consacrée aux intérêts et capacités présentes du résident en lien avec les activités de loisirs et de passe-temps actuels. Le plan de travail indique les capacités des résidents, il est créé avec eux et réajusté au besoin. Différentes capsules de formations sont aussi accessibles directement à partir du dossier informatisé et peuvent être suivies par les employés, au besoin, ce qui peut être utile pour les nouveaux employés ou ceux n'ayant pas beaucoup d'expérience. Le dossier informatisé peut être consulté via les tablettes installées sur les charriots. Les employés peuvent également avoir accès au plan de travail à partir de leurs ordinateurs de bureau ou personnel. Tous les employés (PAB, infirmier, etc.) ont accès au dossier informatisé, mais certaines sections du dossier sont réservées à certains d'entre eux, donc tous n'ont pas accès à tout le dossier.

Avantages du dossier informatisé :

- Pour les résidents, le fait d'avoir le dossier est rassurant et sécurisant, car toutes les informations se retrouvent au même endroit. Il leur permet de ne pas se répéter lors de changement du personnel (prise de médication, besoins, état de santé). Les résidents et les membres de leurs familles peuvent avoir accès au dossier en faisant la demande à la direction. Le dossier est considéré comme un outil favorisant les pratiques de bientraitance.
- Pour les employés, le dossier informatisé permet de prendre connaissance de l'état de santé des résidents et permet de répondre aux besoins en offrant des soins individualisés. Il offre également une meilleure connaissance des résidents, diminue la possibilité d'erreurs, réduit le stress et permet de gagner du temps. Il est facile à utiliser et permet de partager les informations demandées par les autres professionnels (infirmière, TS).

Le dossier informatisé correspond à la définition de la bientraitance proposée par le milieu (voir l'annexe 3). De plus, selon les membres du cercle de bientraitance, le dossier informatisé répond à cinq des six conditions favorisant la bientraitance identifiée par le gouvernement du Québec :

Conditions favorisant la bientraitance du MSSS	Application des conditions au dossier informatisé choisie comme pratique bientraitante à la Maison MAVA
Placer la personne aînée au centre des actions.	Le dossier informatisé concerne directement la personne aînée et il est créé en partie avec elle (plan de travail).
Favoriser l'autodétermination et l'empowerment de la personne aînée.	Le plan de travail inclus dans le dossier informatisé souligne les capacités des personnes aînées pour favoriser leur autodétermination. Toutefois, certains résidents ont une compréhension différente de la bientraitance. Pour eux, la bientraitance implique de se faire gâter, donc elles peuvent vouloir que les choses soient faites à leur place, « comme s'ils étaient à l'hôtel 5 étoiles ». Le dossier permet de discuter de ces différentes visions et d'arrimer les attentes de chacun.
Respecter la personne et sa dignité afin qu'elle se sente considérée et développe son estime personnelle.	Le dossier est essentiellement conçu pour permettre un service individualisé donc dans le respect et la considération de la personne dans son unicité. C'est la base de sa création
Déployer des actions et des interventions alliant compétences (savoir-faire) et jugement (savoir-être).	Avec le plan d'intervention, les notes ajoutées après les services et les formations incluses dans le dossier informatisé, le personnel est constamment appelé à déployer des actions et interventions alliant compétence (savoir-faire) et jugement (savoir-être).
Offrir un soutien concerté afin de poser des gestes les plus appropriés pour chaque dimension de la vie de la personne aînée toujours en respectant les choix de cette dernière.	Même si certaines sections du dossier informatisées demeurent accessibles qu'à certains professionnels, le dossier peut être consulté par tout le personnel, les résidents et leurs familles (si le résident l'autorise), ce qui permet et favorise l'action concertée et le travail interdisciplinaire.

Annexe 14 : Bibliographie de la recension des écrits (revue narrative)

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2008). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Récupéré de https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf
- Allen, J. (2010). Person-centered care: at the core of assisted living. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 31(5), 391-392.
- Arquillière, A. (2013). Se sentir bien dans sa peau. In C. Bergeret-Amsalek (Ed.), *L'avancée en âge, un art de vivre* (pp. 277-283). Toulouse: ERES.
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). (2014). *Approche relationnelle de soins (ARS)*. Récupéré de <https://asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/approche-relationnelle-de-soins-ars>
- Aubry, F. (2017a). Préposé aux bénéficiaires : un métier inconnu et invisible. *Vie et vieillissement*, 14(3), 4-6.
- Aubry, F. (2017b). Valoriser les savoirs d'expérience des préposés aux bénéficiaires expérimentés dans les CHSLD du Québec. *Vie et vieillissement*, 14(3), 4-6.
- Aubry, F. et Couturier, Y. (2014). *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes : entre domination et autonomie*. Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Aubry, F., Couturier, Y. et 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*, 10(1), 52-61.
- Aubry, F., Couturier, Y. et Gilbert, F. (2013b). L'application de l'approche milieu de vie en établissement d'hébergement de soins 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, p.52-61.
- Bachelot-Narquin, R. (2012). Discours. *Gerontologie et Societe*, 35(1), 10-17.
- Barsetti, S., Labrecque, Isabelle (2016). *Des soins et des services centrés sur le résident et ses proches. Centre d'hébergement Champlain-des-Montagnes [PowerPoint]*. Récupéré de <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sur-les-meilleures-pratiques-usagers-chsld-et-soutien-a-domicile/forum-sur-les-meilleures-pratiques-en-chsld/>
- Beaulieu, M., Bédard, M.-È. et Blain, P. (2015). La lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées au Québec. Bilan et perspectives sous une approche de défense des droits. In M. Schmitt (Ed.), *Bientraitance et qualité de vie - Tome 2* (pp. 87-104). Paris: Elsevier Masson.
- Beaulieu, M. et Crevier, M. (2010). Contrer la maltraitance et promouvoir la bientraitance des personnes âgées Regard analytique sur les politiques publiques au Québec. *Gerontologie et société*, 33-133(2), 69. doi:10.3917/g.s.133.0069
- Beaulieu, M. et Leboeuf, R. (2019). *Rapport de recherche synthèse. Améliorer la vie collective en résidence privée pour aînés : Établir les besoins en matière de lutte contre la maltraitance entre résidents et de promotion du « bien vivre ensemble »*. Récupéré de https://maltraitecedesaines.com/images/PDF/2019_Rapport-Synthese_FR_V4.pdf
- Beaulieu, M., Leboeuf Roxane et Pelletier, C. (2017). *La promotion de la bientraitance : une*

approche globale qui se conjugue avec la lutte contre la maltraitance. Récupéré de http://www.lepointensante.com/wp-content/uploads/2016/11/Chaire-Malt_Bientraitance_15mars2017.pdf

- Bellemare, M., Feillou, I., Viau-Guay, A., Trudel, L., Desrosiers, J. et Guyon, A.-C. (2017). Valoriser le métier de PAB par la formation : l'exemple de l'approche relationnelle de soins. *Vie et vieillissement*, 14(3), 8-13.
- Belzile, L., Etheridge, F., Couturier, Y., Beaulieu, M., Aubry, F. et Boudjémaa, M. (2011). Penser l'hébergement de longue durée comme un milieu de vie. Une condition de la bientraitance institutionnelle. *Forum*(134), 32-39.
- Belzile, L., Etheridge, F., Couturier, Y., Beaulieu, M., Aubry, F. et Boudjémaa, M. (2011). Penser l'hébergement de longue durée comme un milieu de vie. Une condition de la bientraitance institutionnelle. *Forum*, 134(12), 32-39.
- Bénardeau, H. (2015). Mon cancer : plaidoyer pour un tandem vers de meilleurs hospices. In M. Schmitt (Ed.), *Bientraitance et qualité de vie - Tome 2* (pp. 3-14). Paris: Elsevier Masson.
- Bertrand, K. et Dagenais, P. (2012). *De la revue de littérature systématisée à la revue systématique [PowerPoint]*. Récupéré de https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/ServicesSociaux/RASS_2012/Presentations/Bertrand_dagenais_RASS2012.pdf
- Boscart, V. M. (2009). A communication intervention for nursing staff in chronic care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1823–1832.
- Boudreault, J. (2016). *Vivre en CHSLD comme à la maison ! L'Art du bonheur au Centre d'hébergement Des Chênes*. Récupéré de <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sur-les-meilleures-pratiques-usagers-chsld-et-soutien-a-domicile/forum-sur-les-meilleures-pratiques-en-chsld/>
- Brossard, B. et Sapin Leduc, A. (2017). Reconnaître et représenter des compétences : le travail relationnel des préposés aux bénéficiaires dans les CHSLD du Québec. *Vie et vieillissement*, 14(3), 20-24.
- Brown Wilson, C. (2009). Developing community in care homes through a relationship-centred approach. *Health and Social Care in the Community*, 17(2), 177-186.
- Brun, J. (2010). Ressentis de résidents à l'égard de leur accompagnement en hébergement temporaire. *Soins Gerontologie*, 15(84), 36-38.
- Camiré, F. et Dion, L. (2016). *Une organisation du travail qui soutient une pratique de qualité en regard des activités de l'alimentation/repas et des soins d'hygiène et de l'intégrité de la peau [PowerPoint]*. Récupéré de <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sur-les-meilleures-pratiques-usagers-chsld-et-soutien-a-domicile/forum-sur-les-meilleures-pratiques-en-chsld/>
- Capelle, V. (2007). Prévention et sanction, les deux volets du nouveau plan gouvernemental bientraitance/maltraitance. *Soins Gerontologie*(65), 14-15.
- Capelle, V. (2008). Des mesures pour favoriser la bientraitance des personnes âgées dépendantes. *Soins Gerontologie*(74), 6.
- Carbonneau, H. (2016). *Miser sur les moments plaisants au quotidien : une voie pour soutenir la présence des personnes significatives en CHSLD [PowerPoint]*. Récupéré de

- Casagrande, A. (2007). Le cadre de santé, garant de la culture de la bientraitance. *Soins Gerontologie*(65), 16-19.
- Casagrande, A. (2010). Quels destins possibles pour la bientraitance. *Soins Gerontologie*, 15(84), 25-27.
- Casagrande, A. (2016). La bientraitance, naissance d'une notion dans le clair-obscur des espaces de soins. *Soins*, 61(805), 22-25.
- Caspar, S., Cooke, H. A., O'Rourke, N. et MacDonald, S. W. S. (2012). Influence of Individual and Contextual Characteristics on the Provision of Individualized Care in Long-Term Care Facilities. *The Gerontologist*, 53(5), 790-800.
- Caspar, S., Le, A. et McGilton, K. S. (2019). The Influence of Supportive Supervisory Practices and Health Care Aides' Self-Determination on the Provision of Person-Centered Care in Long-Term Care Facilities. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 38(11), 1564-1582.
- Caspar, S., O'Rourke, N. et Gutman, G. M. (2009). The differential influence of culture change models on long-term care staff empowerment and provision of individualized care. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 28(2), 165-175.
- Caspar, S. et O'Rourke, N. (2008). The Influence of Care Provider Access to Structural Empowerment on Individualized Care in Long-Term-Care Facilities. *Journal of Gerontology*, 63B(4).
- Champvert, P. (2013). Manager insolite au service des personnes âgées. In C. Bergeret-Amsalek (Ed.), *L'avancée en âge, un art de vivre* (pp. 271-276). Toulouse: ERES.
- Chappell, N. L., Reid, C. R. et Gish, J. A. (2007). Staff-based measures of individualized care for persons with dementia in long-term care facilities. *Dementia*, 6(4), 527-547.
- Chaudhury, H., Hung, L. et Badger, M. (2013). The role of physical environment in supporting person-centered dining in long-term care: a review of the literature. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 28(5), 491-500.
- Chung, G. (2012). Understanding Nursing Home Worker Conceptualizations about Good Care. *The Gerontologist*, 53(2), 246-254.
- Dagens, M. (2010). Souffrance en gériatrie et accompagnement du cadre de santé. *Soins Gerontologie*, 15(84), 30-32.
- de Bort, C. (2015). « Le coyote et la bientraitance » ou « La bientraitance est-elle soluble dans les politiques publiques ? ». In M. Schmitt (Ed.), *Bientraitance et qualité de vie - Tome 2* (pp. XI-XIII). Paris: Elsevier Masson.
- Devigne, M. (2010). Produire la bientraitance. *Gerontologie et Societe*, 33(133), 145-157.
- Dewar, B. et Nolan, M. (2013). Caring about caring: Developing a model to implement compassionate relationship centred care in an older people care setting. *International journal of nursing studies*, 50(9), 1247-1258.
- Doutreligne, S. b. et Ruault, G. v. (2013). La question éthique dans le programme mobiquial Place

des outils et de la réflexion dans le prendre soin. *Gérontologie et société*, 36-144(1), 147.

Duportet, B. (2010). Du concept de maltraitance à celui de bienveillance, un parcours semé d'embûches. *Soins Gerontologie*, 15(84), 20-24.

Éditeur officiel du Québec. (2018). *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés*. Récupéré de <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=68136.pdf>

Éditeur officiel du Québec. (2019). *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. Récupéré de <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/maltraitance-aines/loi/#c18038>

Filion, N. et Touzel, P. (2016). *Les activités multimédias au Centre d'hébergement de Rivière-du-Loup [PowerPoint]*. Récupéré de <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sur-les-meilleures-pratiques-usagers-chsld-et-soutien-a-domicile/forum-sur-les-meilleures-pratiques-en-chsld/>

Firbank, O. (2005). *Optimiser la qualité des services de maintien à domicile : une stratégie pour améliorer le suivi de la prise en charge des aînés dépendants*. Récupéré de https://www.researchgate.net/profile/Oscar-Firbank/publication/253529743_Optimiser_la_qualite_des_services_de_soutien_a_domicile_u_ne_strategie_pour_ameliorer_le_suivi_de_la_prise_en_charge_des_aines_dependants/links/542c032c0cf277d58e8a89b0/Optimiser-la-qualite-des-services-de-soutien-a-domicile-une-strategie-pour-ameliorer-le-suivi-de-la-prise-en-charge-des-aines-dependants.pdf

Gagnon, É. (2016). Care dans Anthrope.org. *Éditions des archives contemporaines*. <https://www.anthropen.org/voir/Care> doi:DOI: 10.17184/eac.anthropen.031

Gagnon, É. (2017). *Comment le résident est-il reconnu comme une personne ?* Paper presented at the Les soins de la longue durée : défis et passion, Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Gagnon, É., Clément, M. et Bordeleau, L. (2017). Speaking Out and Being Heard: Residents' Committees in Quebec's Residential Long-Term Care Centre. *Health Care Analysis*, 25(4), 308-322.

Gagnon, É., Tremblay-Paradis, O. et Aubry, F. (2020). *Les CHSLD en question. Synthèse du Colloque*. Récupéré de <https://www.ivpsa.ulaval.ca/sites/ivpsa.ulaval.ca/files/synthese-du-colloque-sur-les-chsld-978-2-924502-23-5.pdf>

Gannod, G. C., Abbott, K. M., Van Haitsma, K., Martindale, N. et Heppner, A. (2019). A Machine Learning Recommender System to Tailor Preference Assessments to Enhance Person-Centered Care Among Nursing Home Residents. *The Gerontologist*, 59(1), 167-176.

Gaussens, E. (2015). De la maltraitance institutionnelle de notre système de santé à une approche de bienveillance adaptée à la personne hospitalisée. In M. Schmitt (Ed.), *Bienveillance et qualité de vie - Tome 2* (pp. 75-85). Paris: Elsevier Masson.

Ghadi, V. r., Terrien, N. m. et Antonini, F. o. (2016). La bienveillance, une quête perpétuelle. *Soins*, 61(805), 32-35.

Gibson, M. C., Carter, M. W., Helmes, E. et Edberg, A. K. (2010). Principles of good care for long-term care facilities. *International psychogeriatrics*, 22(7), 1072-1083.

- Grassin, M. et Wanquet-Thibault, P. (2016). L'éthique de la bientraitance. *Soins; la revue de référence infirmière*(805), 26-28. doi: 10.1016/j.soin.2016.03.005
- Hermer, L., Cornelison, L., Kaup, M. L., Poey, J. L., Drake, P. N., Stone, R. I. et Doll, G. A. (2018). Person-Centered Care as Facilitated by Kansas' PEAK 2.0 Medicaid Pay-for-Performance Program and Nursing Home Resident Clinical Outcomes. *Innovation in aging*, 2(3), igy033.
- Hung, L., Chaudhury, H. et Rust, T. (2016). The Effect of Dining Room Physical Environmental Renovations on Person-Centered Care Practice and Residents' Dining Experiences in Long-Term Care Facilities. *Journal of Applied Gerontology*, 35(12), 1279-1301.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée. État des pratiques rédigé par Isabelle David et Marie-Hélène Raymond*. Récupéré de <https://www.inesss.qc.ca/en/publications/publications/publication/conciliation-du-milieu-de-soins-et-du-milieu-de-vie-en-centre-dhebergement-et-de-soins-de-longue-duree.html>
- Israel, S., Fournier, A. et Manseau-Young, M.-È. (2016). *Politique-type pour contrer la maltraitance envers les résidents en milieu d'hébergement et de soins de longue durée*. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Job, M.-F. et Bouchara, J. (2010). De la maltraitance à la bientraitance des personnes âgées. La bientraitance, l'affaire de tous. *Soins. Gerontologie*(84), 19.
- Kane, R. A. et Cutler, L. J. (2015). Re-imagining long-term services and supports: towards livable environments, service capacity, and enhanced community integration, choice, and quality of life for seniors. *The Gerontologist*, 55(2), 286-295.
- Kittay, E. F., Szántó, A. et Feder, E. K. (2003). *The subject of care feminist perspectives on dependency*. Lanham (Md.): Rowman & Littlefield Publishers.
- Klein, J. L., Del Rio, P. L. et Bussièrès, D. (2017). *L'impact économique des organismes communautaires du Centre-Sud et du Plateau-Mont-Royal : vers une grille d'indicateurs*. Récupéré de http://www.cdccentresud.org/wp-content/uploads/2018/05/Impact-économique-des-organismes-communautaires_Centre-Sud-Plateau-Mont-Royal-2017.pdf
- Koren, M. J. (2010). Person-Centred Care For Nursing Home Residents : The Culture-Change Movement. *Health Affairs*, 29(2), 312-317.
- Kuhnel, M.-L., Sanchez, S. p., Hugault, F. o. B., de Normandie, P. et Dramé, M. (2014). Un outil simple pour mesurer le bien-être immédiat des personnes âgées en Ehpad. *Soins Gériatrie*, 19(108), 9-13.
- Labrèche, N. (2016). *Adaptation des lieux aux particularités des résidents. CHSLD Saint-Jean-Eudes*. Récupéré de <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sur-les-meilleures-pratiques-usagers-chsld-et-soutien-a-domicile/forum-sur-les-meilleures-pratiques-en-chsld/>
- Lacoursière, A. (2015). Planetree : approche coûteuse ou essentielle ? *La Presse*. Retrieved from <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201512/14/01-4930915-planetree-approche-couteuse-ou-essentielle.php>
- Lalande, G. et Leclerc, G. (2004). *L'approche Carpe Diem et l'approche prothétique élargie : une étude descriptive et comparative*. Récupéré de <https://alzheimercarpediem.com/wp-content/uploads/2017/09/Étude-Carpe-Diem-et-APE.pdf>

- Lambert Barraquier, A. (2016). Bienveillance et management dans le secteur médicosocial. *Soins*, 61(805), 46-49. doi:10.1016/j.soin.2016.03.011
- Lamy, G. (2016). *La bienveillance au cœur du développement de nos pratiques innovantes en CHSLD [PowerPoint]*. Récupéré de <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sur-les-meilleures-pratiques-usagers-chsld-et-soutien-a-domicile/forum-sur-les-meilleures-pratiques-en-chsld/>
- Label, P. (2016). *Collaborer en partenariat avec les résidents en CHSLD et leurs proches*. Récupéré de <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sur-les-meilleures-pratiques-usagers-chsld-et-soutien-a-domicile/forum-sur-les-meilleures-pratiques-en-chsld/>
- Ledroit, C. (2016). Les enjeux d'un groupe de réflexion sur la bienveillance. *Soins*, 61(805), 42-45.
- Légaré, F. (2009). Le partage des décisions en santé entre patients et médecins. *Recherches sociographiques*, 50(2), 283-299.
- Lelievre, N. (2010). Maltraitance, quel bilan depuis les premiers Plans bienveillance/maltraitance. *Soins*, 55(742), 63-64.
- Lemoine, C. et Duportet, B. (2007). L'Afbah, une association qui œuvre pour la bienveillance des aînés. *Soins Gerontologie*(66), 18-19.
- Lessard, C. (2017). *Portrait organisationnel Planetree, Rapport détaillé. Groupe Champlain*. Récupéré de http://www.groupechamplain.qc.ca/wp2/wp-content/uploads/2017/12/Sante_organisationnelle_Rapport_detaille_718.pdf
- Li, J. et Porock, D. (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: a narrative review of interventional research. *International journal of nursing studies*, 51(10), 1395-1415. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003
- Loffeier, I. (2011). Fabriquer du « bien-être ». Tension entre missions chez les personnels d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1), 69-84.
- Longneaux, J. M. (2010). On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir. *Gerontologie et Societe*, 133(2), 33-41.
- Lothian, K. et Philp, I. (2001). Care Of Older People: Maintaining The Dignity And Autonomy Of Older People In The Healthcare Setting. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7287), 668-670.
- Love, K. et Kelly, A. (2011). Person-centered care: changing with the times. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 32(2), 125-129.
- Luquel, L. (2008). La méthodologie de soin gineste-marescotti dite humanitude : Expérience de son application au sein d'une unité spécifique alzheimer. *Gerontologie et Societe*, 126(3), 165-177.
- Marché Paillé, A. (2011). *Émotions et travail d'assistance aux soins personnels en gérontologie. Se garder du dégoût, mais pas trop*. (Thèse de doctorat), Université Laval, Québec, Canada.
- Mas, S. (2009). Une trousse de bienveillance pour réfléchir aux pratiques en gériatrie. 79, 18.
- McCormack, B., Roberts, T., Meyer, J., Morgan, D. et Boscart, V. (2012). Appreciating the 'person' in long-term care. *International journal of older people nursing*, 7(4), 284-294.
- Merlier, P. (2013). *Philosophie et éthique en travail social Manuel*. Rennes: Presses del'EHESP.

- Milleville, B. (2011). Lutte contre la maltraitance et développement de la bientraitance. *Droit Deontologie & Soins*, 11(1), 15-22.
- Ministère de la Famille - Secrétariat aux aînés. (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002186/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003a). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : orientations ministérielles*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003b). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles*. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les aînés*. Récupéré de <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/Lanaudiere/9782550689829.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Évaluation de la formation « AGIR auprès de la personne âgée »*. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-830-21W.pdf>
- Molinier, P. (2010). Apprendre des aides-soignantes. *Gérontologie et société*, 33-133(2), 133.
- Monfort, E., Besse, P., Bellet, A. et Fontaine, A. C. (2018). Perceptions de la qualité de vie et de la bientraitance par des personnes âgées résidant en institution gériatrique et par leurs proches. *Pratiques psychologiques*, 24(4), 389-402.
- Moulias, R., Moulias, S. et Busby, F. (2010). Edito. La « bientraitance » : qu'est-ce que c'est ? *Gérontologie et société*, 33 / n° 133(2), 10.
- Ndjepel, J. (2014). Réflexion critique sur l'approche milieu de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée : un éclairage nouveau à partir de la promotion de la santé. *Service social*, 60(2), 89-100. doi:10.7202/1027993ar
- Noëllec, B. (2015). La bientraitance dans l'hospitalisation privée : un soin qui crée la relation et donne du sens. In M. Schmitt (Ed.), *Bientraitance et qualité de vie - Tome 2* (pp. 61-71). Paris: Elsevier Masson.
- Nolan, M. R., Davies, S., Brown, J., Keady, J. et Nolan, J. (2004). Beyond person-centred care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of clinical nursing*, 13(3a), 45-53.
- Office québécois de la langue française. (Ed.) (1989) *Le grand dictionnaire terminologique*.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). *Pour des mesures concrètes de bientraitance dans les CHSLD et les résidences privées pour aînés. Synthèse des prises de position de l'OIIQ 2013-2016*. Récupéré de https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3464_doc.pdf
- Pain, B. t. (2010). Les incertitudes de la bientraitance: Ou comment prendre soin de la personne âgée démente? *Esprit*(366 (7)), 153-170.
- Paperman, P. (2010). Éthique du care un changement de regard sur la vulnérabilité. *Gérontologie et société*, 33 / n° 133(2), 51.

- Paperman, P. et Laugier, S. (2011). *Le souci des autres éthique et politique du "care"*. Paris: Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Paquet, K. (2016). *Des environnements physiques qui répondent aux besoins des résidents [PowerPoint]*. Récupéré de <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sur-les-meilleures-pratiques-usagers-chsld-et-soutien-a-domicile/forum-sur-les-meilleures-pratiques-en-chsld/>
- Parent, A. S. (2010). Promouvoir la bientraitance des personnes âgées à travers l'union Européenne. *Gerontologie et Societe, 133*(2), 103-114.
- Passalacqua, S. A. et Harwood, J. (2012). VIPS Communication Skills Training for Paraprofessional Dementia Caregivers: An Intervention to Increase Person-Centered Dementia Care. *Clinical Gerontologist, 35*(5), 425-445.
- Pellissier, J. (2010). Quelques réflexions sur la bientraitance. *Soins Gerontologie, 15*(84), 39-41. doi: SGER-07-08-2010-15-84-1268-6034-101019-201003054
- Péoc'h, N. (2011). Bientraitance et éthique du care... Similitudes et différences autour d'une recension des écrits scientifiques. *Recherche en soins infirmiers, 105*(2), 4.
- Perrot, S. (2016). Des actions pour soutenir la démarche de bientraitance. *Soins, 61*(805), 58.
- Perrotin, C. (2010). Respecter, qu'est-ce à dire? De l'hospitalité accordée à la responsabilité assumée, quels enjeux éthiques? *Gerontologie et Societe, 133*(2), 43-50.
- Phaneuf, M. (2012). *Éthique et communication avec les personnes âgées. Choisir la bientraitance [PowerPoint]*. Récupéré de <https://cnpea.ca/fr/échange-de-connaissances/ateliers-et-presentations/451-ethique-et-communication-avec-les-personnes-agees-choisir-la-bientraitance>
- Poiroux, L. (2016). Des racines philosophiques, une mise en pratique dans les soins. *Soins, 61*(805), 21-60.
- Pomar Chiquette, S. (2019). *Bientraitance des aînés : nouveau paradigme à conjuguer à la lutte contre la maltraitance*. (Essai de maîtrise), Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Pomar Chiquette, S. et Beaulieu, M. (2019). Bientraitance des aînés : une nouvelle approche d'intérêt pour les travailleurs sociaux. *Intervention*(150), 101-111.
- Rapoport, D. (2013). Des défis à relever. In C. Bergeret-Amsalek (Ed.), *L'avancée en âge, un art de vivre* (pp. 263-269). Toulouse: ERES.
- Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux. (2020). Récupéré de <https://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000046/?&date=DESC&titre=DESC>
- Réseau FADOQ. (2018). *Dans la peau d'un aîné. Vieillesse et bientraitance*. Récupéré de <https://bientraitance.ca/programme/>
- Ribeaucoup, L. et Malaquin-Pavan, E. (2015). Prévenir la maltraitance en gériatrie : une posture d'équipe bientraitante. *Ethics, Medicine and Public Health, 1*(1), 33-43.
- Richou, F. (2015). Bientraitance et performance, une quête sous contraintes. In M. Schmitt (Ed.), *Bientraitance et qualité de vie - Tome 2* (pp. 45-52). Paris: Elsevier Masson.
- Riendeau C. et Gagnon, F. (2019). *Roue de l'approche relationnelle : une approche de bientraitance*

- Rimbert, G. (2006). *Encadrer les crises biographiques irréversibles. Les contradictions dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes*. (Thèse de doctorat), École des Hautes Études en Sciences Sociales, France.
- Ripich, D. N., Wykle, M. et Niles, S. (1995). Alzheimer's Disease Caregivers : The FOCUSED Program. *Geriatric Nursing*, 16(1), 15-19.
- Roberts, G., Morley, C., Walters, W., Malta, S. et Doyle, C. S. (2015). Caring for people with dementia in residential aged care: Successes with a composite person-centered care model featuring Montessori-based activities. *Geriatric Nursing*, 36(2), 106-110.
- Robidoux, J., August, L. et Tremblay, L. (2011). *Au-delà des soins : Pour de la bientraitance en CHSLD*. Récupéré de https://aqpv.ca/wp-content/uploads/robidoux_august_tremblay_mars2011.pdf
- Ruault, G. v., Aquino, J.-P. et Doutreligne, S. B. (2010). Bientraitance des personnes âgées dépendantes : la trousse de bientraitance du programme national MobiQual. *Gérontologie et société*, 33 / n° 133(2), 159.
- Saillour-Glénisson, F., Daucourt, V., Terrien, N., Verheyde, I. et le groupe FORAP-HAS Bientraitance. (2015). Mesurer la bientraitance et la maltraitance. In M. Schmitt (Ed.), *Bientraitance et qualité de vie - Tome 2* (pp. 23-43). Paris: Elsevier Masson.
- Schmitt, M. (2013). *Bientraitance et qualité de vie*. Issy-les-Moulineaux cedex: Elsevier Masson SAS.
- Schmitt, M. (2015). Conclusion. In M. Schmitt (Ed.), *Bientraitance et qualité de vie - Tome 2* (pp. 281-290). Paris: Elsevier Masson.
- Schwab, R. et Christen-Gueissaz, E. (2006). Prévention de la maltraitance des personnes âgées. Recherche-action réalisée dans quelques établissements médica-sociaux. *Ethique et Sante*, 3(15), 151-155.
- Scodellaro, C. (2006). La lutte contre la maltraitance des personnes âgées : politique de la souffrance et sanitarisation du social. *Lien social et Politiques*(55), 77-88.
- Shield, R. R., Tyler, D., Lepore, M., Looze, J. et Miller, S. C. (2014). Would You Do That in Your Home?" Making Nursing Homes Home-like in Culture Change Implementation. *Journal of Housing For the Elderly*, 28(4), 383-398.
- Slocum, N. (2006). *Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur : le World Café*. Bruxelles: Fondation Roi Baudoin.
- Soklaridis, S., Ravitz, P., Adler Nevo, G. et Lieff, S. (2016). Relationship-centred care in health : A 20-year scoping review. *Patient Experience Journal*, 3(1), 130-145.
- Svandra, P. (2010). Le soin est-il soluble dans la bientraitance? *Gerontologie et Societe*, 133(2), 23-31.
- Thomas, P., Chandès, G., Hazif-Thomas, C. et Fontanille, J. (2017). Analyse du sens d'un trouble du comportement dans la démence. *Annales médico-psychologiques*, 175(10), 906-913.
- Thomas, P., Missotten, P., Squelard, G., Ylieff, M. et Hazif-Thomas, C. (2009). Bientraitance et

qualité des soins chez la personne âgée. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, XVI(157), 234-244.

Thomas, P., Robichaud, A. et Robichaud, H.-T., C. (2011). Autodétermination et vieillissement : principes pour une bientraitance. *La Revue francophone de gériatrie et gérontologie*, XVIII(179), 438-444.

Tounsi, S. (2010). Soires 92, un dispositif départemental d'accompagnement à la bientraitance. *Soins Gerontologie*(84), 33-35.

Toutant, J. (2014). *La maison Carpe Diem et son approche humaniste : pour la dignité et la satisfaction des besoins psychologiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer*. (Thèse), Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières.

Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. London: Routledge.

Vézina, A. et Sévigny, A. (2000). *L'importance du visible et de l'invisible : la contribution des organismes communautaires au soutien à domicile des personnes âgées : recension d'écrits*. Québec: Centre de recherche sur les services communautaires.

Viallard, M.-L. (2015). Projet de vie en situation complexe, intérêt d'une approche palliative. *Medecine Palliative Soins de Support - Accompagnement - Ethique*, 14(4), 217-218.

Viau-Guay, A., Bellemare, M., Feillou, I., Trudel, L., Desrosiers, J. et Robitaille, M. J. (2013). Person-centered care training in long-term care settings: usefulness and facility of transfer into practice. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 32(1), 57-72.

Viens, C. et Audet, J. (2011). *Bilan des réalisations du plan FORTERESSSS, Québec*. Récupéré de http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3136/Rapport_forteresess.pdf

Vikström, S., Sandman, P. O., Stenwall, E., Boström, A. M., Saarnio, L., Kindblom, K., . . . Borell, L. (2015). A model for implementing guidelines for person-centered care in a nursing home setting. *International psychogeriatrics*, 27(1), 49-59.

Villeneuve, J. (2007). *Avis sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*. Québec: Conseil des aînés. Retrieved from <http://bibnum2.banq.qc.ca/pgq/2007/3499298.pdf>.

Weber, J. C. (2011). Douleur, éthique et « bientraitance ». *Ethique et Sante*, 8(4), 191-197.

Yasuda, M. et Sakakibara, H. (2017). Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia. *Aging & Mental Health*, 21(9), 991-996.

Yoon, J. Y. (2018). Relationships among person-centered care, nursing home adjustment, and life satisfaction: a cross-sectional survey study. *International psychogeriatrics*, 30(10), 1519-1530.

Zhong, X. B. et Lou, V. W. Q. (2013). Person-centered care in Chinese residential care facilities: a preliminary measure. *Aging and Mental Health*, 17(8), 952-958.